

ANESTESIA PARA CIRURGIA DE LÁBIO LEPORINO E FENDA PALATINA

PEDRO CARDOSO FILHO

e

MILTON PIMENTA DE FIGUEIREDO

(Belo Horizonte - Minas Gerais)

A nossa experiência sobre anestesia para os casos de Lábio Leporino e Fenda Palatina data de 1953.

Desde o início pudemos observar que a anestesia para este tipo de cirurgia era das mais difíceis. M. Digby Leigh, 1949, (1) afirma que esta dificuldade decorre de quatro fatores, a saber:

1.º) A operação é feita em meninos com menos de um mês de idade;

2.º) A entubação traqueal em crianças desta idade apresenta problemas, sendo que, além disto, o defeito congênito ainda mais dificulta o ato da entubação;

3.º) O tubo traqueal, conexões, etc., ficam dentro do campo operatório — Inaccessíveis portanto ao anestesista.

4.º) Às vezes a criança perde bastante sangue, o que poderá levá-la ao choque.

Por encontrarmos dificuldades, a nossa conduta não foi a mesma desde o primeiro caso até hoje; temos modificado a técnica, procurando melhorar em algum ponto ou noutro.

Preparo — A maioria das crianças anestesiadas tinham de 15 dias a 2 meses de idade. Os pequenos pacientes são operados no melhor estado de saúde. Acreditamos que uma das causas de sucesso é o bom preparo das crianças que sempre são entregues a um pediatra e só são levadas à mesa operatória quando pesam, no mínimo, 4 quilos e estão ganhando peso.

Nunca deixamos uma criança muitas horas sem se alimentar — de modo geral toma o último alimento 4 horas antes da operação e tão logo desperta da anestesia começamos a alimentá-la de novo.

AP 3193

O internamento faz-se, pelo menos, na véspera da operação; nunca no mesmo dia.

Premedicação — Usamos rotineiramente a Atropina intramuscular, nas doses advogadas por D. Leigh, 1949, (1) e, às vezes, doses um pouco maiores. O resultado obtido com a Atropina nem sempre é bom, apresentando-se o paciente com secreção durante algumas operações.

D. Leigh, 1946 (2) aconselha o uso de opiáceo associado à Atropina ou à Escopolamina; nós entretanto, preferimos o Tionembutal retal pelas seguintes razões:

1.º) É um procedimento fácil, seguro (R. W. Burnap, 1948) (3) e não provoca dor; com muito pequena incidência de falha.

2.º) Abole completamente a apreensão pré-operatória, o trauma psíquico, o que é valioso, especialmente quando múltiplas operações são necessárias (J. A. Artusio, 1950) (4).

3.º) Diminui a tendência à taquicardia (K. Jackson, 1948) (5).

4.º) A indução da anestesia é muito mais rápida e tranquila.

5.º) Pós-operatório mais tranquilo com pequena incidência de vômitos.

6.º) O enema é feito pelo próprio anestesista o que é uma grande vantagem, no nosso meio onde a falta de boa enfermagem dificulta a injeção de doses fracionadas de opiáceos.

A desvantagem do Tionembutal retal é que a criança não desperta tão rapidamente após a operação.

Com a finalidade de acordar os pequenos pacientes mais rapidamente, fizemos vários casos premedicando só com Atropina; de fato, o despertar era imediato, mas notamos que a anestesia era muito mais difícil de ser mantida. A indução era tormentosa, com a criança chorando e debatendo-se. Nestes casos verificamos que a quantidade de secreção era impressionante. Por estas razões voltamos a usar o Tionembutal retal e não mais pensamos abandoná-lo.

O Tionembutal é administrado na dose de 50 mg por quilo de peso (solução a 10 %). A premedicação é feita no quarto, de modo que a criança vem sempre dormindo para a sala de operações.

Indução da Anestesia — É feita o mais tranquilamente possível, evitando-se a obstrução respiratória e tosse que aumentam grandemente a secreção. Usamos o ciclopropano que é mantido até atingir o segundo estágio do terceiro plano e depois acrescentamos éter cautelosamente ao circuito. O ciclopropano é administrado através um filtro vai-vém, com bolsa e máscara de tamanhos adequados, menor espaço morto possível. (J. Adriani, 1954) (6).

Uma vez alcançado um relaxamento satisfatório procedemos a entubação orotraqueal. Para maior facilidade elevamos a cabeça

da criança (Leigh, 1948) (1) sobre um suporte circular estofado, que tem a dupla finalidade de elevar e segurar firme a cabeça. Este suporte não é essencial, mas facilita grandemente a entubação.

