

Tube de Carden de Baixo Custo *

Guilherme F F Reis, TSA¹, Pindaro Vignoli Zerbinatti, TSA¹, Adilson Roberto Cardoso, TSA¹

Reis GFF, Zerbinatti PV, Cardoso AR - Low Cust Carden Tube

KEY WORDS: TRACHEAL, Intubation: Carden tube; SURGERY, Laryngologic

A microcirurgia do laringe, dia a dia, ganha um grande espaço dentro da otorrinolaringologia. A técnica anestésica para este procedimento cirúrgico se depara com a dificuldade causada pelo fato de tanto o cirurgião como o anestesiológico disputarem concomitantemente o mesmo campo: as vias aéreas.

Várias soluções tem sido apresentadas em diferentes técnicas anestésicas, algumas das quais utilizadas por nós, porém todas apresentando desvantagens, tanto no que diz respeito à segurança do paciente como na exposição do campo cirúrgico.

A técnica proposta por Carden¹, atualmente utili-

zada, mostrou-se eficiente em proporcionar uma ampla visão do campo cirúrgico, sem limitação de tempo e com a máxima segurança para o paciente. Esta técnica, contudo, exige a utilização de um tubo endotraqueal especial - tubo de Carden - que, por ser de difícil acesso entre nós, limita sua utilização.

Assim, a partir de material a disposição do anestesiológico, confeccionamos um modelo artesanal do tubo de Carden, que vem sendo utilizado com sucesso em nosso serviço, como segue:

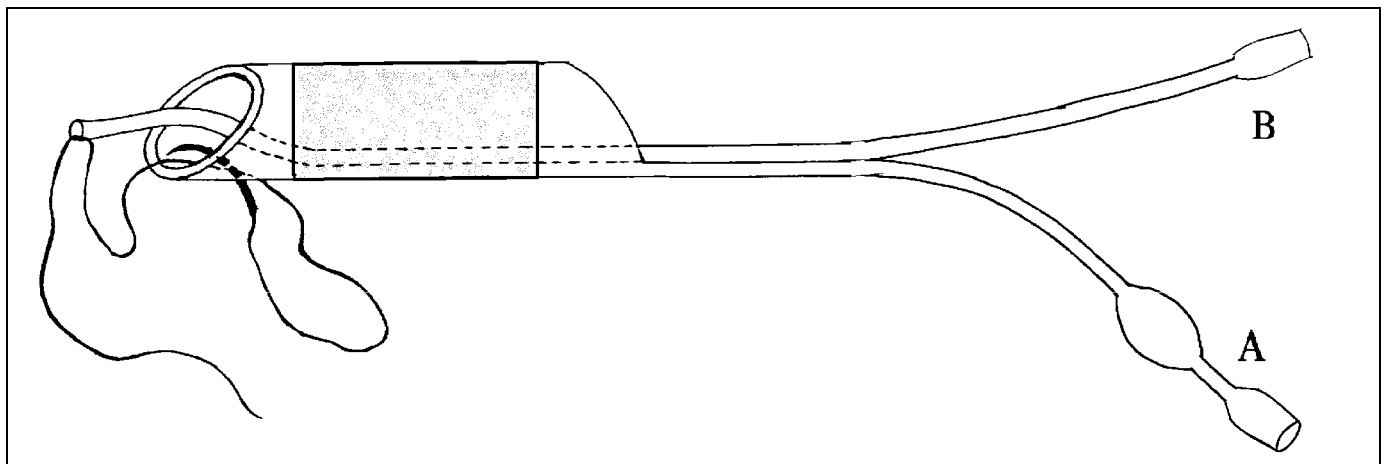


Fig 1 - Tubo Rüş reduzido através de corte oblíquo, com tubo de insuflação do cuff preservado (A). Um cateter de poliuretano (B) é fixado na luz do tubo, através de sutura com fio de náilon.

* Trabalho realizado no CET da Casa de Saúde de Campinas
1 Anestesiológico

Correspondência para Guilherme F F Reis
Caixa Postal nº 529
13100 Campinas - SP

Apresentado em 29 de maio de 1991
Aceito para publicação em 03 de setembro de 1991

© 1992, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

1- Reduzimos a um comprimento de 7,5 cm, através de um corte oblíquo, um tubo Rüş com cuff (nºs 32, 34 ou 36), preservando o cuff com seu respectivo tubo de insuflação (A), transformando-o no modelo da figura 1.

