

Caso houvesse hemorragia endobrônquica significativa *ad initium*, a visualização via fibra ótica seria afetada, o que também comprometeria o posicionamento inicial de qualquer BB ou tubo de duplo lúmen (TDL). Nesse caso, teoricamente, a introdução às cegas de um BB como o Arndt Blocker™ (Cook Critical Care Inc., Bloomington, IN) ou similar (como mencionado por Grocott),¹ o tubo endobrônquico Univent™ (Fuji Systems Corporation, Tóquio, Japão) ou o TDL pode ser uma opção melhor, porque a taxa de sucesso em que ambas as extremidades do EZ-Blocker™ entram no mesmo brônquio na primeira tentativa é elevada.³

A aplicabilidade do uso de bloqueadores brônquicos colocados às cegas especificamente do tubo endobrônquico Univent™, para o tamponamento da hemorragia endobrônquica, foi relatada.¹ Porém, não existem evidências significativas que comparem a taxa de sucesso da primeira passagem entre diferentes bloqueadores brônquicos, ou seja, quando a sua introdução é feita às cegas. Apesar de Grocott et al.⁴ mostrarem que, comparado ao TDL, o Arndt Blocker™ demorou um tempo semelhante para fornecer isolamento pulmonar em casos de minitoracotomia, uma metanálise mostrou que, em casos de isolamento pulmonar, os TDL foram colocados com mais rapidez e confiabilidade do que o BB (em geral).⁵

É importante também ressaltar que a maioria dos autores recomenda fortemente que a broncoscopia seja usada no isolamento pulmonar, principalmente ao usar BBs, porque a taxa de mau posicionamento é maior, não são fáceis de posicionar e se deslocam com frequência durante o reposicionamento e a manipulação cirúrgica.³

Uma vantagem significativa dos bloqueadores EZ-Blockers™ entre os BBs, geralmente, é o risco menor de deslocamento durante o procedimento, que está relacionado à ancoragem do bloqueador na bifurcação carina, o que facilita, caso necessário, a reposição, ou seja, aprimora-se a oclusão do brônquio do lobo superior direito.³ Essa vantagem não foi comprovada, pois faltam estudos comparativos entre diferentes BBs, particularmente em casos de emergência.

Em resumo, um TUL grande pode melhorar a ventilação quando um BB sob broncoscopia é usado em casos de emergência e uma técnica previsível, mesmo que um pouco mais lenta, pode ser preferível quando não há sangramento das vias aéreas distal à glote. O risco de deslocamento do BB durante o procedimento deve ser a principal preocupação

e, por outro lado, a taxa de sucesso da primeira passagem do BB às cegas seria irrelevante nesse caso.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Dra. Carla Pereira e ao Dr. José Pedro Assunção por todo o apoio prestado.

Referências

1. Grocott H. Lung isolation for emergent thoracotomy in the bleeding airway patient: the choice of bronchial blocker may make a difference. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69:113.
2. Almeida C, Freitas MJ, Brandão D, et al. Use of bronchial blocker in emergent thoracotomy in presence of upper airway hemorrhage, and cervical spine fracture: a difficult decision. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:408–11.
3. Mourisse J, Liesveld J, Verhagen A, et al. Efficiency, efficacy, and safety of EZ-blocker compared with left-sided double-lumen tube for one-lung ventilation. *Anesthesiology.* 2013;118:550–61.
4. Grocott HP, Darrow TR, Whiteheart DL, et al. Lung isolation during port-access cardiac surgery: double-lumen endotracheal tube versus single-lumen endotracheal tube with a bronchial blocker. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2003;17:725–7.
5. Clayton-Smith A, Bennett K, Alston RP. A comparison of the efficacy and adverse effects of double-lumen endobronchial tubes and bronchial blockers in thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2015;29:955–66.

Carlos Almeida 

Centro Hospitalar Tondela, Viseu, Portugal

E-mail: carlosralmeida@gmail.com

Disponível na Internet em 19 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.010>
0034-7094/

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anestesia Local com o Paciente Totalmente Acordado e Sem Torniquete (WALANT) em fratura exposta de polegar sob terapia antitrombótica: superando um impasse



Wide-Awake Local Anesthesia and No Tourniquet (WALANT) in open thumb fracture under antithrombotic therapy: overcoming an impasse

Cara Editora,

A feitura de bloqueios digitais com epinefrina é uma questão em debate,¹ mas há evidências consideráveis que apoiam o princípio de que a adrenalina usada em procedimentos nos dedos não é insegura.² Relatamos um caso em que um bloqueio digital com epinefrina nos ajudou a superar um “impasse”.

