

Uso da Máscara Laríngea: Relato de Caso*

Cezar Lorenzini, TSA¹

Lorenzini C - The use of Laryngeal Mask: Case report

KEY WORDS: EQUIPMENT: laryngeal mask

A máscara laríngea é um dispositivo usado na manutenção da via aérea durante a anestesia. Pode ser usada como alternativa ao tubo endotraqueal e à máscara facial, associada à cânula orofaríngea. Ela é fabricada em diversos tamanhos possibilitando seu uso tanto em adultos quando em crianças¹.

RELATO DO CASO

Criança, sexo masculino, com 10 anos, 25 quilogramas de peso corporal, com proposta de correção cirúrgica de hérnia inguinal sob anestesia geral. Na avaliação pré-anestésica a história, o exame clínico e os exames laboratoriais complementares foram normais. O paciente não recebeu pré-medicação e o jejum pré-operatório foi de seis horas. A monitorização foi feita com estetoscópio pré-cordial, eletrocardiografia contínua (Miniscope H.Stratner), oximetria de pulso (BIOX 3740 Pulse Oximeter

Ohmeda), capnografia (Ohmeda 5200 CO₂ Monitor) e medidas intermitentes da pressão arterial sistólica e diastólica. Após canulizar veia no dorso da mão com cateter plástico, o paciente recebeu 0,5 mg de atropina EV e foi pré-oxigenado durante três minutos. A seguir a anestesia foi induzida com alfentanil 20 µg.kg⁻¹ e propofol 3,5 mg.kg⁻¹. Tão logo se verificou o plano anestésico adequado, a máscara laríngea número 2 (para crianças com até 25 kg) foi introduzida, seguindo a técnica preconizada pelo idealizador². Durante a inserção não se verificaram reflexos defensivos, alterações na frequência cardíaca ou alterações na pressão arterial. A inserção foi fácil e a posição adequada da máscara laríngea propiciou uma via aérea permeável, na primeira tentativa.

A anestesia foi mantida com oxigênio e óxido nitroso e infusão contínua de propofol. A ventilação, que passou de controlada a assistida e, no final da anestesia, para espontânea, foi mantida sem problemas. Não houve intercorrências e os parâmetros monitorados permaneceram dentro dos limites normais para o caso.

Ao final da cirurgia, a pele foi infiltrada com bupivacaína 0,125%. O óxido nitroso foi descontinuado e o paciente passou a receber oxigênio a cem por cento. A criança foi colocada em decúbito lateral e a máscara laríngea foi mantida até que o paciente despertasse. Tão logo foi verificada a presença de reflexos protetores e a criança abriu os olhos foi desinsuflado o balonete e retirada a máscara laríngea sem intercorrências.

* Trabalho realizado no Hospital Universitário São Vicente de Paulo da Universidade de Passo Fundo

¹ Prof Auxiliar de Ensino de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo e Médico Anestesiologista do SAR - Serviço de Anestesiologia e Recuperação de Passo Fundo

Correspondência para Cezar Lorenzini
R Pedro Avancini 100
99072-130 Passo Fundo - RS

Apresentado em 20 de dezembro de 1993
Aceito para publicação em 16 de fevereiro de 1994

© 1994, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

DISCUSSÃO

A máscara laríngea (ML) foi desenvolvida a partir de 1983 por Brain²⁻⁴, que após algumas modificações, chegou a seu modelo comercializado desde 1988. Consiste de um tubo de silicone convencional para intubação traqueal, encurtado, que tem em sua proximidade distal um balonete de forma elíptica semelhante a uma máscara facial em miniatura (figura 1)⁵.

