

ANESTESIA EM PALATOPLASTIA (*)

DRS.: REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. S.B.A. (**)

ROBERTO FARINA (***)

As palatoplastias nos casos de fissuras congênitas, são realizadas habitualmente depois de primeiro ano de vida, não se operando mais precocemente pelas seguintes razões:

1) com o desenvolvimento da criança, as lâminas palatinas crescem, diminuindo a fenda.

2) conseqüentemente os retalhos palatinos maiores facilitam, a reparação.

3) a demutisação só ocorre depois do primeiro ano de vida.

4) a mortalidade operatória diminui com a idade.

Nossa experiência está baseada em 79 casos de palatoplastias, em pacientes de ambos os sexos com a seguinte distribuição;

12 meses	15 casos
13 a 24 meses	16 casos
25 a 36 meses	9 casos
3 a 4 anos	5 casos
4 a 5 anos	4 casos
5 a 6 anos	6 casos
6 a 7 anos	6 casos
7 a 10 anos	8 casos
10 a 15 anos	12 casos
16 a 20 anos	4 casos

(*) Recebido para publicação em outubro de 1958.

(**) Anestesia do Hospital Municipal. Do Serviço de Anestesia do Hospital Sta. Helena. — São Paulo.

(***) Consultor de Cirurgia Plástica, da Escola Paulista de Medicina. Assistente extra-numerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nessa série estão incluídos 2 casos de reoperação, 2 casos de fissura oculta e um caso de palatorrafia por ferimento do palato.

Procuraremos esquematizar a conduta adotada em nosso serviço:

Os pacientes em geral são preparados pelo pediatra e examinados pelo anestesista no dia da operação. Nos lactantes, permitimos a última mamadeira até 4 horas antes da operação e quando necessário, no intervalo, damos água açucarada; as crianças maiores de 2 anos, deixamos em jejum. São retirados dos pacientes agasalhos em excesso, deixando-se apenas uma camisola fina.

Nas crianças menores de 2 anos, como medicação pré-anestésica, usamos Pentobarbital por via oral 5 a 10 mg. por kilo de peso, nos pacientes com idade superior a 2 anos, usamos a meperidina 1 a 2mg. por kilo de peso, via intramuscular, cerca de 45 minutos antes da operação. Associamos em ambos os casos a Atropina nas doses recomendadas por Leigh. Desde 1954 estamos usando a clorpromazina em doses de 0,5 a 1,0 mg. por via intramuscular, ou 1 a 2 mg. por via oral, por kilo de peso, associada ao Pentobarbital ou à Meperidina.

Nos lactantes a indução é feita com máscara aberta pelo éter, com um fluxo de cerca de 500 ml de oxigênio sob a máscara, para evitar acúmulo de CO² e hipóxia, como já demonstrou Faulconer. Outro detalhe que reputamos de importância é o da camada de gaze que recobre a máscara, que não deve ter mais que 4 a 6 dobras. Da mesma maneira, não usamos compressas ao redor da máscara e destas a que melhor serve é a de Yankauer.

Em pacientes com idade superior a 2 anos costumamos induzir com ciclopropano em circuito vai e vem ou com máscara de Stephen — Slater. Em paciente maior que 5 anos usamos indução com barbitúrico endovenoso em solução a 1,25%.

A manutenção da anestesia é feita com éter-oxigênio, ou em crianças com idade superior a 10 anos com protóxido-oxigênio.

Achamos que este é um tipo de cirurgia onde a intubação é imperativa e de preferência feita pela via nasal nas fissuras palatinas puras, isto é, sem lábio leporino.

Nas fissuras palatinas que acompanham o lábio leporino, isto é, nas fissuras complicadas, a intubação deve ser feita de preferência pela via oral. Quando a intubação é feita pela via nasal, a sonda migra para a fenda dificultando a operação, além disso, a via nasal obriga o uso de son-

das com calibre menor que aquêle que seria indicado para o caso.

Se por qualquer razão fôr preferida a via nasal, devemos:

1) nas fissuras palato-labiais unilaterais introduzir a sonda pela narina sã.

2) nas fissuras palatinas puras a introdução pode ser feita por qualquer das narinas.

Usamos sonda plástica portex ou de Maggill, sem balonete submetidas à fervura antes de serem usadas e umedecidas com neotutocaina a 1,0%, no momento da intubação.

Em pacientes maiores que 7 anos usamos sonda provida de balonete.

O uso do coxim sob a cabeça facilita a intubação, que deve ser feita no segundo ou terceiro plano quando não se usa relaxante muscular ou em plano mais superficial quando essas drogas são usadas. Como relaxante muscular damos preferência à succinilcolina na dose de 0,5 mg. por quilo de pêso em crianças acima de 2 anos. A sonda traqueal é fixada à direita no lábio inferior, com o que não sofrerá compressão da lâmina lingual do abridor de boca de Kilner durante o ato cirúrgico.

A seguir, tamponamos o faringe por detrás da sonda com a finalidade de evitar aspiração de sangue e de ajudar a manter a sonda em posição. Os pacientes são operados em posição de Rose, com o coxim sob os ombros e com Trendelenburg de 5 a 10 graus.

Em pacientes menores que 4 anos a manutenção da anestesia é feita pelo método sem reinalação, no que damos preferência às válvulas que permitam a ventilação artificial quando necessário, ao tubo em T de Ayre. Em pacientes com idade maior que 4 anos usamos sistema vai e vem, com absorção de CO². O método sem reinalação é ideal porque não oferece resistência a respiração, o espaço morto é reduzido ao mínimo possível e não há acúmulo de CO². O fluxo em oxigênio é adaptado à cada caso, devendo a bolsa respiratória permanecer semi-distendida.