Por não possuímos tubos plásticos temos lançado mão das sondas de Magill, de borracha. Escolhemos a de maior calibre que possa ser introduzida na glote sem se fazer fôrça. Antes de entubar deve-se tomar o cuidado de introduzir uma conexão Magill no tubo, assim como lubrificá-lo com pomada anstésica.

O laringoscópio por nós preferido é o Wis-Foregger, se bem que tenhamos usado a lâmina de Macintosh algumas vêzes.

Acreditamos ser indispensável a entubação traqueal por diversas razões, tais como: necessidade de se manter vias aéreas perfeitas durante tôda operação (H. C. Slocum, 1945) (8); necessidade de não atrapalhar o trabalho do cirurgião e a inacessibilidade das vias aéreas ao Anestesista.

Preferimos fixar o tubo no meio do lábio inferior, porque se colocado ao lado, em um dos cantos, faz tração sobre o lábio superior e distorce o campo operatório.

A infiltração do local com novocaína e adrenalina é feita, rotineiramente, pelo cirurgião, com a dupla finalidade de diminuir o sangramento e a sensibilidade dolorosa. Esta infiltração facilita muito o trabalho do anestesista.

A maior dificuldade por nós encontrada era na seqüência ciclo-éter, pois freqüentemente a criança reagia ao éter com espasmo de glote o que nos obrigava a reiniciar com o ciclopropano, etc. Às vêzes não conseguíamos um relaxamento suficiente e a entubação tornava-se muito difícil.

Por duas vêzes tivemos de adiar a operação; a primeira, um menino de 15 dias de idade, com lábio leporino e fenda palatina. Tivemos dificuldades na entubação e depois da terceira tentativa julgamos prudente adiar a intervenção por 72 horas. As dificuldades foram decorrentes do mau relaxamento obtido. A segunda, uma menina de 3 meses de idade, extremamente sensível ao éter.

Dois outros meninos não conseguimos entubar e resolvemos fazer insuflação de éter (J. Adriani, 1950) (9), o que foi conseguido sem dificuldades. Apesar de sermos bastante familiarizados com esta técnica, só a usamos excepcionalmente pois acreditamos não oferecer bastante segurança ao paciente.

Foi-nos sugerido o uso da máscara aberta, fazendo-se a indução com Cloretila. Seguidores que somos da escola de Adriani (9), não concordamos em usar êste anestésico por ser muito tóxico.

Ocorreu-nos a idéia de usarmos, nos casos em que era difícil a seqüência ciclo-éter, o iodeto de "Succinylcholine", para facilitar a entubação. (F. F. Foldes, 1955 - 10), (R. S. Martins, 1954 - 11), (L. Jennings, 1953 - 12), (L. S. Goodman, 1955 - 13), (F. F. Foldes, 1952 - 14).

Este relaxante de síntese, quando usado em pequenas doses, parece-nos ser ideal para procedimentos rápidos como o é uma entubação traqueal. Acreditamos ser ideal por ser um relaxante muscular muito eficiente, não tóxico, de início de ação rápido, tempo de eliminação também muito rápido, ausência de ação cumulativa, não liberta histamina e não afeta o sistema cárdio-vascular. O grande perigo da "Succinylcholine" são as apnéias prolongadas que pode provocar, mas estas são evitadas usando-se pequenas doses.

Após a indução com ciclopropano, o cirurgião procede à dissecação da veia safena interna da criança, introduzindo nela um tubo de polietileno. Nesta veia injetamos o iodeto de "Succinylcholine", meio miligrama por quilo de pêso.

A apnéia instala-se quase que instantâneamente e dura de 2 a 3 minutos.

A entubação tem que ser feita com uma certa rapidez, o que não constitui problema, dadas as excelentes condições proporcionadas pelo curarizante.

Em seguida ligamos o tubo, por meio de uma conexão Maggil a uma válvula de D. Leigh ou a uma de Stephen-Slater, que por sua vez é ligada a uma bolsa com capacidade de 1 litro.

Pesquisamos meticulosamente a expansão pulmonar nos dois hemitóraces para constatar se o tubo não penetrou em um dos brônquios.

Algumas vêzes, passada a ação da "Succinylcholine", a criança tosse, reage fortemente ao tubo. Aconteceu, uma vez, o tubo sair da traquéia. Para evitar êste acidente desagradável, temos sempre a mão uma solução de Tionembutal a 1% para ser injetada, na veia, se necessário fôr.

A anestesia é mantida com oxigênio e éter, pelo método "non-rebreathing", sendo o fluxo de oxigênio ajustado para se manter a bolsa semi-insuflada (C. R. Stephen, 1951 - 15), (C. R. Stephen, 1954 - 16). O fluxo de gás deve ser, pelo menos, igual ao volume-minuto do paciente.

