

## ANESTESIA GERAL PARA RINOPLASTIAS

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. (\*)

O autor apresenta sua experiência em 530 casos de rinoplastias executadas com anestesia geral endotraqueal e infiltração com agente anestésico local e vasoconstrictor. Analisa ocorrências pós-operatórias imediatas e a maneira de corrigi-las.

As rinoplastias podem ser executadas com 3 tipos de anestésias: anestesia local; anestesia geral; associação de anestesia geral com anestesia local.

A anestesia local infiltrativa é a preferida por muitos cirurgiões plásticos, especialmente os mais antigos, mas apresenta inconveniente de limitação de tempo operatório, de sensações desagradáveis para o paciente, com possíveis repercussões sobre o resultado final.

A principal desvantagem que os cirurgiões plásticos vêm na anestesia geral é o sangramento, que pode ser de tal magnitude de forma a perturbar o trabalho cirúrgico, e tem sido em nosso entender o motivo principal porque a anestesia geral é pouco solicitada para rinoplastias.

A adição de uma anestesia local com vasoconstrictor à uma anestesia geral teria duas finalidades: diminuição do sangramento intraoperatório e possibilidade de manutenção de um plano anestésico superficial de forma a se obter pacientes com todos os reflexos ou preferente consciêntes no final da operação <sup>(1)</sup>.

Como se trata de cirurgia eletiva em pessoas com bom estado físico, o risco anestésico tem que ser reduzido ao mínimo, e a técnica de anestesia compatível com o ato cirúrgico afim de não prejudicar o trabalho do cirurgião. Como sempre ocorre um sangramento posterior à cirurgia, o paciente deverá estar de posse de todos os reflexos de defesa na ocasião da extubação.

---

Trabalho apresentado ao X Congresso Argentino de Anestesiologia, Outubro de 1965.

(\*) Do Serviço de Anestesia do Hospital Santa Helena, S.P.

Nossa experiência com anestesia geral associada à anestesia local para rinoplastias é de 530 casos. Uma primeira série de 130 casos já foi estudada <sup>(1)</sup> e está incluída no presente trabalho com finalidade de comparação. (Quadro I).

QUADRO I

SEXO: Masculino ..... 28  
Feminino ..... 502

## IDADE

0 — 20 anos	1.ª série	2.ª série	Total
		37	98
21 — 30	47	161	208
31 — 40	38	92	130
41 — 50	8	41	49
51 — 60	—	8	8
TOTAL	130	400	530

## INTERVENÇÕES ASSOCIADAS A RINOPLASTIAS

1 — Septo .....	97
2 — Rugas .....	38
3 — Mama .....	20
4 — Abdomem .....	12
5 — Plástica de cicatriz .....	6
6 — Plástica de lábio .....	5
7 — Queiloplastia .....	3
8 — Plástica de orelha .....	3
9 — Plástica de pálpebras .....	2
10 — Exérese de polipo nasal .....	1

Vejamos em seguida a técnica que seguimos quando se trata de uma rinoplastia sem associação com outra cirurgia.

Todos os pacientes são premedicados com doses de 0,5 mg de atropina, associada a doses convenientes de prometa-zina e meperidina, uma hora antes da cirurgia.

Na sala operatória é iniciada a administração de soro glicosado a 5% intravenoso e a seguir é injetada uma dose hipnótica de tiopental sódico, seguidos da inalação de oxi-

gênio em sistema circular semi-fechado, para desnitrogação do paciente, após o que inicia-se o uso de protóxido de azôto-oxigênio a 2:1.

Administra-se em seguida uma dose apneisante de succinilcolina e pratica-se a anestesia tópica das cordas vocais com lidocaina a 2 ou 4%. A seguir, o paciente é entubado com sonda traqueal tipo Woodbridge com manguito insuflável. Executamos na primeira série de casos o tamponamento faringeo com gaze humedecida em sôro fisiológico, e na segunda série o tamponamento foi feito por meio de uma esponja plástica ligada à uma sonda de Nélaton, que é conectada a um aspirador de modo a aspirar continuamente durante a cirurgia, o sangue que se acumula no rinofaringe. Este tampão ideado por Canto Pereira permitiu reduzir o vômito pós operatório conforme será mostrado.

A manutenção da anestesia é feita com prótóxido de azôto, em sistema semi-fechado, com ventilação espontânea e com o uso de pequenas doses de 10 a 20 mg de meperidina intravenosa.

O cirurgião procede à anestesia local infiltrativa, de preferência com lidocaina a 0,5 — 1.0%, adicionada de adrenalina a 1:200.000, e a cirurgia é iniciada somente depois do desaparecimento da fase hipertensora da adrenalina, controlada pelo esfigmomanômetro. Em pacientes mais idosos aplicamos antes da infiltração local, uma dose de 5 a 10 mg de clorpromazina, I.V., afim de serem evitados possíveis complicações decorrentes da hipertensão adrenalínica.

