

ANESTESIA GERAL PARA RINOPLASTIA (*)

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

São vários os aspectos que devem ser analisados na cirurgia plástica da pirâmide nasal: 1) A correção estética da deformidade tem que ser adequadamente feita sem a preocupação do fator tempo, o que limita a indicação da anestesia local nos casos de cirurgia de longa duração. 2) Quando do uso do escôpro e do martelo sem anestesia local, os pacientes se queixam de dor, pelo menos de um desconforto muito grande, reagindo, não colaborando e dificultando a marcha operatória. 3) Tratando-se uma operação eletiva, o estado geral do paciente é bom.

Para o anestesiológista, além dos problemas básicos fundamentais, há que considerar mais especialmente: 1) A técnica de anestesia empregada tem que ser adequada, permitindo ao cirurgião executar perfeitamente sua tarefa e com um mínimo de risco para o paciente. 2) Ao término do curativo, os pacientes devem estar de posse de todos os reflexos, preferentemente conscientes, pois que ocorre sempre um sangramento posterior ao ato cirúrgico, apesar do tamponamento nasal.

Relatamos no presente trabalho nossa experiência pessoal em 130 casos de anestesia para rinoplastia, operadas no espaço de 18 meses por uma mesma equipe de cirurgia plástica.

Os pacientes, quando ao sexo, estavam assim distribuídos: 124 (95.38%) femininos e 6 (4.61%) masculinos apresentando a seguinte distribuição etária:

(*) Trabalho apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Goiânia, Goiás, Outubro de 1961.

(**) Anestesiológista do Hospital Santa Helena, São Paulo, SP.

até 20 anos	.....	37 casos	30%
21 a 30	"	47 "	36,1%
31 a 40	"	38 "	29,2%
41 a 50	"	6 "	4,6%

Foram executadas as seguintes intervenções:

Rinoplastias	.....	82 casos
Rinoplastias — septo	.....	29 "
Rinoplastias — ritidectomia	.....	9 "
Rinoplastias — queiloplastia	.....	5 "
Rinoplastias — plástica palpebral	.....	2 "
Rinoplastias — mamoplastias	.....	2 "
Rinoplastias — polipectomia nasal	.....	1 caso

O tempo operatório médio das rinoplastias, incluindo o curativo, foi de 90 minutos.

Todos os pacientes estavam em bom estado geral, havendo na série, duas pacientes que haviam se submetido a tratamento eletroconvulsioterápico e 3 pacientes com história de alergia à sulfa, procaína e piramido, respectivamente.

Como medicação pré-anestésica, usamos em todos os casos: pentobarbital sódico 100 mg, por via oral, duas horas antes da cirurgia e a combinação meperidina-prometazina-atropina em injeção intramuscular e em doses adequadas, uma hora antes da operação.

Com o paciente na sala de operações é canulada uma veia do antebraço esquerdo e a anestesia induzida com tiobarbiturato intravenoso; ao mesmo tempo iniciamos a administração de oxigênio por máscara para desnitrogenar o paciente. A seguir é iniciada a administração de uma mistura de N_2O-O_2 na proporção de 2: 1.

Administramos logo após uma dose de succinilcolina suficiente para permitir a vaporização cuidadosa do faringe, laringe e traquéia com anestésico tópico. O paciente é novamente ventilado e entubado com sonda provida de manguito, tamponando-se o faringe com gaze umedecida em soro fisiológico. Este tamponamento tem por finalidade impedir que o sangue caminhe para o estômago, a nosso vêr uma das causas que mais contribui para o vômito pós-operatório.

O paciente é colocado na posição adequada, inicia-se a antisepsia, colocação dos campos cirúrgicos e em seguida o cirurgião executa uma anestesia local infiltrativa.

A ventilação foi espontânea em todos os casos.

O tiobarbiturato, por nós usado em todos os casos foi o tiopental sódico em solução a 2,5%, utilizando-se cerca de

350 a 500 mg na indução. A quantidade total gasta para a rinoplastia variou de 750 mg a 1 g.

Usamos como anestésico tópico a tetracaína a 1,0% em 24 casos e a lidocaína a 2,0% em 106 casos, gastando-se em média de 4 a 6 ml da primeira e 8 a 10 ml da segunda. Atualmente estamos usando somente a lidocaína, que nos fornece cerca de 60 a 90 minutos de anestesia, tempo suficiente para a execução da rinoplastia.

A vaporização deve ser cuidadosa, uma vez que a cabeça do paciente é movimentada durante o ato cirúrgico, o que pode provocar reação do paciente, obrigando o anestesista a aprofundar a anestesia ou empregar relaxante muscular.