Um paciente de 53 anos que sofreu um acidente de trabalho apresentou uma fratura exposta da falange distal do polegar, com uma grande ferida linear dorsal próxima à articulação interfalângica distal. Pouco antes de entrar na sala de cirurgia, apresentou uma dor no peito e um infarto

agudo do miocárdio foi diagnosticado. A operação foi adiada e uma angiografia coronária transradial foi feita imediatamente sob terapia antiplaquetária dupla (ticagrelor e ácido acetilsalicílico) e enoxaparina. A artéria coronária direita apresentava aproximadamente 90% de bloqueio e foi tratada com tromboaspiração, dilatação e injeção intracoronária de eptifibatide. Infelizmente, seis horas (h) depois, o paciente teve uma recaída e um *stent* foi inserido. A terapia antitrombótica tripla foi mantida na UTI e, como resultado, um sangramento permanente foi observado e levou a transfusões de sangue. A operação foi feita 24 h mais tarde, com a técnica Walant (*Wide-Awake Local Anesthesia and no Tourniquet*), com o consentimento do paciente. Lidocaína a 2% (10 mL) com epinefrina (1:200.000) foi injetada na raiz do polegar no aspecto volar e mais 5 mL na região proximal da ferida dorsal. O sangramento parou imediatamente e a fixação percutânea e a sutura foram então feitas. Não houve novo sangramento e a analgesia durou 10 h. Nenhuma complicação adicional ocorreu sob a terapia antiplaquetária dupla.

A técnica Walant se espalha pelo mundo e é um novo conceito de anestesia regional em cirurgia de mão.³ Sua pedra angular é o uso de epinefrina associada à lidocaína injetada subcutaneamente no sítio cirúrgico e nos dedos, caso necessário. Essa técnica proporciona uma exsanguinação localmente eficiente e possibilita procedimentos cirúrgicos sem o uso de torniquete pneumático; além disso, a motricidade da mão é respeitada, ao contrário do bloqueio do plexo braquial.

Em casos de cirurgia, a decisão de interromper ou mesmo reverter o tratamento antitrombótico dependerá da situação clínica específica e também da indicação para o tratamento antitrombótico. As recomendações atuais relativas ao manejo perioperatório de pacientes com *stents* coronarianos indicam que a cirurgia não urgente deve ser adiada até o fim do período de suscetibilidade à trombose do *stent*. Não há diretrizes sobre o manejo em caso de infarto recente e os dados referentes a sangramento no contexto de terapia antiplaquetária são limitados. A administração de concentrado de plaquetas provavelmente é a melhor maneira de corrigir o defeito hemostático.⁴ Além disso, a epinefrina poderia potencializar a agregação e ativação plaquetária induzida pelo ADP em pacientes tratados com ticagrelor.⁵


Portanto, a nossa hipótese foi que a vasoconstrição transitória e a ação local da epinefrina na agregação plaquetária foram suficientes para obter uma hemostasia duradoura. A técnica Walant é certamente uma opção mais segura do que a anestesia geral ou regional no cenário de infarto agudo do miocárdio e, além disso, torna possível lidar com um sangramento local sem modificar uma terapia antitrombótica obrigatória.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. dos Reis Júnior A, Quinto D. Digital block with or without the addition of epinephrine in the anesthetic solution. *Braz J Anesthesiol.* 2016;66:63–71.
2. Thomson CJ, Lalonde DH, Denkler KA, et al. A critical look at the evidence for and against elective epinephrine use in the finger. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:260–6.
3. Lalonde DH. Conceptual origins, current practice, and views of wide-awake hand surgery. *J Hand Surg Eur Vol.* 2017;42:886–95.
4. Hansson EC, Shams Hakimi C, Åström-Olsson K, et al. Effects of ex vivo platelet supplementation on platelet aggregability in blood samples from patients treated with acetylsalicylic acid, clopidogrel, or ticagrelor. *Br J Anaesth.* 2014;112:570–5.
5. Singh S, Malm CJ, Ramström S, et al. Adrenaline enhances in vitro platelet activation and aggregation in blood samples from ticagrelor-treated patients. *Res Pract Thromb Haemost.* 2018;2:718–25.

Laurent Becuwe^a, Jean-Christian Sleth ^{b,*}, Yann-Erwan Favennec^a e Gilles Candelier^a

^a *Hôpital St Martin, Caen, França*

^b *Polyclinique St Roch, Montpellier, França*

* Autor para correspondência.

E-mail: jean.christian.sleth@wanadoo.fr (J. Sleth).

Disponível na Internet em 29 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.03.010>
0034-7094/

© 2019 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tendência mundial de redução do tempo de jejum de líquidos claros em crianças: declaração do Comitê de Anestesia em Pediatria e o cenário no Brasil



Global trend on reducing clear fluids fasting time in children: declaration of the Pediatric Anesthesia Committee and the scenario in Brazil

Cara Editora,

De acordo com as Diretrizes de Jejum Pré-Operatório da *American Society of Anesthesiologists*, atualizadas em 2017, a recomendação para jejum de líquidos claros em crianças é de duas horas.¹ Estas orientações foram feitas com base em revisões sistemáticas da literatura, considerando o objetivo primário de reduzir a aspiração pulmonar, embora esse risco seja muito baixo em crianças saudáveis,² e o dano resultante da aspiração de líquido claro bastante raro.³

O estudo APRICOT² demonstrou risco de aspiração de 9,3/10.000 e nenhuma dessas crianças apresentou