

## Cartas ao Editor

### *Intubação Traqueal sem o uso de Bloqueador Neuromuscular: Estudo Comparativo entre Indução com Propofol e Associação Propofol-Fentanil*

Senhor Editor,

Não consegui entender a conclusão do artigo "Intubação traqueal sem o uso de bloqueador neuromuscular" (Rev Bras Anesthesiol 1994;44:6:365-370).

Analisando o resultado dos 8 pacientes que receberam somente  $3,5 \text{ mg.kg}^{-1}$  de propofol antes da intubação traqueal (grupo III) os autores concluem que "a administração de propofol permite a obtenção de condições satisfatórias para intubação traqueal". No entanto, em 5 pacientes houve discreta (?) reação ao tubo e em dois pacientes foi impossível intubar a traquéia. Ademais cinco destes pacientes tiveram "rash" cutâneo (excesso de liberação de histamina ?).

Na realidade apenas o grupo II apresentou condições excelentes ou boas (definidas na metodologia) para intubação traqueal quando uma dose adequada de opióide ( $5 \text{ } \mu\text{g.kg}^{-1}$ ) foi empregada.

O número de pacientes estudados é muito pequeno para qualquer conclusão, mas seria permitido especular que a combinação de  $2,5 \text{ mg.kg}^{-1}$  de propofol com  $5 \text{ } \mu\text{g.kg}^{-1}$  de fentanil permite intubar a traquéia. O propofol é um excelente sedativo, nada mais.

Anestesia adequada com isoflurano, enflurano ou halotano também permite intubar a traquéia sem o uso do bloqueador neuromuscular.

Zairo EG Vieira, MD  
Cook County Hosp  
Dept Anesthesiology  
Chicago, IL 60612-USA  
Fax: (312) 633-5773

### Réplica

Permita-me, caro Professor, responder às suas indagações e tentar esclarecer alguns pontos que julgo serem importantes.

Se observarmos de uma forma geral, os 3 grupos de pacientes que receberam propofol com ou sem fentanil, obtivemos sucesso na intubação traqueal em 89% dos casos. Em 24 dos 28 casos (85%) constatamos excelentes ou boas condições de intubação da traquéia com esta técnica. No grupo III onde 8 pacientes receberam exclusivamente o propofol, em apenas 2 casos não foi possível intubar a traquéia. Nos outros 6 casos a intubação foi realizada sem dificuldades, sendo que em 5 deles, como registrado, ocorreu uma discreta reação após a intubação. Esse termo "discreta" refere-se a um pequeno "bucking" que cedeu espontaneamente sem intervenção farmacológica, conforme descrito na metodologia. Nesse mesmo grupo, 5 pacientes apresentaram "rash" cutâneo, o que não impediu que se obtivesse sucesso na intubação, objetivo da pesquisa realizada.

Assim, com sucesso na intubação da traquéia (89%) e de uma forma geral registrando-se excelentes ou boas condições para que esse procedimento fosse realizado (24 dos 28 casos), os autores sugeriram que "a administração do propofol permite a obtenção de condições satisfatórias de intubação traqueal na maioria dos casos, dispensando o uso de bloqueadores neuromusculares". Registramos também, que as melhores condições foram obtidas com a associação propofol  $2,5 \text{ mg.kg}^{-1}$ /fentanil  $5 \text{ } \mu\text{g.kg}^{-1}$ . O número de pacientes inicialmente previstos para o grupo III era de 10. Porém, devido ao número de casos de "rash" cutâneo, sendo que um deles intenso, não nos sentimos a vontade de continuar administrando essa dose de propofol. Esse foi o motivo desse grupo incluir apenas 8 pacientes.

Em sua observação "analisando o resultado dos 8 pacientes que receberam somente  $3,5 \text{ mg.kg}^{-1}$  de propofol antes..." penso que o

senhor se refere ao uso exclusivo de propofol, pois a dose que foi empregada, ou seja, 3,5 mg.kg<sup>-1</sup> é considerada alta e não é a recomendada para uso clínico.

Em estudo paralelo, publicado na Rev Bras Anesthesiol 1993;43:257-263, analisamos os 5 pacientes do grupo III que apresentaram "rash" cutâneo. Foram colhidas amostras sanguíneas 1 e 72 horas após o diagnóstico da reação cutânea para dosagem de IgE por radioimunoensaio. Também dosamos a tryptase (Tryptase Riact-Pharmacia-Upsala, Suécia) em amostra de sangue venoso colhida na 1ª hora após a injeção do propofol. Alguns desses pacientes retornaram, conforme o orientado, entre a 4ª e 6ª semana após a cirurgia para realizarem teste cutâneo (escarificação com agulha hipodérmica). A dosagem plasmática de tryptase tem sido recomendada como um "indicador" da atividade de mastócitos, já que a aferição da histamina é difícil de ser realizada por vários motivos. Em nenhum dos casos foi possível detectar a presença de tryptase. Assim, o seu questionamento também é o nosso, sobre a possível causa dessa reação ter sido a histamina. O fato de não ter sido constatado a tryptase no plasma não exclui a possibilidade de haver liberação desse autacóide.

Concordo com sua afirmação de que o "propofol é um excelente sedativo", mas permito discordar do seu "nada mais". Além de um sedativo ele é um hipnótico, e tem sido constatado em um grande número de publicações uma menor reatividade do laringe tanto para intubação traqueal, quanto para o uso de máscara laríngea quando se administra o propofol como agente de indução ou manutenção da anestesia.

É oportuna sua última observação de que a traquéia pode ser intubada com agentes inalatórios sem o emprego de bloqueadores neuromusculares. Inúmeras associações de agentes venosos tem sido utilizadas com sucesso para intubação traqueal sem o uso de relaxantes. Atualmente estou me dedicando em particular ao estudo dos novos bloqueadores neuromusculares, tema de minha tese de doutoramento, e constato um número crescente de trabalhos que, por necessidade metodológica não empregam relaxantes para intubação.

Mais uma vez manifesto minha satisfação de saber do seu interesse por nossa publicação e espero que minhas explicações tenham sido satisfatórias.

Maria Cristina Simões de Almeida, TSA  
Stephan Karl Michel Straße 6  
55131 Mainz  
Alemanha