

---

### *Pneumotórax Bilateral em Anestesia. Relato de um caso*

Senhor Editor,

Paciente do sexo feminino, 21 anos, 56 kg, 1,68 m, exames pré-operatórios dentro dos limites da normalidade, ASA I, programada para correção cirúrgica de prognatismo.

Pré-anestésico na véspera com midazolam 15 mg VO e 15 mg sublingual uma hora antes da cirurgia. Feita monitorização com ECG, oxicapnometria, pressão arterial não invasiva e estetoscópio esofageano.

Indução com 150 µg de fentanil, 18 mg de etomidato e 40 mg de atracúrio. Após ventilação controlada manual sob máscara em sistema circular com absorvedor de CO<sub>2</sub> por quatro minutos, foi feita intubação nasotraqueal, pela narina esquerda, com o auxílio de lidocaína geléia, spray e pinça de Maggill. Foi utilizado um tubo aramado 34F. A seguir foi instalada ventilação controlada mecânica com ventilador Takaoka 606, com frequência de 10 vpm, Vt 550 ml e pressão de admissão de 17 cmH<sub>2</sub>O.

A anestesia foi mantida com baixo fluxo de O<sub>2</sub> e Etrane administrado em vaporizador universal, em sistema circular com reinação total e absorvedor de CO<sub>2</sub>. Após uma hora do início da cirurgia sem nenhuma intercorrência ouviu-se um ruído sibilante curto, de alta intensidade, com duração de 1 a 2 segundos. Até aquele momento não foi notada qualquer anormalidade, e a monitorização nada acusava. Imediatamente a seguir foi percebido o travamento do relógio do ventilador na fase inspiratória, mostrando elevada pressão no sistema. O aparelho foi desligado e suspensa a cirurgia para verificação. Inicialmente não foi detectado o problema, mas ao desconectar o

tubo naso-traqueal do sistema houve saída de grande volume de gás sob forte pressão. Suspeitou-se de acidente hiperbárico, que foi confirmado pelo raio-x feito de urgência, na mesa cirúrgica. Havia pneumotórax hipertensivo bilateral. Imediatamente foi procedido esvaziamento por aspiração, após punção com cateteres venosos 14G, drenados sob selo de água, usando-se equipos de soro e frascos de solução fisiológica a 0,9%. Posteriormente, com calma, foi feita a drenagem definitiva com material adequado. A paciente foi levada para outra sala e foi trocado todo o equipamento, por precaução. A cirurgia que estava paralisada desde o momento do acidente teve prosseguimento.

A investigação do problema revelou que no momento do acidente o Hospital estava sendo abastecido de oxigênio. A válvula reguladora de O<sub>2</sub> da sala não suportou a pressão imposta, por provável defeito, rompendo o sistema de proteção. Houve rotura do fole do ventilador, descarregando a pressão da rede nos pulmões da indefesa paciente.

Este modelo de ventilador não possui válvula de alívio para hiperpressão o que prova que a despeito de toda a parafernália de monitores que empregamos e da atual sistematização de segurança, só a vigilância permanente permite o diagnóstico e a correção de dificuldades que subitamente possam ocorrer como neste caso.

Finalmente, a paciente teve boa evolução, tendo alta em três dias, sem seqüelas.

Alvaro Aguiar Júnior  
R Mário Portela 161 Ap 1303 BI - A  
22241-000 Laranjeiras - Rio de Janeiro - RJ  
Hospital Central do IASERJ  
Santa Casa de Misericórdia - RJ

---

## *Omissão da Data de Edição Original em Tradução de Livro*

Senhor Editor,

Recentemente adquiri o livro Anestesia Intravenosa, tradução da 2ª Edição de *Intravenous Anesthesia* (editores: John W Dundee e Gordon M Wyant) e publicação no Brasil pela Livraria e Editora Riventer Ltda (Rua do Matoso 170, Tijuca - Rio de Janeiro).

Meu interesse pelo referido compêndio se deveu, entre outros motivos, ao ano da edição em português, 1993, embora em uma análise rápida eu não encontrasse escrito no local habitual, o ano da edição original.

Surpreso fiquei ao estudar pela primeira vez o referido livro. Quase nenhuma referência aos antagonistas benzodiazepínicos. Achei estranho um livro de anestesia intravenosa recém editado não conter informações sobre um importante grupo de drogas recentemente lançadas no mercado. Outros capítulos estavam igualmente desatualizados. Fui procurar, agora com mais cuidado, o ano da edição original na língua inglesa. Simplesmente não foi possível encontrar este dado em nenhum local do livro. Visível, de forma bem clara e destacada, apenas o ano da publicação em língua portuguesa: 1993. Através do prefácio da 1ª e 2ª edição e dos anos das revisões bibliográficas, deduzi que o livro fora escrito possivelmente em 1987, isto é, há 6 anos.

