

Hipertermia Maligna - Retrato Brasileiro

Senhor Editor,

Ao ler a comunicação "Hipertermia Maligna - Retrato Brasileiro". Rev Bras Anest 1992; 42: 595-96, fiquei preocupado com a possível repercussão da conclusão que ocorreram "49 casos (não confirmados) de hipertermia maligna (HM) no Brasil até 1989, com altíssima mortalidade". É preciso levar em consideração que:

1. A comunicação não cita em quantos anos ou em quantas anestésias ocorreram aqueles 49 casos e respectivas mortes. Tão pouco esclarece em quantos casos o diagnóstico de HM foi confirmado com testes específicos.
2. O próprio teste da cafeína-halotano em músculo estriado é controvertido quanto a sua especificidade, pois o resultado parece variar de acordo com o músculo biopsiado (vastus medialis, rectus abdominalis ou outros).
3. O espasmo dos masseteres ou trismus após succinilcolina é muito controvertido como sinal precoce de HM. Muitos autores sustentam que é um efeito normal e fugaz daquele relaxante, que pode estar exagerado em certos indivíduos, sem nenhuma relação com a HM.
4. Pacientes com miopatia pseudo-hipertrófica (distrofia de Duchenne) podem exibir rigidez muscular durante a anestesia.
5. A incidência de HM nos EEUU, que era de 1:70.000 na década de 80 caiu para 1:200.000 na presente década com progresso do diagnóstico.
6. Um tratamento completo com dantrolene custa em média cerca de 500 dólares nos EEUU.
7. Existem medidas mais simples e mais baratas de prevenção e de tratamento da HM que podem evitar o desencadeamento da síndrome ou atenuar a sua evolução: identificar os pacientes de risco, monitorizar continuamente a produção de CO₂ e a temperatura, tratamento sintomático intenso e cancelamento da cirurgia.

Zairo E G Vieira
Cook County Hospital
Chicago, IL, USA

Cartas ao Editor

Circulação Cerebral e Anestesia

Senhor Editor,

A Rev Bras Anest 1992; 42 Suplemento 14: S1-S13 traz o artigo intitulado "Circulação Cerebral e Anestesia". Trata-se de artigo inquestionavelmente bem escrito e que faz uma extensa revisão sobre o assunto. Porém, como se trata de artigo educacional, gostaria de fazer uma observação: na figura 3, abaixo, os gráficos estão corretos, mas a explicação está totalmente invertida. O conceito da curva (2) deveria ser da (3) e vice-versa. Esta observação torna-se importante para que se possam entender os efeitos da vasodilatação (hipercapnia, nitroprussiato, anestésicos halogenados e anemia aguda) sobre a curva de autorregulação (3); do mesmo modo os efeitos da hipocapnia sobre a curva da autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral seriam o de número (2).

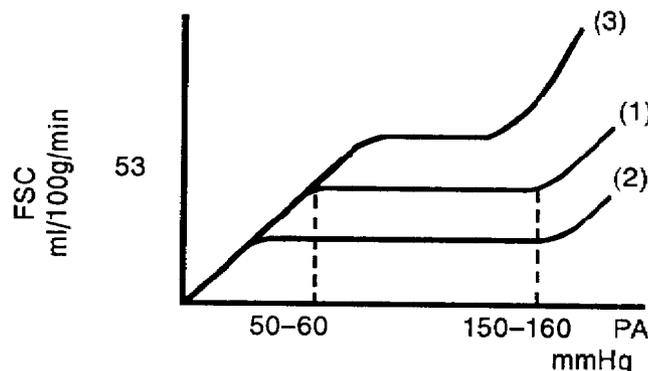


FIG. 3 (1) O FSC é constante quando a PAM está entre 50-60 mmHg e 150-160 mmHg, durante a normocapnia. (2) As condições que causam vasodilatação cerebral (hipercapnia, nitroprussiato, halogenados, anemia aguda) reduzem o platô da autorregulação e aumentam o FSC. (3) A hipocapnia mantém a autorregulação, mas em um fluxo sanguíneo menor.

Pedro Thadeu Galvão Vianna
Universidade Estadual Paulista
Departamento de Anestesiologia
18618-000 Rubião Júnior - Botucatu - SP

Réplica

Senhor Editor,

Ao observar a enumeração dos gráficos, percebi que realmente houve uma troca entre os números (2)

e (3) no gráfico da figura 3. Provavelmente esta troca ocorreu no momento que os digitei.

Agradeço a observação, o que possibilita correção e divulgação a todos os leitores.