Procuramos sentir constantemente o pé da criança, ver sua côr. Para êste tipo de anestesia o primeiro sinal de choque é um pé frio e pálido. (7)

A técnica "Non-rebreathing" é, a nosso ver, a ideal por não permitir o acúmulo de gás carbônico, por ser mínima a resistência à respiração e o espaço morto ser também mínimo. (16)

Acidentes — Além das dificuldades que tivemos na seqüência ciclo-éter, o acidente mais grave foi a obstrução do tubo traqueal, uma vez, por um coágulo, tendo sido o tubo retirado pois já estava no fim da operação. Outra vez, foi o tubo obliterado por uma secreção espessa, a qual foi aspirada com um tubo de polietileno.

Outro acidente que tivemos, após a entubação de uma criança, que se apresentava com bastante secreção: fomos introduzir a

conexão de Magill ao tubo; êste, banhado em secreção, escorregou para o faringe e só com muita dificuldade conseguimos retirá-lo. Só conseguimos introduzir a referida conexão após desentubarmos a criança.

Dêste dia em diante só entubamos com a conexão já introduzida no tubo.

Aconteceu, por duas vêzes, o tubo sair da glote quando o cirurgião movimentou a cabeça do pequeno paciente.

Cuidados pós-operatórios — As crianças saem da sala de operações com todos os reflexos presentes e a maioria delas, chorando.

Raramente foi necessária a transfusão de sangue ou hidratação trans ou pós-operatória.

Deitamos a criança de lado, até acordar, com a cabeça mais baixa do que o corpo.

A alimentação é reiniciada o mais cedo possível.

Não é necessário o uso de sedativos.

A complicação pós-operatória mais freqüente foi a hipertermia, sem nenhuma conseqüência. Só tivemos um caso de sangramento pós-operatório.

Não tivemos mortes em nossa série de doentes.

Conclusões — Mais de uma centena de casos de lábio leporino e fenda palatina foram por nós anestesiados desde 1953.

Não tivemos casos de mortes ou de dificuldades pós-operatórias, o que nos permite julgar o método adotado como muito bom.

A maior dificuldade que encontramos foi na seqüência ciclo-éter e em algumas entubações. Estas dificuldades foram contornadas com a administração de "Succinylcholine", meio miligrama por quilo de pêso.

Resumo

Os A.A. apresentam um trabalho sôbre a Anestesia para a cirurgia de lábio leporino e fenda palatina; mais de uma centena de crianças foram por êles anestesiadas sem nenhuma complicação pós-operatória séria e nenhuma morte.

Foram usados rotineiramente a entubação traqueal e o método "Non-rebreathing".

Para os casos mais difíceis de entubação usaram "Succinylcholine", meio miligrama por quilo de pêso.

Summary

The authors have presented an work on Anesthesia for Hare lip and cleft palate; more than 100 patients were anesthetized without a single post operative complication or death. They used oral endotracheal intubation and Non-Rebreathing method.

For the most difficult cases they used Succinylcholine to intubate.

Referências

- 1) *Leigh, M. D. and Belton, M. K.* — "Pediatric Anesthesia" — New York, The Macmillan Co., 1949.
 - 2) *Leigh, M. D. and Belton, M. K.* — "remedication in infants and children — "Anesthesiology", Nov. 1946.
 - 3) *R. W. Burnap, M. D.; E. A. Gain, M. D. and E. H. Watts, M. D.* — Basal Anesthesia in children using Sodium Pentothal — "Anesthesiology", Set. 1948.
 - 4) *J. F. Artusio, M. D.* — A comparative study of rectal Pentothal and Morphine for basal Anesthesia upon children for tonsillectomy — "Anesthesiology", 1950.
 - 5) *K. Jackson, M. D.* — Tachycardia in children during anesthesia — "Anesthesiology", Nov. 1948.
 - 6) *J. Adriani, M. D.* — "The Chemistry of Anesthesia" — Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1954.
 - 7) *Leigh, M. D. and Kester* — Endotracheal anesthesia for operations on cleft lip and cleft palate — "Anesthesiology", Jan. 1948.
 - 8) *H. C. Slocun, M. D. and C. R. Allen, Ph. D.* — Orotracheal anesthesia for cheiloplasty — "Anesthesiology", July, 1945.
 - 9) *J. Adriani, M. D.* — "Techniques and procedures of anesthesia" — Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1950.
 - 10) *F. F. Foldes, R. S. Vandervort and S. P. Shanor* — The fate of Succinylcholine in man — "Anesthesiology", Jan. 1955.
 - 11) *R. S. Martin, W. K. Nowill and C. R. Stephen* — An evaluation of Succinylcholine — "Anesthesiology", March 1954.
 - 12) *L. J. Hampton, M. D.; David M. Little Jr., M. D. and E. M. Fowler, M. D.* — The use of Succinylcholine to facilitate intubation — "Anesthesiology", July 1953.
 - 13) *L. S. Goodman, M. A., M. D. and A. Gilman, Ph. D.* — "The Pharmacological basis of therapeutics" — New York, The Macmillan Co., 1955.
 - 14) *F. F. Foldes, M. D. and Colaborators* — Sintetic muscle relaxants in anesthesia — "J. A. M. A.", Dez. 20, 1952.
 - 15) *C. R. Stephen and H. M. Slater* — Anesthesia for infant and children, the non rebreathing technic — "Arch. Surg.", 62:251-259, 1951.
 - 16) *C. R. Stephen* — "Elements of pediatric anesthesia" — Charles C. Thomas, 1954.
-



