

malformações arteriovenosas das vias aéreas, particularmente se um manejo difícil for previsto (Mallampati Classe 3); e a ruptura de hemangiomas cerebrais não detectados como resultado do aumento repentino da pressão arterial durante a laringoscopia. Considerando essas questões, o bloqueio neuraxial com o suporte de pelo menos uma ressonância magnética negativa da coluna vertebral parece ser a opção mais segura.


Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Referências

1. Teixeira CEFA, Braga AFA, Braga FSDS, et al. Anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:641–4.
2. Gonnella GL, Scorzoni M, Catarci S, et al. Successful use of spinal anesthesia for an urgent cesarean section in a parturient

with a severe Klippel-Trenaunay syndrome. *Korean J Anesthesiol.* 2018;71:411–2.

Gian Luigi Gonnella , Pietro Paolo Giuri, Salvatore De Martino, Luciano Frassanito e Gaetano Draisci

“A. Gemelli” University Polyclinic Foundation, Catholic University of the Sacred Heart, Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Roma, Itália

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: gianluigigonella@yahoo.it (G.L. Gonnella).

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.08.003>

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resposta à carta ao editor – Anestesia para parto cesáreo em paciente portadora de síndrome de Klippel-Trenaunay



Reply to the letter to the editor – anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome

Cara Editora,

Inicialmente agradecemos o interesse pela apreciação de nosso estudo.¹ Embora o bloqueio espinal seja a técnica de excelência para anestesia obstétrica, no caso descrito por Avelar Teixeira et al.¹ optou-se por fazer anestesia geral conforme justificado e descrito na discussão do referido artigo: tratava-se de paciente portadora de síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), com história prévia de duas cesáreas anteriores sob raquianestesia que cursaram com sangramento intenso e com instabilidade hemodinâmica, necessitou de transfusão de hemocomponentes; ao exame clínico, apresentava hemangiomas cutâneos, principalmente em tronco e região lombar, e não havia sido feito exame de imagem com avaliação de neuroeixo que pudesse descartar a presença de malformações vasculares nessa região.

Diante desse quadro e sabendo-se da possível associação de hemangiomas cutâneos com malformações vasculares no neuroeixo, e consequente risco de trauma vascular no trajeto da agulha até o canal medular, que pode resultar em hemorragia, hematoma, compressão radicular e medular e

lesão neurológica permanente,² optou-se por não fazer bloqueio do neuroeixo nessa paciente. Essa situação difere dos casos descritos por Gonnella et al., nos quais as pacientes apresentavam ressonância magnética de coluna lombar negativa para malformações arteriovenosas, o que tornava o bloqueio espinal uma opção anestésica segura.

A angiotomografia computadorizada de abdômen mostrava útero irregular, com múltiplas varizes e vasos de permeio de origem arterial e varizes perianexiais bilaterais, com previsão de cirurgia de grande porte e sangramento intenso, possível indicação de embolização arterial e provável histerectomia, com participação de equipe multidisciplinar.

Diante de todos os aspectos clínicos pré e perioperatórios consideráveis, e como não havia na literatura técnicas anestésicas definidas em relação ao planejamento anestésico para pacientes obstétricas portadoras de SKT, optou-se pela anestesia geral por julgarmos ser a técnica mais segura para a paciente em questão.

Acreditamos que esses casos devem ser avaliados individualmente, considerando todos os comorbididades encontrados no espectro dessa síndrome, para a melhor escolha da técnica anestésica. Agradecemos a carta enviada por Gonnella et al. e aproveitamos para parabenizar os autores pela contribuição científica para um tema raro e de extrema relevância para a anestesia obstétrica.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.


Referências

1. Teixeira CEFA, Braga AFA, Braga FSDS, Carvalho VH, Costa RMD, Brighenti GIT. Anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:641–4.

DOI of original article:

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.015>.

2. Sivaprakasam MJ, Dolak JA. Anesthetic and obstetric considerations in a parturient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Can J Anaesth.* 2006;53:487-91.

Angélica de Fátima de Assunção Braga,
Clara Elisa Frare de Avelar Teixeira *
e Vanessa Henriques Carvalho

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Anestesiologia, Campinas, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: claraelisatex@gmail.com
(C.E. Teixeira).

Disponível na Internet em 10 de outubro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.08.002>

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Intubação por fibra óptica nasal: o que é “redout”?



Nasal fiberoptic intubation: what “redout”?

Cara Editora,

A intubação nasotraqueal é uma habilidade importante que, infelizmente, é menos praticada na atualidade. Portanto, ficamos encantados em ler sobre a técnica de Rewari et al.¹ para facilitar a intubação nasotraqueal por fibra óptica. Sugerimos aqui uma maneira de contornar o problema do “apagão” da via aérea (referida como *red out* pelos autores) ao passar o fibroscópio pela nasofaringe. Em nossa prática, primeiro passamos um tubo traqueal aquecido/maleável e lubrificado através de uma das narinas até a área supraglótica antes de passar o fibroscópio. Na maioria dos adultos, o tubo traqueal teria um diâmetro interno de 7,0 mm. A distância média na qual a ponta do tubo estaria exatamente na entrada da laringe seria de 15 a 17 cm, medida na asa nasal. Para um paciente em respiração espontânea, essa é a distância na qual um avanço adicional resultaria em intubação traqueal bem-sucedida ou, como acontece com mais frequência, na perda do ar expirado através do tubo. É nesse momento que passamos o fibroscópio dentro do lúmen do tubo traqueal. Na mesma profundidade de inserção, está às vezes a laringe imediatamente na visão do fibroscópio, ponto em que o fibroscópio é adicionalmente avançado para dentro da traqueia. Se a visibilidade da laringe não for imediata, a ponta do fibroscópio pode ser manipulada adequadamente, ou 20 a 30 mL de ar podem ser injetados no balonete do tubo traqueal, se houver balonete, para elevar a ponta do tubo de modo que aponte para a laringe. Durante a insuflação do balonete, o operador fica de olho na visão do fibroscópio e a laringe geralmente se torna visível; nesse ponto, para-se de insuflar o balonete e o fibroscópio é avançado para a traqueia. Essa técnica é fácil de executar e não tem a desvantagem de ter de guiar a passagem do fibroscópio pelo espaço aéreo escuro do trato respiratório superior.

Além disso, discordamos respeitosamente dos autores ao mencionarem que “a intubação nasal por fibra óptica em paciente acordado é a técnica de escolha em uma via aérea difícil antecipada”. Embora concordemos que a intubação por fibra óptica em paciente acordado continue a ser a melhor técnica para uma intubação difícil, mesmo na era atual da videolaringoscopia, a intubação orotraqueal (e não a nasotraqueal) continua a ser a técnica preferida na maioria dos ambientes clínicos.

Financiamento


Recursos departamentais e institucionais. Nenhum financiamento externo foi adquirido para o presente trabalho.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Rewari V, Ramachandran R, Singh CA. Awake nasal fibre optic intubation – A simple manoeuvre for easy navigation of the fibre scope through the nasopharynx. *Rev Bras Anestesiol.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2019.06.011>.

Anthony M.-H. Ho
e Glenio B. Mizubuti *

Queen’s University, Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Kingston, Canadá

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: gleniomizubuti@hotmail.com
(G.B. Mizubuti).

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.09.009>

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).