Nelson Mizumoto
R Frederico Guarinon 125/173
05713-460 Santo Amaro - SP

Cinqüentenário da Lidocaína

Senhor Editor,

O ano de 1983 marca o cinqüentenário da síntese da lidocaína, anestésico local que marcou época e se tornou, e até hoje é, um dos mais importantes, dentro da moderna anesthesiologia.

Em 1935, Erdtman e Löfgren, descobriram que um dos compostos de uma série de drogas que pesquisavam tinha ação anestésica quando testado na língua. Investigaram, então, as propriedades analgésicas de 14 derivados da anilina, mas demonstraram que eles eram extremamente irritantes para os tecidos; assim, foram abandonados. No entanto, Löfgren e Lundquist continuaram na mesma linha de estudos na Universidade de Estocolmo-Suécia e, em 1943, sintetizaram a lidocaína. Após pesquisas com animais, submeteram-se a testes com a droga e publicaram seus resultados em 1946. Em 1944, Gordh iniciou ensaios clínicos com a lidocaína no Departamento de Anesthesiologia do Instituto Karolinska. Depois de quatro anos de investigações, durante os quais passou por numerosos testes, a lidocaína foi liberada para uso clínico (Löfgren, 1948; Gordh, 1949).

Com esta publicação, desejamos relembrar um fato que ocorreu há 50 anos e que, por sua importância, não pode passar despercebido, neste ano de 1993.

Almiro dos Reis Júnior
R Bela Cintra 2262/111
01415-002 São Paulo - SP

Sistema de Bain

Senhor Editor,

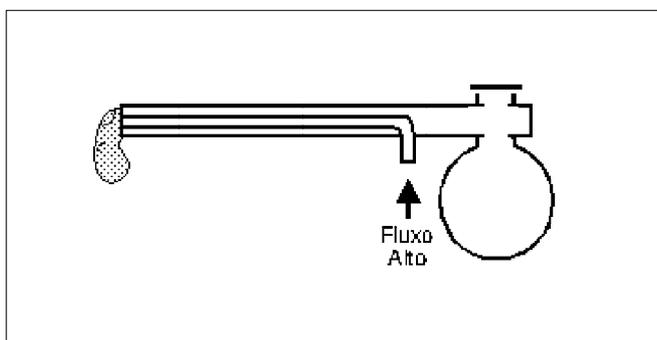
O Sistema de Bain, que é a variação "D" da classificação de Mapleson dos sistemas sem reinalação e avalvulares, ganhou popularidade em nosso país a partir dos trabalhos publicados principalmente do grupo de anestesia pediátrica de Florianópolis (Drs

Silva Jr e Conceição).

Este sistema cuja característica singular está no arranjo do tubo proximal que, mergulhando pela porção distal, chega de forma co-axial ao seu lugar definitivo, necessita que o ramo interno esteja totalmente íntegro para seu pleno uso. Seu principal inconveniente reside no risco da desconexão do tubo interno — torna todo o seu conteúdo um espaço morto instrumental que se acrescentará ao espaço morto anatômico, podendo resultar em acidente de proporções graves caso não seja detectado com presteza. Pethick descreveu um teste que assegura, de forma definitiva, a integridade do sistema¹. Tal manobra não teria maior destaque se a mesma não apresentasse, na sua interpretação, uma aparente contradição, gerando polêmica quando se testam os equipamentos antes da realização do ato anestésico.

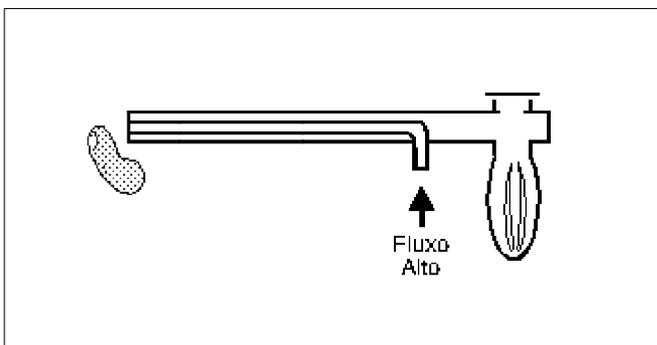
Teste de Pethick e sua interpretação: antes de conectar o sistema de Bain no paciente, este teste deve ser realizado, para garantir de forma definitiva se há integridade do tubo interno. Conecta-se a fonte de gases frescos ao circuito de Bain de forma convencional. Um fluxo elevado de gases deve ser administrado. Obstrui-se, então, a saída ao nível da porção proximal, que seria conectada ao paciente (fig 1).

