

CORRESPONDÊNCIA

UTILIZAÇÃO DO METOXIFLUORANO EM CIRURGIA PLÁSTICA

Senhor Redator:

AP2294
Após ler o artigo publicado à página 573 do volume 20 da Revista Brasileira de Anestesiologia, de autoria do Dr. Lísias Cerqueira do Amaral, intitulado "Utilização do metoxifluorano em cirurgia plástica", resolvi escrever-lhe para esclarecimentos, uma vez que o artigo me parece incompleto.

Logo de início o autor diz que foram selecionados 229 casos mas não explica os critérios adotados na seleção. Serão aqueles que melhor demonstram as conclusões do autor?

Ao fazer a comparação entre duas técnicas de anestesia usou sistemas diferentes, ambos com reinalação parcial. O sistema preferido pelo autor foi usado praticamente em 2/3 das anestésias selecionadas. As diferenças observadas poderiam ser explicadas pelo uso de sistemas diferentes, com maior ou menor retenção de gás carbônico?

Como foi avaliado o sangramento operatório? Pelo "olhômetro" do anestesista ou pelos comentários do cirurgião?

As 74 anestésias com o óxido nítrico foram anteriores às com metoxifluorano? Até que ponto uma maior experiência do autor melhorou a estatística em favor dos casos mais recentes?

Qual a concentração e volume das soluções contendo adrenalina que foram usadas para infiltração? Como foi feito a pesquisa das arritmias? O metoxifluorano pode ser usado com segurança com infiltração de doses pequenas de adrenalina (10 ml 1:200.000 por vez e no máximo 30 ml por hora) e na ausência de hipercarbica. (1) Se o autor usou doses maiores e efetivamente realizou um bom controle da incidência de arritmias, esta informação teria grande interesse.

O autor afirma, mas não prova, nem dá referência bibliográfica, de que o metoxifluorano seja ganglioplégico. Sabe-se que diminui o nível de catecolaminas circulantes. (2) Uma

anestesia mais profunda também diminui o sangramento. No início do trabalho o autor fala em incidência de vômitos, mas não diz da sua, nem como diminuir a incidência dos vômitos, pós-operatórios após rinoplastia, devidas ao sangue deglutido no pós-operatório, apesar de sua grande experiência (140 das 229 anestesia selecionadas).

Ainda com referência às rinoplastias, gostaria de saber se o cirurgião tampona as narinas. Se o faz, como previne a obstrução respiratória no pós-operatório, levando em conta especialmente a recuperação mais prolongada após anestesia com metoxiflurano, e porque ainda prolonga mais esta fase perigosa com uso de 200 mg de fenobarbital via intramuscular ao término do curativo? Seus pacientes se agitam sem o fenobarbital? Será isto um sinal de hipóxia?

Estas são algumas das dúvidas que me assaltaram ao ler êste trabalho e que poderá levar a um leitor menos avisado a tentar repetir a experiência do Dr. Lisias, talvez com resultados desastrosos.

REFERÊNCIAS

1. Arens, J. F. — Methoxyflurane and epinephrine administered simultaneously Anesthesia & Analgesia, Curr. Res. — 47, 391, 1968.
2. Li, T. H., Shaul, M. S., Etsen, B. E. — Decreased venous catecholamine concentrations during methoxyflurane anesthesia — Anesthesiology, 29, 1145, 1968.

DR. JOEL SARAIVA DA SILVA, E.A.
Rua Barata Ribeiro, 369 — Apto. 805
Rio de Janeiro — Guanabara