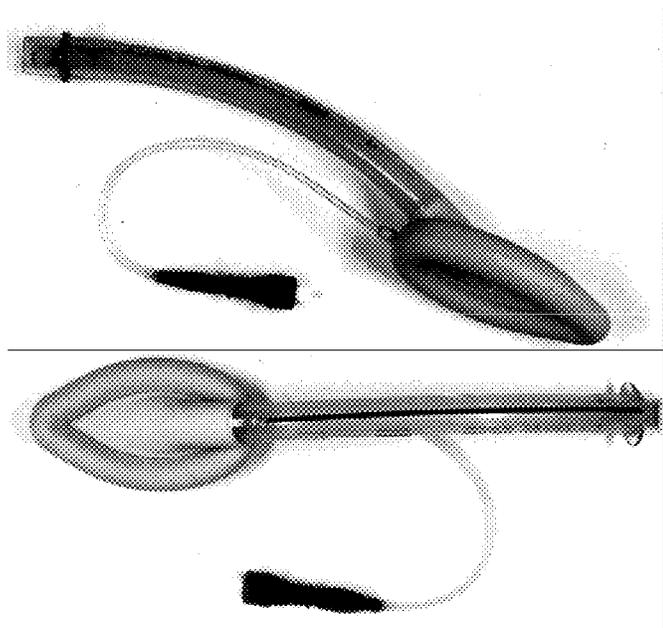


Fig 1 - Máscara Laríngea.

A técnica de inserção da máscara laríngea é simples. Para sua correta inserção a indução deve propiciar plano anestésico adequado. O propofol tem se mostrado o anestésico endovenoso mais eficiente⁶, pois, além da hipnose, produz um bom relaxamento muscular. Outros agentes anestésicos, como o tiopental e o etomidato, necessitam, na maioria das vezes, da administração combinada de um bloqueador neuromuscular. Os agentes inalatórios também propiciam condições adequadas à inserção da máscara laríngea.

A inserção é feita sem o uso de laringoscópio e a máscara deve ter o balonete completamente desinsuflado. O anestesista, com a

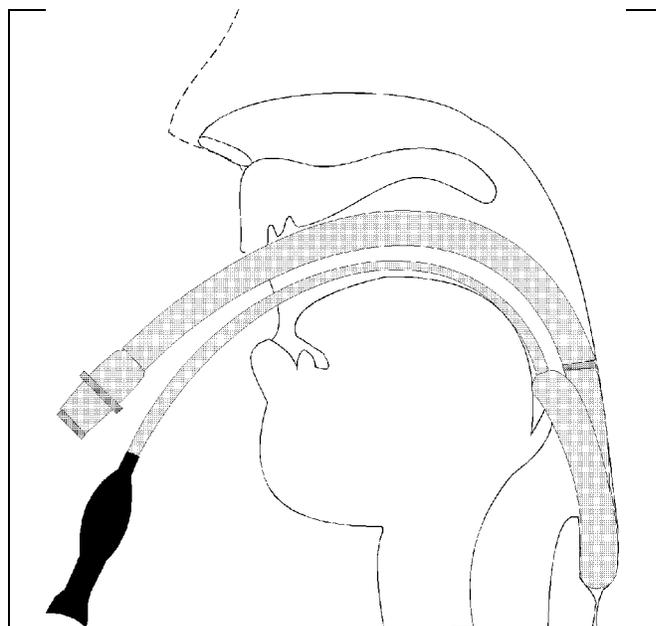


Fig 2 - Máscara Laríngea em sua posição correta.

mão não dominante, segura a cabeça do paciente que deve estar estendida e o pescoço fletido. Um auxiliar abre a boca do paciente tracionando a mandíbula. Com a outra mão o anestesista introduz a máscara laríngea tangenciando o palato. A máscara deve ser introduzida até que se sinta a resistência do esfíncter esofágico superior. Após posicionamento, o balonete deve ser insuflado com ar até que não se verifique escape de ar na via aérea durante a ventilação. Durante a insuflação do balonete não se deve segurar a ML pois, ao insuflar, a máscara se posiciona adequadamente. Quando posicionada (figura 2), a abertura da glote e da ML ficam em linha uma com a outra e o balonete após insuflado forma um selo ao redor do laringe.