A bolsa reservatória inflará num primeiro instante.



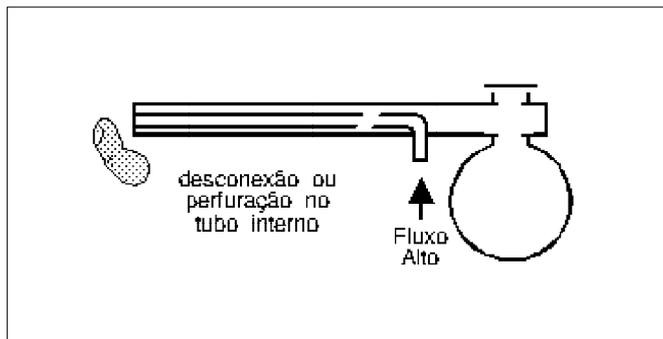
Ao se desobstruir, todo o conteúdo do sistema sairá para a atmosfera e a bolsa deverá de esvaziar rapidamente, tendendo ao colapso (fig 2).

Isto significa que o sistema está **íntegro**, em per-



feitas condições de uso. Caso haja desconexão ou perfuração no tubo interno, os gases frescos escapam para o ramo expiratório e a bolsa reservatória continuará inflada (fig 3).

Neste caso o aparelho **não deverá ser utilizado**.



Este fenômeno prende-se ao fato que o fluxo através do sistema íntegro produz, ao nível da porção proximal (paciente), um efeito Venturi que causa queda de pressão em todo sistema, a qual se transmite até a bolsa reservatória aspirando, deste modo, seu conteúdo. O mesmo fenômeno pode ser observado ao se conectar o circuito de Bain na fonte comum de gases e, ao mesmo tempo, comprimir-se o botão de fluxo direto de oxigênio nos aparelhos de anestesia.

Gerson Sabóia (TSA/SBA)
R Ivanuel Bachiega 59
60155-300 Fortaleza - Ce

1. Andrews JJ - Anesthesia systems. In Barash PG. Clinical. 1st Edition, 1989, chapter 19- p 533

Errata - Avaliação da Glicemia e Natremia Transoperatórias em Pacientes Pediátricos.

Em relação a artigo publicado no volume 92;42(6)¹, reparei erros na publicação que na minha opinião deveriam ser objeto de retificação no próximo número:

1. No primeiro parágrafo da Metodologia aparece na segunda linha ... "entre de 2 a 9 anos" e no texto trata-se de ... "variando ...". Foi colocada a palavra

"entre" no lugar da palavra "variando".

2. No quinto parágrafo da Metodologia aparece na primeira linha ... "A da glicemia" e no texto trata-se de ... "A glicemia...". Foi colocado a mais a palavra "da".

3. No sexto parágrafo da Metodologia aparece na primeira linha ... "As variações da glicemia e da" e no texto trata-se de ... "Verificamos as variações da glicemia e da ...". Não foi colocado o verbo "verificamos" e fica a frase sem sentido.

4. No segundo parágrafo da Discussão aparece na terceira linha ... "do que 40 9,15 ou 50 mg.dl⁻¹ 2,7,13" e no texto trata-se de ... "do que 40^{9,15} ou 50 mg.dl⁻¹ 2,7,13...". Os números da referência bibliográfica ficaram na mesma linha do valor 40.

5. No terceiro parágrafo da Discussão aparece na décima segunda linha ... "osmótica^{6,7}" e no texto trata-se de ... "osmótica⁶...". Foi colocada a mais a referência bibliográfica 7.

6. No Resumo em português aparece na oitava linha ... "Solução de Ringer Lactado..." e no texto trata-se de ... "Solução de Ringer Lactato...".

Raquel Rodrigues
Av Bastian 412
90130-020 Porto Alegre - RS

1 - Rodrigues RRS, Stefani MH, Carlos JRCB et al. Avaliação da Glicemia e Natremia Transoperatórias em Pacientes Pediátricos. Rev Bras Anest, 1992; 42:405-8.

Nota do Editor

Mais uma vez denota-se que, apesar das atenções da editoração, de revisão pelo autor, dos cuidados do Editor Associado e da revisão final do Editor, os erros continuam acontecendo. Neste caso, não aconteceram erros conceituais graves.

Pela constatação da veracidade da queixa da autora, mudamos crono e fluxograma de revisões, antes da publicação. Espero que possamos diminuir a ocorrência de problemas desta ordem.

À autora e os leitores, as nossas desculpas

Antonio Leite Oliva Filho
Editor