

Edema Pulmonar Secundário a Laringoespasma

Prezado Editor

Sobre "Edema Pulmonar Secundário a Laringoespasma. Relato de um caso" acho muito oportuna a publicação. Este tipo de laringoespasma é relativamente comum e na maioria das vezes se resolve espontaneamente, mas não sem nos dar um tremendo susto.

Se for pertinente, ofereço o seguinte comentário que poderia ser publicado apenso ao artigo:

COMENTÁRIO

Este tipo de laringoespasma é bastante comum após extubação de paciente submetido a cirurgia de nariz (rinosseptoplastias). Isto porque a extubação só deve ser realizada quando o paciente apresenta sinais de reflexos presentes e respiração espontânea com volume corrente adequado. Nesta fase os reflexos laríngeos estão exacerbados e as narinas tamponadas com gaze lubrificada. Ao esforço respiratório após a extubação, o paciente se sente obstruído. Ao mesmo tempo provoca drenagem de líquidos exsudatos ou sangue da área operada para o cavo, o que excita a laringe, provocando o laringoespasma. Uma cânula de Guedel pode não ser eficaz. A colocação de máscara de oxigênio pode comprometer a cirurgia. Os comandos verbais podem não ser atendidos. Estabelece-se um quadro de agitação e hipoxia, muitas vezes com cianose importante e tiragem supraclavicular e esternal. É neste momento que se estabelece a pressão negativa intratorácica de maior valor. Provavelmente a fase de maior risco de edema pulmonar.

Para atenuar esta fase, sempre tão insegura para o paciente e para o anestesista, deve-se ter sempre a mão um cateter de teflon, tipo Abbocath 14ga, para microtraqueostomia de emergência e administração de oxigênio por pressão positiva. Faz-se uma punção na membrana cricotiróideia com o equipamento conectado a uma seringa. Ao se aspirar ar, confir-

mando o posicionamento do cateter na luz da laringe, fixa-se a agulha e avança-se o cateter. A seguir, retira-se a agulha. Agora basta conectar o canhão luer do cateter ao tubo de oxigênio com um débito de 3 a 4 litros por minuto, e não mais que isso. O pulmão será inflado como um pneu. A oferta de oxigênio provê as necessidades do paciente e nos dá tempo e calma para aguardar a resolução do laringoespasma¹.

A outra alternativa de segurança é não retirar o tubo antes de passar uma sonda gástrica pela boca do paciente e esvaziar-lhe o estômago de resíduos líquidos e gases insuflados. Esta sonda é retirada. A seguir, uma outra sonda gástrica é passada pela luz do tubo traqueal e deixada ancorada em um dos brônquios. O tubo traqueal é retirado por fora da sonda gástrica, mantendo-se o aspirador de prontidão. O tubo de oxigênio pode e deve ser conectado à ponta da SNG para insuflar oxigênio nos pulmões até que o paciente se adapte à respiração espontânea "por fora da sonda". E só após completa lucidez e autocontrole de sua respiração é que se retira a sonda gástrica do pulmão². O primeiro método já foi muito empregado em emergências, e o segundo é empregado de rotina na Clínica Cirúrgica Santa Bárbara, onde um número muito grande de pacientes se submete a este tipo de cirurgia anualmente.

MA Gouveia, TSA
Clínica Cirúrgica Santa Bárbara
Rua Paulo Barreto, 51
22280 — Rio de Janeiro, RJ

REFERÊNCIAS

1. Scuderi P E, McLeskey C H, Comer P B — Emergency percutaneous ventilation during anesthesia using readily available equipment. *Anesth Analg* 1982; 61: 867.
2. Gouveia M A — Anestesia para Cirurgia Plástica e de Queimados. In: Cremonesi E. *Temas de Anestesiologia*. Cap. 22, pp. 249-260, Ed. Sarvier, 1987.