O relaxante muscular usado em todos os casos foi a succinilcolina.

As sondas por nós utilizadas, são flexíveis, com espiral de aço, e providas de balonete insuflável; não angulam, e são ligadas com o Y que vem do aparelho de anestesia, na altura do rebordo inferior da mandíbula (Fig. 1). A sonda

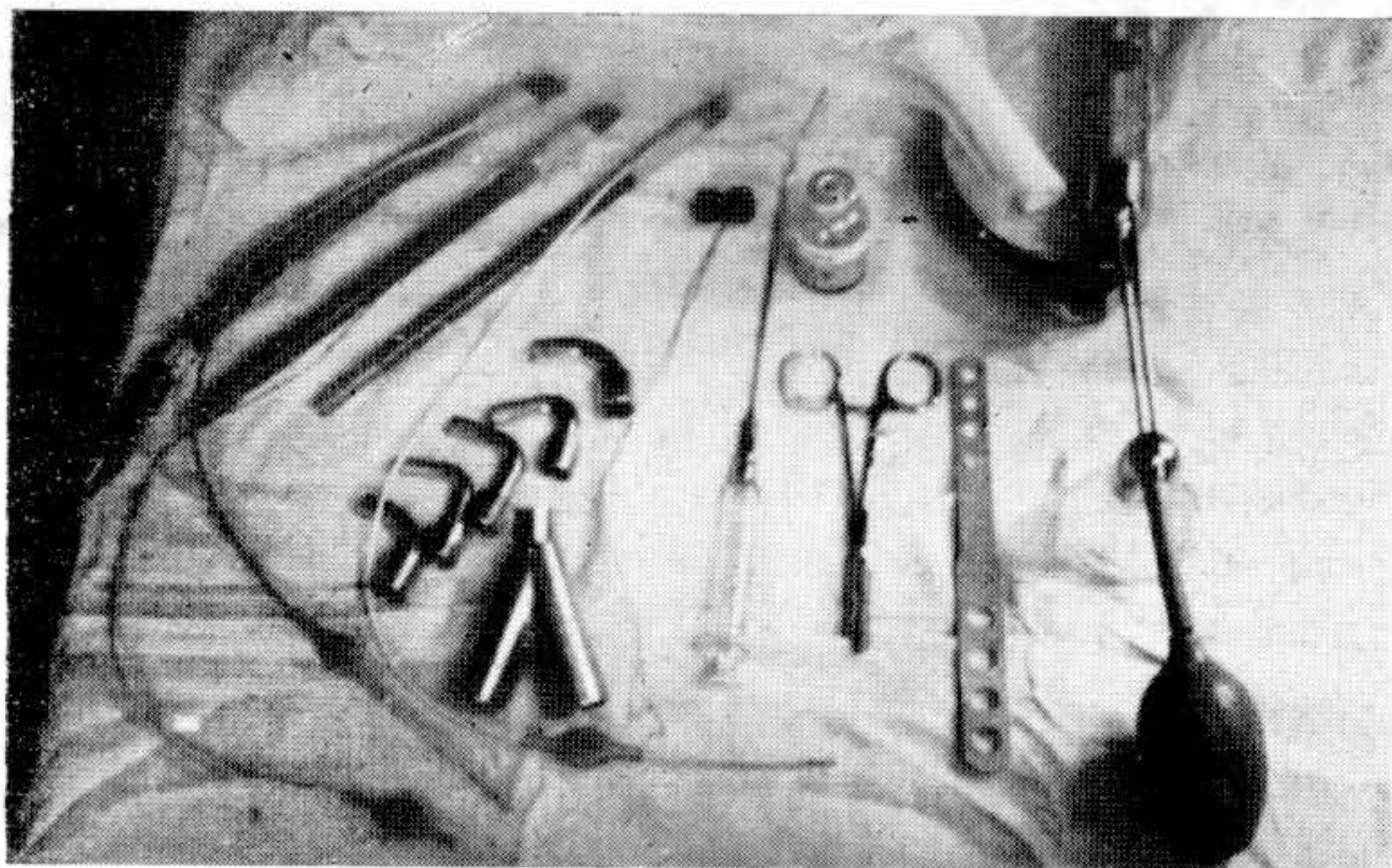


FIG. 1 — Mesa contendo material para entubação: Sondas flexíveis de diferentes tamanhos e calibres, cotovelos, Y, separador de arcadas dentárias de borracha, seringa com cânula, lidocaína a 2%, pinça de Kocher, Rolo de gaze para tamponamento do faringe laringoscópio e pulverizador.