SEDORGA

A MELHOR COMPOSIÇÃO DE ANALGÉSICOS

- AÇÃO TRÍPLICE**
- sôbre o sistema nervoso central
 - sôbre o sistema nervoso autônomo
 - diretamente sôbre as fibras musculares em espasmo.

ATRAVÉS da metil melubrina
da novatropina
da papaverina
do cloridrato de difenil acetil-dietilamino etanol (nospasmina).



SEDORGA não deprime

SEDORGA não entorpece

SEDORGA não excita



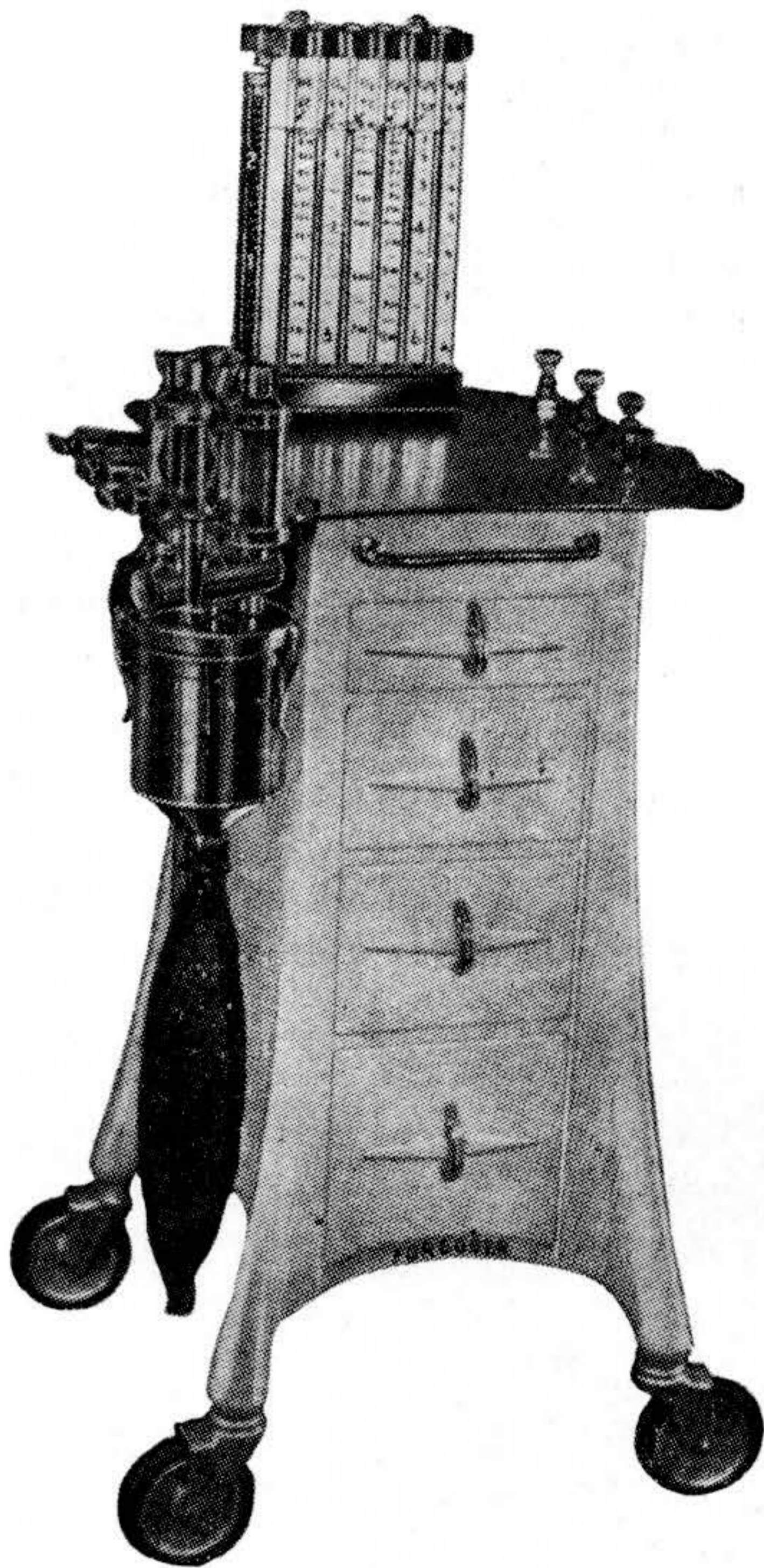