2- Um cateter de poliuretano nº 8 (B) comumente utilizado para aspiração de secreções, que apresenta o canhão firmemente soldado a ele, é seccionado perpendicularmente a seu eixo na outra extremidade e introduzido na luz do tubo do

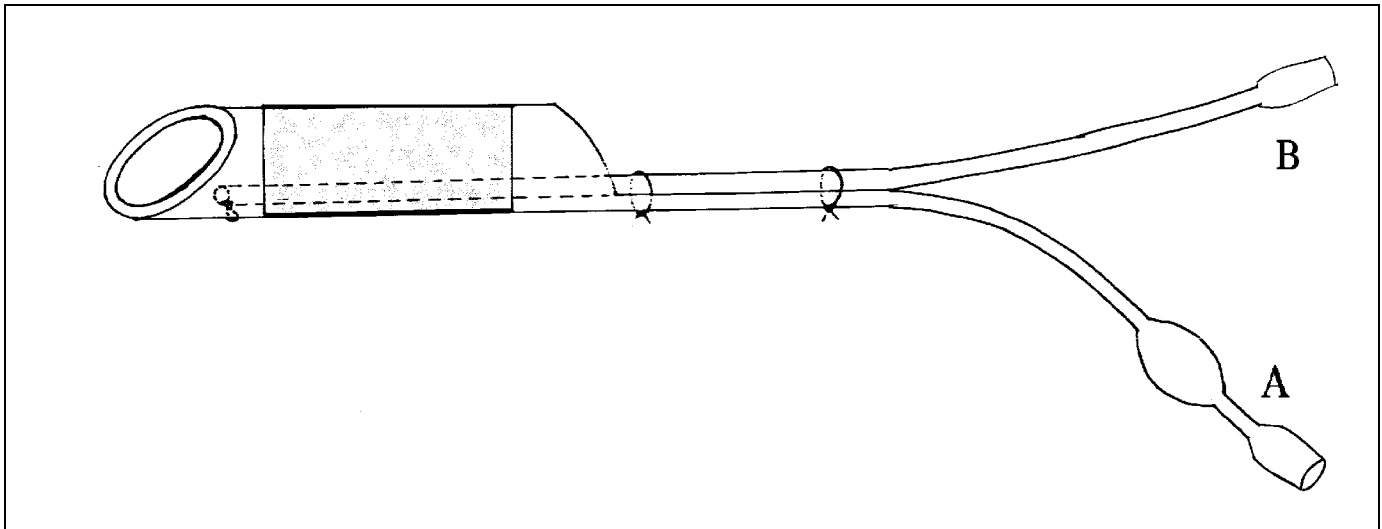


Fig 2 - Cateter de poliuretano (B) suturado com fio de náilon ao tubo traqueal previamente seccionado, ao qual se aplicam jatos intermitentes de oxigênio (tipo Broncojet).

modelo da figura 1, tomando-se o cuidado de não ultrapassá-la. Por este cateter será efetuada a ventilação.

- 3- O cateter assim introduzido, deve ser fixado utilizando-se fio cirúrgico de náilon, com agulha montada, próximo ao bisel distal e, em mais dois pontos, unindo e alinhando os tubinhos com o tubo endotraqueal, Figura 2.

Este tubo é introduzido na traquéia além das cordas vocais, com o auxílio de uma pinça de Magill. Os tubinhos ficam quase imperceptíveis no ângulo posterior da glote. Quando a cirurgia ocorre neste local pode-se girar o tubo 180° através dos tubinhos, para total visão do campo cirúrgico. A insuflação do *cuff* confere estabilidade ao tubo.

A ventilação é executada utilizando-se dispositivo mecânico que permita a aplicação de jatos intermitentes de oxigênio - tipo Broncojet - que deve ser acoplado ao tubinho de ventilação (B). A expiração ocorre pelo interior do tubo endotraqueal.

Ao se iniciar a ventilação com pressão positiva intermitente observa-se que a ventilação é ruidosa pela queda da língua, mas que melhora imediatamente com a colocação do laringoscópio do cirurgião.

A extubação é feita sob visão direta, através de laringoscopia, tracionando-se o tubo para fora através dos tubinhos.

UNITERMOS: CIRURGIA, Laringológica; TRAQUEIA: intubação

REFERÊNCIA

01. Carden E, Crutchfield W - Anaesthesia for microsurgery of the larynx. *Canad Anaes Soc J*, 1973; 20: 378-389.