A máscara laríngea foi idealizada para substituir as máscaras faciais e propiciar uma maior liberdade para o anestesiológico que não teria suas mãos ocupadas segurando a máscara facial. Ela propicia uma via aérea muito mais segura e permeável do que aquela propiciada pela máscara facial mais a cânula orofaríngea. Com a introdução do uso da ML algumas cirurgias que demandariam intubação traqueal e ventilação controlada ou assistida podem ser

feitas com a máscara laríngea em ventilação espontânea. Outra vantagem é a de evitar os reflexos danosos causados pela laringoscopia e intubação traqueal.

Inicialmente a indicação para o uso da ML se restringia aos pacientes em que a ventilação espontânea seria mantida. Porém com o tempo, verificou-se que ela também é efetiva, tanto na ventilação assistida quanto na controlada⁷. É fabricada em diversos tamanhos propiciando seu uso em crianças e em adultos e suas indicações tiveram um crescimento muito grande. Permanece o consenso de sua utilização em pacientes em jejum, que serão submetidos a cirurgias eletivas, que não aumentem a pressão intra-abdominal. Nos pacientes com estômago cheio, cesarianas, laparoscopias, videolaparoscopias sua indicação permanece controversa pois, havendo a possibilidade de regurgitação, há risco de aspiração do conteúdo gástrico⁸.

Como desvantagens podemos citar: a ML não previne aspiração do conteúdo gástrico regurgitado (se bem que previne a aspiração de secreção ou sangue oriundos da via aérea superior); seu posicionamento adequado é mais difícil de verificar do que o do tubo traqueal; a ML só funciona adequadamente se sua abertura estiver face a face com a glote e qualquer rotação da ML pode causar obstrução da via aérea. Outra ocorrência comum é a salivagem aumentada.

A máscara laríngea fabricada atualmente (Intavent Laryngeal Mask) tem um custo de US\$ 100 a unidade e deve ser esterilizada em autoclave antes do uso.

Certamente, "a máscara laríngea é um dispositivo que veio para ficar"⁵ e já tem seu lugar estabelecido na prática anestesiológica diária.

Assim, a máscara laríngea, apesar de seu alto custo inicial, é de grande valia como uma técnica a mais para a manutenção da via aérea em pacientes anestesiados. Seu uso, desde que respeitadas as indicações, é seguro, fácil de ser aprendido e uma alternativa a mais

AGRADECIMENTOS

A Dra Márcia Schneider por ter, gentilmente, desenhado a figura que ilustra esse trabalho.

no armamentário do anestesologista.

Lorenzini C - Uso da Máscara Laríngea: Relato de Caso

UNITERMOS: EQUIPAMENTO: máscara laríngea

REFERÊNCIAS

01. Johnston DF, Wrigley SR, Robb PJ, Jones HE - The laryngeal mask airway in paediatric anaesthesia. *Anaesthesia*, 1990; 45(11): 924-7.
02. Brain AIJ - The Laryngeal Mask - A New Concept in Airway Management. *Br J Anaesth*, 1983; 55: 801.
03. Brain AIJ - Further Developments of the Laryngeal Mask. *Anaesth Corresp*, 1989; 44(6): 530-531.
04. Brain AI - The Development of the Laryngeal Mask - a brief history of the invention, early clinical studies and experimental work from which the Laryngeal Mask evolved. *Eur J Anaesth*, 1991; Suppl 4: 5-17.
05. Lauretti GB - Máscara Laríngea - Uma Inovação que Veio para Ficar. *Rev Bras Anestesiologia*, 1993; 43: 222-223.
06. Blake DW, Dawson P, Donnan G, Bjorksten A - Propofol induction for laryngeal mask airway insertion: dose requirement and cardiorespiratory effects. *Anaesth & Int Car*, 1992; 20(4): 479-83.
07. Hammond JE - Controlled Ventilation and the Laryngeal Mask. *Anaesth Corresp*, 1989; 44(7): 616-617.
08. Barker P, Langton JA, Murphy PJ, Rowbotham DJ - Regurgitation of gastric contents during general anaesthesia using the laryngeal mask airway. *Brit J Anaesth*, 1992; 69(3): 314-5.