Os pacientes são extubados ao fim do curativo, quando de posse de todos os reflexos de defesa, após retirada do tampão e aspiração cuidadosa do faringe.

Um detalhe para o qual chamamos a atenção é a fixação da sonda endotraqueal. Esta é fixada no mento, um pouco à direita da linha mediana se o cirurgião é canhoto ou um pouco a esquerda em caso contrário, com a finalidade de não impedir o movimento de serração das apófises frontais do maxilar. A fixação da sonda não pode ocasionar desvios do *filtrum*.

O plano de anestesia deve ser superficial, porém sem permitir reações do paciente que, além de ocasionar interrupção do ato operatório, aumentam o sangramento, que se constitui na faceta mais interessante do problema da anestesia geral em rinoplastias.

O sangramento do qual o cirurgião plástico reclama é o sangramento intraoperatório pelas narinas, que faz prolongar a cirurgia, mas que pode ser reduzido pela manutenção da anestesia em plano adequado, pela infiltração com anestésico local com vaso constritor de forma adequada, e

pelo momento de início da cirurgia após cessado o efeito hipertensor da adrenalina. Este sangramento, por nós medido pelo processo gravimétrico, foi de cerca de 162 g na primeira série e de 65 g na segunda; a perda maior corresponde à serração e fratura dos ossos nasais, e a perda menor ao tratamento da ponta.

Parte do sangramento intraoperatório ganha o faringe e segue ao estômago, e mesmo com o tamponamento com gase humedecida em soro fisiológico tínhamos elevada porcentagem de vômitos. Com o emprêgo da sonda Canto Pereira e aspiração continuada conseguimos diminuir essa porcentagem como se vê no quadro II.

QUADRO II

## ANESTESIA GERAL PARA RINOPLASTIAS — POS OPERATÓRIO IMEDIATO

	1.ª Série — 130	2.ª Série — 400	TOTAL
Agitação	3 — 2.3%	8 — 2.0%	11 — 2.07%
Vômito	26 — 20.0%	32 — 8.0%	58 — 10.9%
Sangramento	—	—	—
Óbitos	—	—	—

Um pequeno sangramento pós operatório sempre ocorre, o que é atestado pelo vômito em borra de café. Em nossa série êsse sangramento nunca obrigou à revisão do tamponamento nasal. Para o contrôle do vômito empregamos dramamine ou cloropromazina.

A agitação pós operatória tem o nosso entender 3 causas: o decúbito imposto às pacientes, o tamponamento nasal e o tamponamento ocular.

O decúbito mais recomendado é o decúbito dorsal horizontal, podendo-se tolerar um pequeno decúbito lateral de torax e bacia. As pacientes que se agitam são aquelas que dormem em decúbito ventral ou lateral e que são restringidas quando tentam se mover para aquele decúbito, que não pode ser permitido. Êsses casos obrigam à sedação com gardenal associado ou não à cloropromazina.

O tamponamento ocular é por vêzes causa de agitação, e basta a simples remoção, para que a paciente perceba que está com visão normal e se acalme. Outras vêzes é a secura da boca ocasionada pela passagem de ar que leva as pacientes à agitação.

## COMENTÁRIOS

Com a técnica que expusemos, conseguimos contornar os óbices referidos pelos cirurgiões plásticos, ao emprêgo da anestesia geral em rinoplastia. Consideramos vantajosa a infiltração com anestésico local e vaso constritor que reduz o sangramento e possibilita a manutenção de plano superficial de anestesia com rápida recuperação dos pacientes.

Consideramos a entubação orotraquael como imperativa, discordando dos que sentem a presença da sonda como um impedimento á boa execução do ato cirúrgico. Achamos que sua presença é uma questão de segurança em paciente de bom estado físico com operação onde há sangramento para o faringe, e que corretamente posicionada absolutamente não perturba a marcha da operação impedindo manobras cirúrgicas.

Recomendamos o protóxido de azôto como agente de manutenção pela rapidez de eliminação e consequente recuperação rápida. Como há infiltração com vaso constritor não empregamos halogenados, pois que aquêle é injetado em uma zona ricamente vascularizada, com possibilidade de um acidente, por atingir níveis sanguíneos elevados em presença do primeiro.

## SUMMARY

### GENERAL ANESTHESIA FOR PLASTIC SURGERY OF THE NOSE

The experience of 530 cases done under general endotracheal anesthesia and local infiltration with vasoconstrictor drugs is analyzed.

Immediate post-operative complications are reviewed and their prevention and treatment are discussed.

## BIBLIOGRAFIA

1. Russo, R. P. — Anestesia geral em rinoplastias Rev. Bras. Anest. 12, 1, 60-65, 1952.