SEDORGA ANTIESPASMÓDICO EFICIENTE

SEDORGA ANALGÉSICO PODEROSO

Apresentação: Gotas e Injetável

LABOR TERAPICA S. A.
Santo Amaro - São Paulo

FOREGGER



**Aparelhos de
Anestesia
e todos
acessórios
Intubação
endotraqueal
Gases e
Cal Sodada**

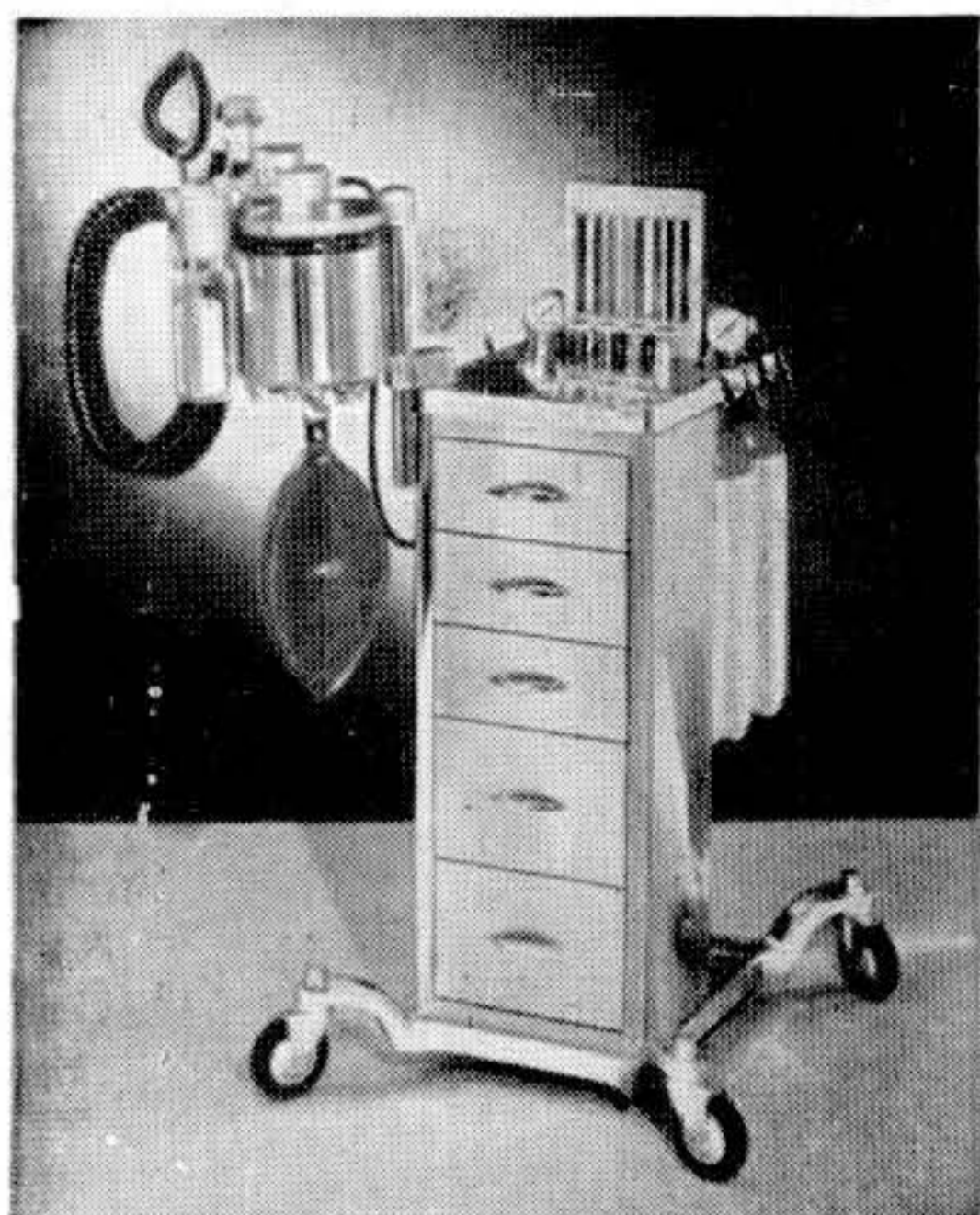
DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL
SOCIEDADE IMPORTADORA GRASSI LTDA.
Rua Senador Dantas, 76 - Sobreloja
Tel. 22-1731 - Rio de Janeiro

