

CARTA AO EDITOR

Pré-introdução da máscara laríngea durante a indução anestésica: por que ousamos pensar nisso?

Caro Editor,

A máscara laríngea (ML) tem contribuído significativamente para a prática anestésica moderna. Múltiplas áreas de vantagens associadas ao uso da ML, porém, poderiam os anestesiológicos, com manobras simples, mas ainda não descritas, melhorar a prática anestésica relacionada à inserção da ML? A ML limita a manipulação infraglótica, reduz a necessidade de relaxantes musculares e opioides, minimiza a resposta vasopreservadora e o risco de laringoespasmos / broncoespasmo ou trauma infraglótico em comparação à intubação endotraqueal¹; no entanto, por outro lado, a ML pode contribuir para o edema supraglótico, nomeadamente empurrando a língua em direção à laringe durante a inserção, o que pode levar a complicações relacionadas ao manejo das vias aéreas.

As questões relacionadas ao uso da ML podem estar relacionadas ao conflito com a posição da língua durante sua inserção, que traz a necessidade de manipulação digital do dispositivo dentro da boca; além disso, uma eventual introdução forçada da ML resultante pode levar a trauma epiglote, glote, cavidade oral e faríngea.²

O objetivo desta publicação é propor uma manobra simples e direta para minimizar essas complicações e melhorar o sucesso / suavidade da inserção da ML. A técnica de pré-introdução da máscara laríngea na indução ou da máscara laríngea (PIML) pode ser descrita da seguinte forma: utilizando uma pré-oxigenação cuidadosa, após a administração de opioides (por exemplo), durante a administração do agente de indução, o paciente é solicitado a abrir levemente sua boca e a ML é inserida no terço anterior da cavidade oral para permitir que a porção mais anterior da língua fique posicionada abaixo do dispositivo.

Normalmente, a ML permanecerá na boca do paciente por não mais que 10 segundos até a perda de consciência, os reflexos de vômito ou os reflexos de proteção das vias aéreas. Em seguida, a ML é avançado para sua posição final, deslizando-o posteriormente ao longo do palato em direção à laringe sem manipulação digital.

A ML com manguito (semi-inflado) ou de gel pode ser usada; até o momento, em minha experiência, não foi observado nenhum desconforto ou desconforto adicional provocado por esta técnica. Os benefícios potenciais desta técnica desta manobra de preparação em comparação com o modo comum de inserção de ML são: 1) risco reduzido de edema / trauma das vias aéreas superiores (o risco de empurrar a língua para baixo com força pelo dispositivo é abaixado), 2) reduzir o risco de dentes, lábio, articulação temporomandibular (ATM) ou trauma da cavidade oral, 3) menos extensão da cabeça necessária para a abertura da boca e para manter o palato afastado da língua para permitir o avanço da ML. De fato, todos os anestesiológicos têm enfrentado problemas com a abertura da boca do paciente para a inserção da ML, o que torna obrigatória a utilização de manobras agressivas como hiperextensão da cabeça ou protrusão máxima da mandíbula, que podem ser deletérias.

Essas dificuldades às vezes levarão à administração de dose excessiva do agente de indução, como o propofol, que pode trazer alterações hemodinâmicas indesejadas e à administração de relaxante muscular não planejado que pode afetar o controle das vias aéreas. Devem ser mencionados alguns cenários clínicos onde a manobra descrita traz definitivamente algumas vantagens; por exemplo:

- 1) presença de risco aumentado de via aérea difícil (disfunção de TMA, obesidade, macroglossia, instabilidade dos dentes, patologia da coluna cervical, retrognatia / prognatia) quando o uso de ML for planejado para proteger as vias aéreas.
- 2) colocação de máscara laríngea em decúbito lateral; neste caso, a técnica PIML é uma técnica altamente recomendável (com a inserção da ML, sem a manobra de pré-inserção, ambas as mãos do operador estariam ocupadas simultaneamente, 1) segurar a ML e 2) abrir a boca, o que

dificulta a habilidade de conduzir uma extensão eficaz da cabeça por um único indivíduo; mesmo para anestesiológicos que relutam em colocar uma ML em decúbito lateral, pode ser necessário em cenários comuns, como artroplastia de quadril prolongada inesperada, em que a raquianestesia com dose única deve ser convertida em anestesia geral mantendo o decúbito lateral).