Após a colocação do abridor de boca, é necessário que tenhamos a certeza de que a sonda traqueal não está sendo comprimida ou dobrada e que não exista secreção dentro do tubo traqueal. Os hemitóraces devem ser observados se expandem igualmente. Em caso negativo pode significar intubação bronquica.

Na manutenção da anestesia usamos o plano mais superficial possível. O paciente não deve reagir continuamente à presença do tubo, pois o traumatismo poderá provocar o edema de glote. Durante o ato cirúrgico a observa-

ção das extremidades do paciente constitue um bom guia; se frias e pálidas constituem sinal de alarme. A colocação de um estetoscópio no pré-córdio, permite contar os batimentos cardíacos, número de movimentos respiratórios como também denuncia a presença de secreção.

Um número de movimentos respiratórios maior que 35 por minuto requer seja investigada a causa (obstrução da sonda, acúmulo de CO_2 , estímulo cirúrgico em plano muito superficial de anestesia). Uma taquicardia superior a 140 ou 150 batimentos por minuto, dependendo da idade, também requer investigação (super dose de atropina na premedicação, acúmulo de CO_2 , choque eminente, hipóxia ou plano muito superficial de anestesia).

O campo operatório é infiltrado com procaína a 1% mais adrenalina milesimal (2 gotas de adrenalina para cada 10 ml de anestésico), gastando-se em média 5 a 10 ml, com o que se obtém redução notável do sangramento. Entretanto, apesar da pequena quantidade de adrenalina usada, às vezes ela determina taquicardia acentuada.

Durante o ato cirúrgico, mantemos hidratação com soro glicosado a 5% e se necessário sangue. Temos a impressão de que a infiltração local diminui de muito o sangramento. Usamos transfusão de sangue pre operatória somente em 3 casos.

Após aspiração cuidadosa, os pacientes são extubados e permanecem no quarto em decúbito lateral com cabeça baixa, controlando-se a temperatura cada hora. Esta, eleva-se durante 6 a 12 horas após o ato cirúrgico, sendo menor a elevação quando se usa clorpromazina e quando se administram líquidos precocemente. Quando a temperatura se eleva a mais que 38°C usamos um antitérmico do tipo da Novalgina (MR). A sedação pós-operatória é feita com Novalgina (MR) ou com Meperidina em pacientes maiores.

O edema do faringe ocasionado pelas incisões laterais de Veau-Ernst ou de Langenbeck pode causar certa dificuldade à respiração no pós-operatório imediato. Daí usarmos oxigênio por tenda ou por funil com alto grau de humildade.

Não tivemos casos de obstrução glótica por edema. Achamos que este, pode ser prevenido pela intubação em plano adequado, sem trauma, com a sonda de calibre indicado, sem "cuff" e com material fervido, uma vez que o traumatismo local mais a contaminação podem gerar o edema da região glótica.

Tivemos um caso de óbito ocorrido em 1951 por síndrome de Ombrédane, numa paciente de 18 meses, mongolóide, e com seqüelas neurológicas de forceps.

Resumo

Os autores estudam os cuidados que deve ser observados nos "pré", "trans" e "pós-operatórios" dos pacientes intubados com o fito de se fazer uma palatoplastia.

Estudam a idade mais conveniente para se fazer uma tal intervenção, a medicação pré-anestésica usada e os agentes preferidos para a indução e manutenção anestésica.

Estudam a via preferencial da intubação (nasal ou oral) conforme o tipo de fissura palatina, isto é, segundo se trate de uma fissura palatina com lábio leporino ou fissura pura do palato.

A posição da cabeça do paciente é cuidadosamente estudada com a finalidade de facilitar a intubação e a operação sem causar danos ao paciente.

Summary

ANESTHESIA FOR SURGICAL REPAIR OF CLEFT PALATE

The Authors analyse pre-operative care, post-operative management and endotracheal anesthesia for surgical repair of cleft palate based on 79 cases.

The age of the patients varied from 12 months to 15 years. Premedication was pentobarbital (5-10 mg/Kg) by mouth for patients under 2 years and meperidine (1-2 mg/Kg) for the others, associated with 1 to 2 mg/Kg of chlorpromazine by mouth. Tracheal intubation is mandatory: nasally for simple clefts and orally when associated to hare lip. A pharyngeal pack and the Rose position were used in all cases.

Very light anesthesia was maintained with ether or nitrous oxide in a non-rebreathing system. Intravenous fluids were given routinely and blood was administered when necessary. Care must be taken to avoid hyperthermia, principally in small children and infants, chlorpromazine seemed to be helpful in this respect.

Post-operative pharyngeal edema due to surgical trauma might cause respiratory obstruction, humidified oxygen may prevent this complication. Vocal cords edema was absent. One death occurred early in the series (1951): an 18 month mongoloid infant with neurologic sequelae from a forceps delivery died with the Ombredanne syndrome.

Para facilitar a intubação

Nupercainal

Pomada analgésica

*a 1% de Nupercaina "Ciba",
anestésico local de ação prolongada*

A aplicação de Nupercainal às cânulas e sondas, além de facilitar a manobra do anestesista previne, pela supressão de reflexos faringo laríngeos, a tendência para expulsão dos instrumentos

Ciba

Produtos Químicos Ciba S. A. — Rio de Janeiro