pode ser fixada no queixo, um pouco a esquerda da linha mediana quando o cirurgião é dextro, ou um pouco a direita da linha mediana quando o cirurgião é canhoto. Tal detalhe é importante quando o cirurgião faz uso da serra manual para seccionar a apófise frontal do maxilar de ambos lados (Fig. 2)

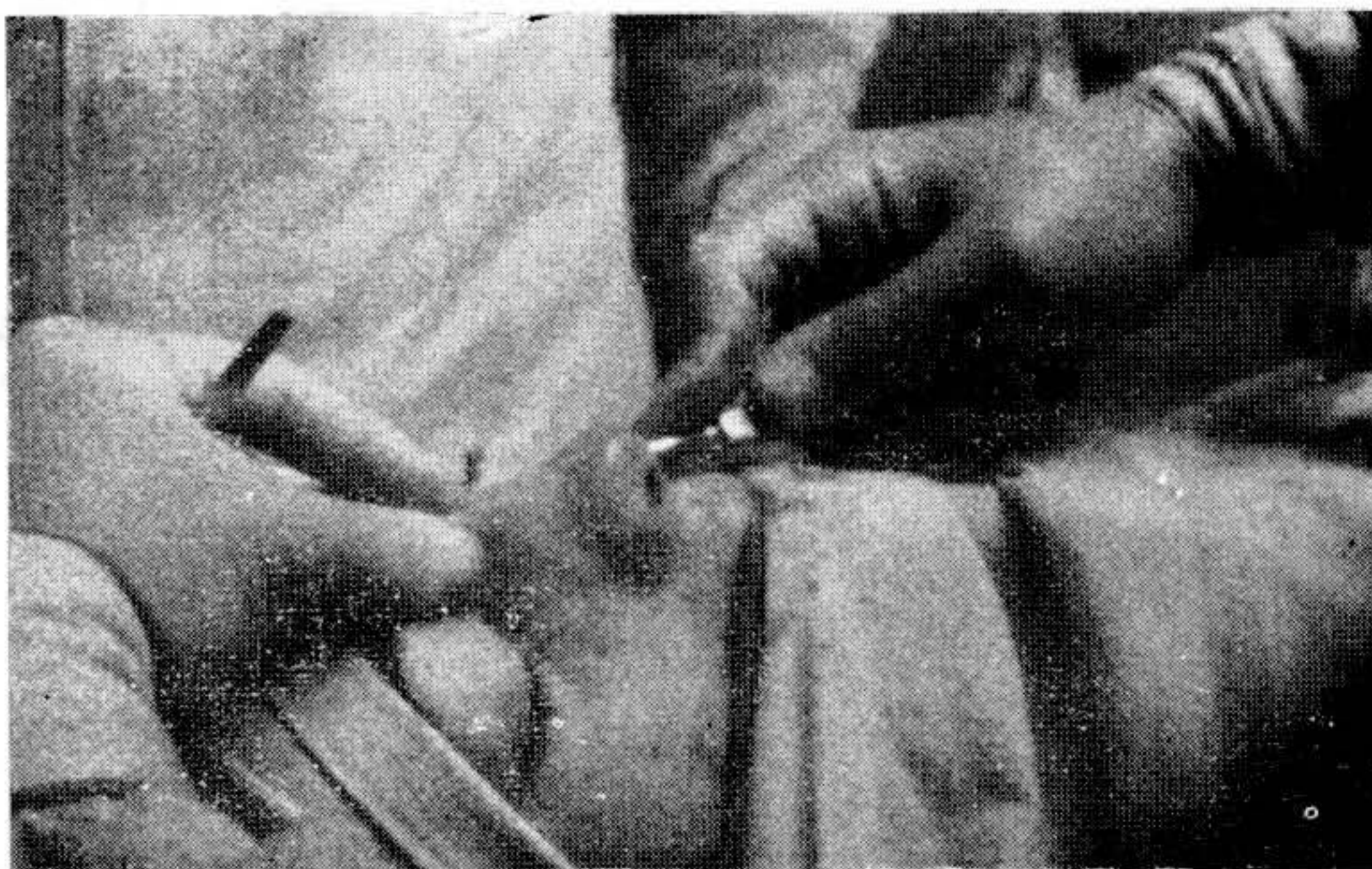


FIG. 2 — Serração da apófise frontal do maxilar. A colocação adequada da sonda permite o movimento de vai e vem da mão do cirurgião sem interferir com êle.

O esparadrapo que fixa a sonda não deve repuxar a commissura do lábio inferior para não ocasionar desvios do filtrum e da asa do nariz (Fig. 3).