- 3) pacientes com alto risco de consequências deletérias da insuflação gástrica, como pacientes que serão submetidos a cirurgias laparoscópicas de curta duração, pacientes com função respiratória limitada ou com alto risco de náuseas e vômitos pós-operatórios, devido à necessidade reduzida de bolsa / válvula / ventilação por máscara usando a técnica PIML diminui a dilatação gastrointestinal.³

Considerando as eventuais complicações / riscos, a principal preocupação seria que os pacientes pudessem engasgar, vomitar ou desenvolver laringoespasmos durante a inserção das vias aéreas. Tal como acontece com a inserção comum da ML, a inserção final em direção à laringe ocorrerá apenas após a perda dos reflexos da mordada e de proteção das vias aéreas. Alguns anestesiológicos também se preocupariam com o fato de que interromper qualquer pré-oxigenação antes da indução anestésica, ou impedir a capacidade de realizar ventilação com bolsa / válvula / máscara, resultaria em uma redução inevitável na segurança das vias aéreas do paciente. É importante notar que o período de tempo sem oxigenação pode ser ligeiramente reduzido com a manobra de pré-introdução da ML (pois evita a necessidade de abrir a boca pelo anestesiológico, resultando em menor tempo sem ventilação). Notavelmente, os anestesiológicos inserem a ML após uma pré-oxigenação padrão sem ventilação prévia com bolsa / válvula / máscara, em múltiplas ocasiões, preocupados com seus riscos, sendo frequentemente o modo de inserção da ML mais utilizado, pois nada será modificado sobre a falta de ventilação manual com esta técnica na maioria dos casos.

Devemos realizar essa técnica em todos os pacientes? A resposta é certa: não necessariamente, mas um número significativo de pacientes se beneficiará com isso. Em casos clínicos comuns é difícil demonstrar os benefícios desta forma de inserção da ML, porém ela pode ser adotada, pelo menos, nas situações clínicas citadas, dada a inexistência de complicações significativas associadas à técnica e o alto potencial ganho. Uma descrição na literatura de uma técnica de PIML

semelhante, até onde sabemos, ainda não foi relatada.

Eu gostaria de lançar um desafio aos leitores: um grande estudo prospectivo, eventualmente multicêntrico, pode ser realizado comparando o método PIML ao modo tradicional de inserção na posição supina ou decúbito lateral em relação aos seguintes resultados 1) o tempo desde interromper a pré-oxigenação para a primeira onda de CO₂ ao final da expiração; 2) taxa de sucesso na primeira tentativa; 2) a incidência de reflexo de vômito; 3) a necessidade de administração não planejada de relaxante muscular ou hipnótico adicional; 4) a dificuldade de abertura da boca; 5) a necessidade de inserir pelo menos um dedo do operador dentro da boca; 6) a incidência de dessaturação.

Existe a possibilidade de que diferenças maiores em alguns desfechos sejam encontradas mais provavelmente nos pacientes nos quais a inserção da ML é feita em decúbito lateral ou nos subgrupos de pacientes de alto risco.

O modo de inserção PIML em um paciente previamente colocada em decúbito ventral, pode ser útil, mas as vantagens / riscos do uso da ML nessa posição são obviamente altamente controversas.

Conflitos de interesse

O autor declara que não há conflito de interesse.

Referências

1. Yu SH, Beirne OR. Laryngeal mask airways have a lower risk of airway complications compared with endotracheal intubation: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:2359-76.
2. Michalek P, Donaldson W, Vobrubova E, et al. Complications associated with the use of supraglottic airway devices in peri-operative medicine. *Biomed Res Int.* 2015;2015:746560.
3. Ho-Tai LM, Devitt JH, Noel AG, et al. Gas leak and gastric insufflation during controlled ventilation: face mask versus laryngeal mask airway. *Can J Anaesth.* 1998;45:206-11.

Carlos Rodrigues Almeida
 Centro Hospitalar Tondela - Viseu, Portugal
 E-mail: carlosralmeida@gmail.com

22 de abril de 2021