E. & J. Manufacturing Co.

APARELHOS DE ANESTESIA

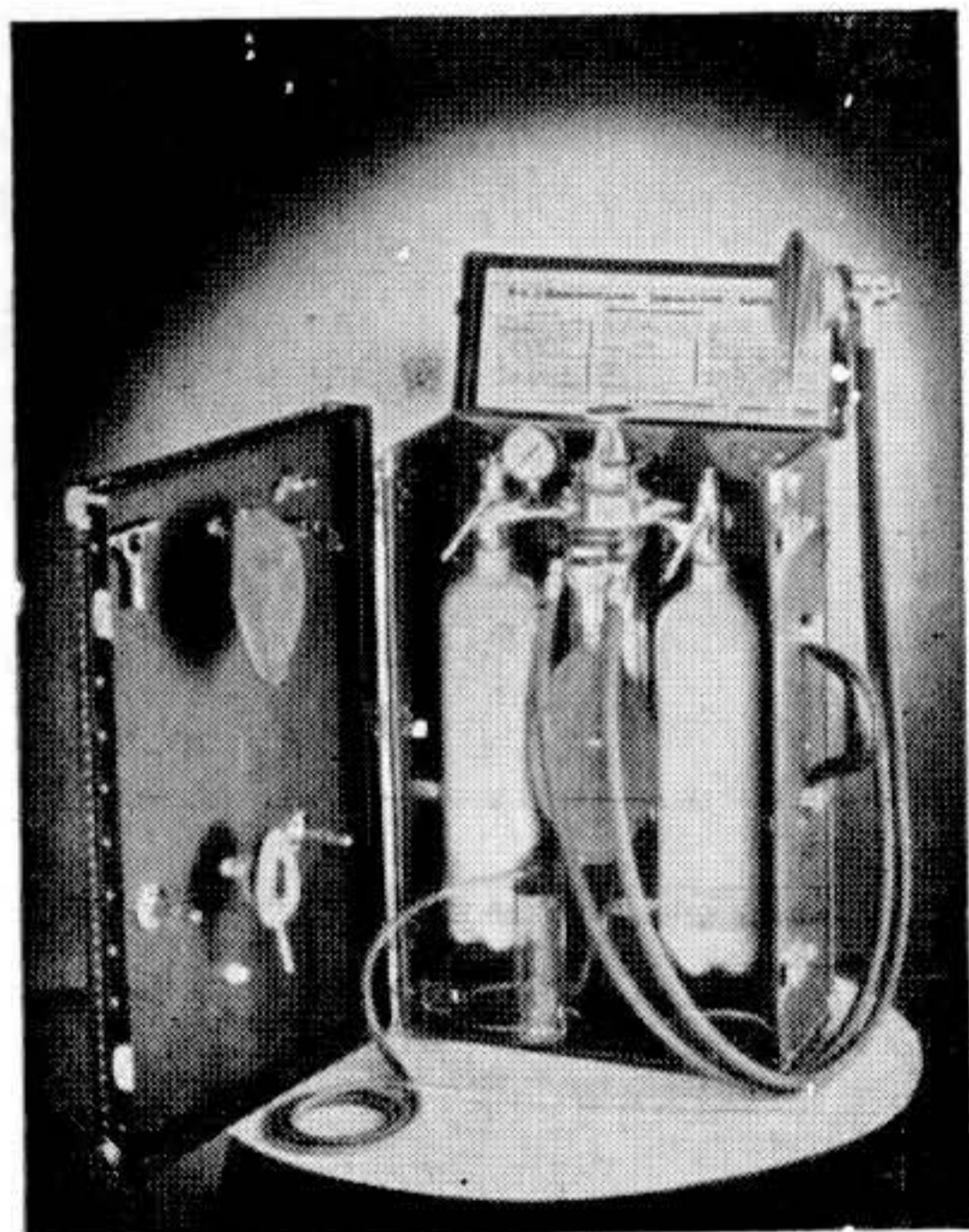
Representantes e Distribuidores no Brasil

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.