Para a manutenção da anestesia usamos:

Ticbarbiturato — N ₂ O-O ₂	2 casos
Ticbarbiturato — N ₂ O-O ₂ — Meperidina	112 "
Tiobarbiturato — N ₂ O-O ₂ — Meperidina	
Procaína 1%	16 "

O protóxido de azoto foi usado em concentração de 50 a 66% em circuito semifechado, a meperidina em concentração de 1/5.000 gôta a gôta E.V. e a procaína a 1% gôta a gôta E.V. Usamos a procaína a 1% nos casos de cirurgia prolongada associada à rinoplastia (mama, rugas, etc.).

A infiltração do nariz é feita com anestésico local adicionado de vasoconstritor visando-se a diminuição do sangramento trans-operatório. Como agentes anestésicos locais usamos a procaína a 1% em 56 casos e a lidocaína a 1% em 74 casos. O vasoconstritor foi a adrenalina em solução aquosa milesimal, nas concentrações habituais. Para a infiltração local foram usados cerca de 15 a 20 ml dessa solução.

A perda sangüínea transoperatória foi medida em 10 casos, com as seguintes médias:

Tratamento da ponta	6,0 g
Tratamento do dorso, até final do curativo	146,2 g
	<hr/>
Perda total média	152,2 g

Ê nossa impressão que a infiltração local diminui de muito a perda sangüínea transoperatória, e achamo-la preferível, neste tipo de cirurgia, aos bloqueadores ganglionares, cujo uso implica numa postura que não é do agrado do cirurgião plástico quando opera rinoplastia.



FIG. 3 — Paciente entubada, tamponamento do faringe, e com o separador de arcadas colocado entre dentes molares. Notar que não há desvio de filtrum.

Uma outra vantagem da infiltração local, seria possibilitar o uso de anestesia superficial, o que é de grande vantagem para a recuperação da consciência no final da operação.

Ao término do curativo, é retirado o tampão de gaze do faringe e o paciente, depois de cuidadosamente aspirado, é

extubado. A extubação, se necessária, é auxiliada por uma pequena dose 5 a 10 mg de succinilcolina. Doses maiores ou manobras intempestivas podem desencadear apnéia ou espasmos de glote, que obrigam o anestesista a reentubar o paciente para ventilá-lo, uma vez que o uso de máscara é impraticável.

Pós-operatório imediato.

Nas rinoplastias, a nosso vêr, são 3 as principais ocorrências do pós-operatório imediato:

1) Vômitos. Ocorreram em 26 casos (20%) e foram controlados com cloranautine (Dramamine). Apenas 3 pacientes vomitaram mais que uma vez, e todos os pacientes apresentaram vômitos em bôrra de café, atestando que ocorreu um sangramento posterior ao ato cirúrgico e reforçando nossa opinião da necessidade da presença de todos os reflexos no final da operação. 2) Agitação. Ocorreu em 3 casos (2,3%) e em pacientes cuja posição de sono era o decúbito ventral, posição que não é permitida após a rinoplastia. Usamos barbital para controlar a agitação. 3) Sangramento. Em nossa série não ocorreu sangramento pós-operatório que obrigasse à revisão do tamponamento. 4) Não registramos óbitos.

RESUMO

O autor descreve a técnica usada em 130 casos de anestesia para rinoplastias. Considera a entubação traqueal como imperativa, recomendando o uso de sonda flexível com espiral de aço para impedir sua angulação, usando técnica anestésica fundamentada em hipnose e analgesia. Chama a atenção para uma anestesia tópica cuidadosa, proferindo a lidocaina a 2%, e recomenda a infiltração do nariz com anestésico local adicionado de vaso constritor, para diminuir o sangramento transoperatório, que foi de 152,2 g., medido pelo processo gravimétrico. Acha fundamental estar o paciente de posse de todos os reflexos de defesa no final da intervenção e analisa as complicações surgidas no pós-operatório imediato. Não ocorreram óbitos.

GENERAL ANESTHESIA FOR RHINOPLASTY

Endotracheal anesthesia associated to local infiltration was used in 130 patients for rhinoplasty. A non-kinking, flexible, spring-walled, tracheal tube was employed. Topical anesthesia of the pharynx and larynx prevented coughing, jerking or bucking during the procedure. Vasoconstrictor added to the local anesthetic agent was helpful in reducing total blood loss to 152,2 g (average).

General anesthesia was light; all reflexes were present at the end of operation. Attention is drawn to the packing of the pharynx during anesthesia, thus avoiding swallowing of blood and preventing post-operative emesis.

Twenty six patients (20%) vomited after operation and they had swallowed some blood in the immediate post-anesthetic period, but only 3 had more than one bout of emesis. Restlessness and agitation occurred in 3 cases (2.3%). There were no deaths.

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO

R. Clélia, 896

São Paulo, SP.