

Cartas ao Editor

Acute Pain: Uma Nova Revista

Sr. Editor,

É com grande satisfação que divulgo para os membros dessa Sociedade o surgimento de uma nova publicação *Acute Pain* cujo primeiro número foi publicado em dezembro de 1997.

Fruto da iniciativa do anesthesiologista australiano, Stephan A Schug, porém com um corpo editorial multidisciplinar e internacional, editada na Inglaterra, essa nova publicação foi criada com objetivo de constituir-se num forum interdisciplinar para aqueles que atuam no campo de manejo da dor aguda e não apenas para tornar-se mais uma publicação de anesthesiologia, porém um periódico para todo profissional da saúde envolvido no cuidado de pacientes com problemas de dor aguda.

Apesar dessas afirmações de seu Editor Chefe, estou confiante em que os maiores contribuintes e beneficiados dessa nova publicação sejam, por definição, os Anesthesiologistas.

Acute Paim
IBRS/CCRI NUMBER: PHQ-D/4797ANG
Saldatore Ltd
Millars Three Southmill Road
BISHP'S STORTFORD
GREAT BRITAIN
CM23 3YZ

Mirian Marteleite
Rua Quintino Bocaiúva, 1061/202
90440-051 Porto Alegre, RS

“Estudo Comparativo entre Rocurônio e Vecurônio durante Anestesia com Isoflurano”

Senhor Editor,

Parabenizamos os autores pela publicação do artigo “Estudo Comparativo entre Rocurônio e Vecurônio durante Anestesia com Isoflurano”, Rev Bras Anesthesiol, 1998;48:184-190, gostaria de fazer apenas algumas pequenas considerações:

1. A extubação dos pacientes com valores da relação T4/T1 acima de 50%, realizada na pesquisa, não pode ser considerada como segura. Trabalhos apontam que esse valor deve estar no mínimo em 80%^{1,2}, e mais recentemente foi demonstrado que mesmo com valores de 90% ainda há sinais claros de resíduo de curarização⁴. Assim, os pacientes desse trabalho foram extubados com nítido resíduo de curarização, o que é preocupante!
2. Sugiro que a expressão “o tempo para recuperar 25% da transmissão neuromuscular” seja substituída por “O tempo para a recuperação de 25% da contração muscular”, que foi medido nessa pesquisa. A aferição da transmissão neuromuscular é feita por técnica de “clampeamento de voltagem” (Clamp voltage), que mede corrente elétrica na placa motora^{5,6}.

REFERÊNCIAS

01. Baurain MJ, Hoton F, d'Hollander AA et al - Is recovery of neuromuscular transmission complete after the use of neostigmine to antagonize block produced by rocuronium, vecuronium, atracurium or pancuronium? Br J Anaesth, 1996;77:496-499.

02. Hunter JM - Is it always necessary to antagonize residual neuromuscular block? Do children differ from adults? *Br J Anaesth*, 1996;77:707-709.
03. Eriksson LI, Nilsson L, Witt H et al - Videographical computerized manometry in assessment of pharyngeal function in partially paralysed humans. *Anesthesiology*, 1995;83:A886.
04. Kopman AF, Yee PS, Neumam GG - Relationship of the train-of-four fade ratio to clinical signs and symptoms of residual paralysis in awake volunteers. *Anesthesiology*, 1997;86:765-771.
05. Paton WDM, Waud DR - The margin of safety of neuromuscular transmission. *J Physiol*, 1967;191: 59-90.
06. Silinsky EM, Vogel SM - Independent regulation of channel closure and block of open channels by methylxanthines at acetylcholine receptors in the frog. *J Physiol*, 1987;390:33.

Maria Cristina Simões de Almeida
 Rua Bocaiúva, 2040/401
 88015-530 Florianópolis

Pneumotórax Hipertensivo durante Videolaparoscopia para Correção de Hérnia de Hiato Esofágico. Relato de Dois Casos

Senhor editor,

Foi com grande interesse que li o relato de dois casos de "Pneumotórax Hipertensivo durante Videolaparoscopia para Correção de Hérnia do Hiato Esofágico"¹.

No entanto, considero que esses pacientes poderiam ter sido tratados com pressão positiva durante a expiração (PEEP), conforme estudo feito por Joris e col². Nesse estudo foi mostrado que 15% dos pacientes submetidos à correção laparoscópica de hérnia de hiato desenvolvem pneumotórax à esquerda³.

Esse pneumotórax geralmente ocorre nos 30 minutos iniciais após a insuflação peritoneal com CO₂, durante a dissecação do esôfago acima do pilar diafragmático esquerdo, conseqüente a uma lesão envolvendo apenas a pleura parietal. A explicação da eficácia do PEEP no tratamento dessa complicação é que haveria uma diminuição da diferença de pressão entre a cavidade peritoneal e a pleural. Dessa forma o pulmão colabado se reexpandiria, fazendo o gás da cavidade pleural retornar à cavidade peritoneal.

Embora os dois pacientes do relato tenham sido prontamente tratados, o que certamente contribuiu para se evitar seqüelas graves, PEEP deve ser usado para tratar o pneumotórax diagnosticado durante esse procedimento cirúrgico. O uso da drenagem torácica, deve ser reservada para os pacientes que apresentarem resposta inadequada à instalação do PEEP ou para os casos, provavelmente muito menos freqüentes, de lesão da pleura visceral.

REFERÊNCIAS

01. Posso IP, Awade R, Posso JP et al - Pneumotórax hipertensivo durante videolaparoscopia para correção de hérnia do hiato esofágico. Relato de dois casos. *Rev Bras Anestesiologia*, 1998;48:198-201.
02. Joris JL, Chiche JP, Lamy ML - Pneumothorax during laparoscopic fundoplication: diagnosis and treatment with positive end-expiratory pressure. *Anesth Analg*, 1995;81:993-1000.
03. Day CJE, Parker MRJ, Cloote AH - Pneumothorax during fundoplication. *Can J Anaesth*, 1995; 42: 556.

Rogério L. R. Videira
 CMA Hospital e Maternidade São Luís
 Rua Oscar Freire, 1546/194
 05409-010 São Paulo, SP

INCOR - FUNDAÇÃO ZERBINI

ESTÁGIO DE ESPECIALIZAÇÃO

ANESTESIA E PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Instituto do Coração
Hospital das Clínicas - F.M.U.S.P.

Período: fevereiro de 1999 a janeiro de 2000
Bolsa: Fundação E. J. Zerbiní

Informações:

Serviço de Anestesia - INCOR
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 44 - 2º andar
CEP 05403-000 - São Paulo - SP
Tel: (011) 3069-5232
Fax: (011) 282-2354
E-mail: auler@incor.usp.br