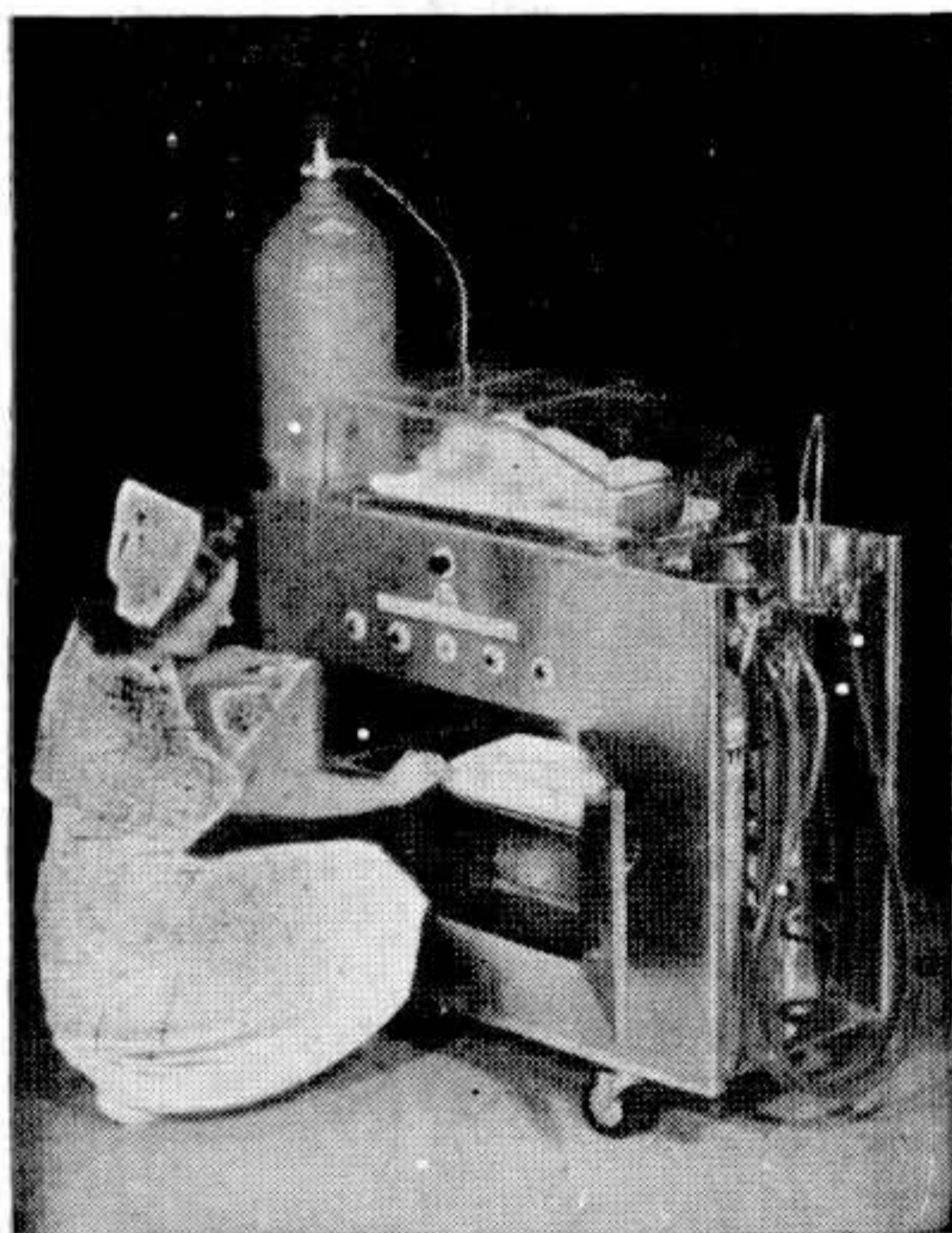
Aparelhos de Anestesia E. & J.
FACILIDADE DE MANEJO — Simplicidade de Manutenção.
Absorvedor com 3 recipientes de cal sodada independentes.
Modelos Gabinete e stands.

RESSUSCITADORES



- Modelos hospitalares e portáteis.
- Pressão positiva e negativa em seqüências alternadas.
- Volume de oxigênio controlável para qualquer pulmão.
- Aspirador ao mesmo tempo.
- Inalador quando a respiração natural se restabelece.