Que razão levaria a referida editora a adquirir os direitos de um livro escrito em 1987 e publicá-lo em 1993, omitindo a data de edição original? O leitor poderá tirar suas próprias conclusões, mas certamente muitos, entre eles eu, pensará que este foi um artifício desonesto utilizado pela editora para induzir um consumidor sem muito tempo, a adquirir um livro velho como

se atualizado fosse.

Por irônico que pareça, a editora justifica a presença de folhas com fundo vermelho como forma de evitar a cópia fraudulenta que, segundo ela, desestimularia a produção de novas obras.

Eu pergunto à editora: omitir a data da edição original de um livro médico, cujo importante atrativo para a venda é sua atualização, não é uma forma de fraude? O próprio autor do livro no prefácio alerta que, possivelmente, na época da publicação, muitos capítulos já estariam desatualizados. E o que dizer 6 anos após?

Atenciosamente.

Sérgio Bernardo Tenório  
R Dr Aluizio França 264  
80710-410 Curitiba - PR

---

## *Tiopental com propriedades anticoagulantes?*

Senhor Editor,

Aproveitamos a oportunidade para comunicar aos colegas anesthesiologistas uma observação que consideramos interessante quanto aos barbitúricos (leia-se tionembutal).

Acidentalmente notamos que em seringa contendo sangue humano e tionembutal a 2,5% não havia coagulação sangüínea. Passamos então a testar misturas de sangue humano (de pacientes obstétricas) com várias drogas disponíveis no arsenal anesthesiológico em nosso centro cirúrgico da Maternidade Dona Evangelina Rosa, em Teresina-Piauí, tais como fentanil, quetamina, benzodiazepínicos, anes-tésicos locais (lidocaína e bupivacaína), atropina, methergin, orastina, droperidol, metoclopramida, adrenalina e pentotal sódico, somente observando ausência de coagulação sangüínea com a mistura tionembutal/sangue em várias

relações de volume e dose “in vitro”, com tionembutal usado em soluções a 2,5% e em pó.

As amostras testadas, a partir do dia 16 de dezembro de 1993, continuam apresentando ausência de coagulação sangüínea “in vitro”.

Como, pesquisando exaustivamente a literatura, apenas encontramos em Dundee, 1952, uma ligeira referência de alteração do tempo de protrombina pelos barbitúricos, sem maior aprofundamento, fazemos esta comunicação esperando que outros colegas passem a investigar o assunto, visando maior esclarecimento.

Atenciosamente.

Newton Nunes de Lima  
Diretor Científico da SAEPI - Sociedade de Anestesiologia do Estado do Piauí  
R Simplício Mendes 1376 - SUL  
64018-500 Teresina - Piauí

---

## *Carrinho, Máquina ou Aparelho de Anestesia?*

Senhor Editor,

Alastra-se o uso de duas expressões inconvenientes, além de errôneas, no cotidiano de anesthesiologistas, enfermeiras, pessoal de centro cirúrgico, representantes de fábricas de material de anestesia e da indústria farmacêutica: carrinho e máquina de anestesia. Carrinho de anestesia já parece estar amplamente estabelecido como a designação usual, mormente entre os próprios anesthesiologistas, ao menos em São Paulo. Máquina de anestesia já chegou a constar da programação científica de jornada de anestesia.

Carrinho que eu conheça é de mão, de bode, de pedreiro, de jardineiro e recebe a seguinte definição: carro pequeno; brinquedo

infantil, provido de rodas; carrinho de mão; o mesmo que carriola: tem uma só roda dianteira e dois varais na parte posterior, por onde é empurrado. Para os adeptos da Física a definição é: exemplo clássico de alavanca do segundo gênero; isto é, a resistência está situada entre o ponto de apoio (roda) e a força (no cabo).

O termo gerador, carro, é assim definido: veículo de rodas, para transporte de coisas ou de pessoas.

Máquina geralmente refere-se a fotográfica, a vapor, de costura e é assim definida: aparelho ou instrumento próprio para comunicar movimento ou para aproveitar e por em ação um agente natural; qualquer instrumento; construção suntuosa, reveladora de gênio. E no sentido figurado é pessoa sem idéias próprias e que procede como autômato.

A precisão de linguagem é o primeiro passo para o bom entendimento de idéias e conceitos e condição *sine qua non* para o diálogo comum e mais ainda o científico, exigente no uso correto das palavras. Temos duas grandes origens de terminologia científica no Brasil. Tradicionalmente a francesa, cuja cultura não só científica como literária foi avassaladora no século XIX. E, neste século XX, a inglesa que trouxe todo um vocabulário de natureza técnica que permeia não só o português como as demais línguas resultando freqüentemente em dificuldade na tradução apropriada do significado dos termos.

Sofremos decididamente a influência atual dos livros e revistas de anestesia em língua inglesa. Neles, a expressão “anesthetic machine” é usada correntemente. Isso não exige que seja traduzida por “máquina de anestesia” a não ser que se pretenda a tradução literal, *machine-máquina*, o que redundaria num falso cognato.

Em medicina empregamos à vontade a designação aparelho de: raio-X, ondas curtas, ultrassom e outros mais. Parece razoável, portanto, mantermos tal designação, aparelho, de preferência a carrinho ou máquina.

Sugiro abandonarmos o uso indiscriminado daquelas expressões incorretas e escorritamente nos referirmos sempre aos APARELHOS DE ANESTESIA. Caso contrário estaremos contribuindo para o aviltamento imperceptível do vernáculo e correndo o risco de nos transformarmos em jardineiros, o que poderia ser agradável, ou em maquinistas, o que seria enfadonho, da anestesia.

#### REFERÊNCIA

01. Bueno FS - Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 11ª edição. FENAME. Ministério da Educação e Cultura. Fundação Nacional de Material Escolar. Rio de Janeiro, 1981.

Carlos Pereira Parsloe  
Hospital Samaritano  
R Conselheiro Brotero 1486  
01232-010 São Paulo - SP

---

### *Errata - Índice Remissivo Anual - Volume 43.*

Senhor Editor,

Encaminho-lhe, pela presente, cópia do resumo de um dos temas livres que apresentamos no 40º CBA e cópias de algumas páginas do Índice Remissivo do Vol 43 publicado no número 6 da Rev Bras Anesthesiol, onde se pode ver que foi feita uma confusão com o trabalho de Dr Américo. Não sei se é possível e o que é possível fazer. Deixo o assunto em suas mãos.

Atenciosamente.

Marcio Leal Horta  
R Anchieta 4043  
96015-420 - Pelotas - RS

#### Nota do Editor

O Dr Márcio Leal Horta está absolutamente correto. O problema foi causado por erro no sistema automatizado de indexação, e não detectado na revisão final, antes da composição:

O Tema Livre - **Inibição pelo Droperidol Peridural, do Prurido Provocado pela Injeção Peridural de Morfina: Horta ML, Ramos L, Gonçalves ZR. Rev Bras Anesthesiol, 1993; Supl 17: CBA 12B**, não foi citado no Índice Remissivo.

Solicitam-se aos leitores as seguintes correções nos Índices Remissivos publicados na Rev Bras Anesthesiol, 1993;6:405-434.

No Índice Remissivo por assunto, nos tópicos Analgésicos: Morfina (pg 415); Complicações: prurido (pg 424); e Técnica Anestésica, Regional: Peridural (pg 430), onde se lê...

**Autran Filho AS, Merlo I, Duque AC, Janeiro MJC, Mello MAM. Bloqueio Plexular Cervical Superficial e Profundo para Endarterectomia das Artérias Carótidas. (Resumo). CBA 12B.**

substituir por...

**Horta ML, Ramos L, Gonçalves ZR. Inibição pelo Droperidol Peridural, do Prurido Provocado pela Injeção Peridural de Morfina (Resumo). CBA 12B**

Além disso, incluir o sub-tópico **bloqueio plexular cervical** na pg 431, abaixo do qual deve estar o tema:

**Autran Filho AS, Merlo I, Duque AC, Janeiro MJC, Mello MAM. Bloqueio Plexular Cervical Superficial e Profundo para Endarterectomia das Artérias Carótidas. (Resumo). CBA 12A.**

Da mesma maneira, no Índice Remissivo por autores, incluir sob o nome Horta ML (pg 408), o resumo de sua autoria expresso acima, eliminando aquele com o nome do Autran Filho AS. E, junto ao nome Autran Filho AS (pg 405), eliminar o primeiro tema que está duplicado e com a indicação de página 12B.

Aos autores e aos leitores, nossas desculpas.

Antonio Leite Oliva Filho  
Editor