RESSUSCINETE



- Berço transparente.
- Atmosfera úmida termo-regulável.
- Aspirador E. & J., incluso.
- Ressuscitador E. & J., incluso.
- Atmosfera de O₂ regulada.
- Franca portabilidade.
- Incubadora de urgência.

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel. 46-1818
C. Postal 3 705 — End. Telegr. "PICOT"

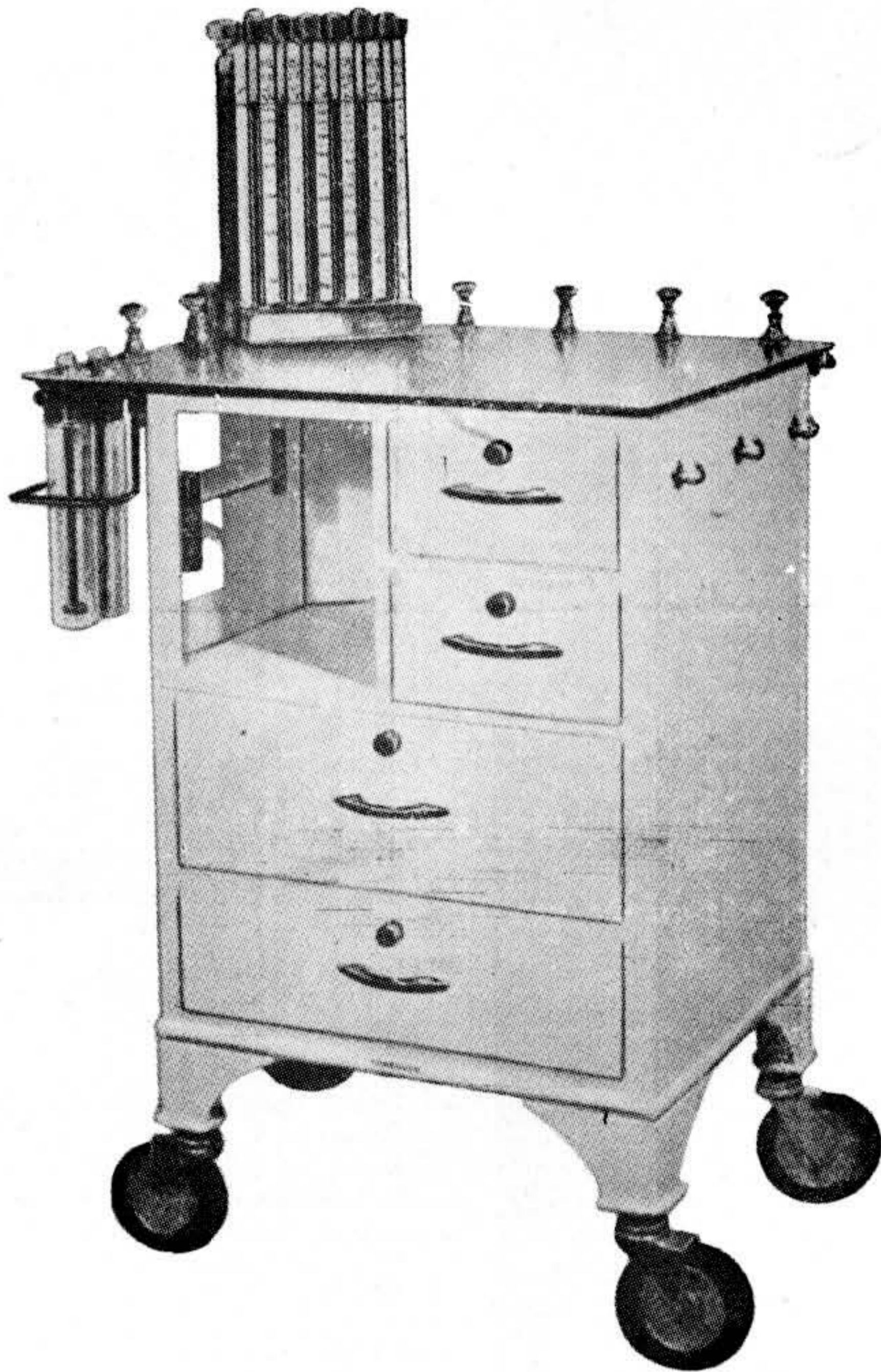
LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel. 32-9626
End. Telegr. "BAXTER"

FOREGGER

IMPORTADORA E EXPORTADORA S. A.

ANESTESIA - OXIGENOTERAPIA



RUA SANTA LUZIA, 799 - 14.º AND.

TELEFONE 52-5768 — RIO DE JANEIRO