

anesthesia. *J Clin Anesth.* 1997;9:118–24.

5. Rodgers A, Walker N, Schug S, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. *BMJ.* 2000; 16:321.

Serdar Kokulu^{a,*}, Remziye Gül Sivaci^a, Gürhan Öz^b, Elif Doğan Baki^a, Hasan Şenay^a e Yüksel Ela^a

^b *Departamento de Cirurgia Torácica, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquia*

* Autor para correspondência.
E-mail: serdarkokulu@yahoo.com (S. Kokulu).

Disponível na Internet em 17 de fevereiro de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.011>

O posicionamento pode interferir no sucesso da intubação endotraqueal em obesos?

Caro Editor,

Lemos com muito interesse o artigo “Uso de preditivos clínicos simples em diagnóstico pré-operatório de intubação endotraqueal difícil em pacientes obesos”, no qual se relatou uma correlação significativa entre apneia obstrutiva do sono (AOS) e intubação difícil (ID) em pacientes obesos.¹

1. A posição do paciente durante a laringoscopia é um fator importante para determinar o sucesso da intubação traqueal. No estudo em questão, os autores não especificaram a posição dos pacientes obesos durante a tentativa de laringoscopia e intubação endotraqueal. O uso da posição de rampa mostrou melhorar a visão durante a laringoscopia e a taxa de sucesso da intubação em comparação com a posição olfativa (*sniffing*) padrão em pacientes obesos.² Neligan et al. relataram em seu estudo que AOS não é um preditivo de risco para ID em pacientes obesos mórbidos em posição de rampa.³
2. Ao contrário do que foi relatado pelos autores, sentimos que os fatores de risco para ventilação com máscara e intubação difíceis são bem diferentes. Mallampatti modificado, circunferência do pescoço, distância tireoentoniana e restrição da mobilidade mandibular são fatores de risco para intubação difícil em pacientes obesos.⁴ Enquanto o índice de massa corporal (IMC) aumentado e história de AOS mostraram ter correlação com ventilação difícil via máscara.⁵

Portanto, consideramos que mencionar o posicionamento para intubação endotraqueal é um aspecto importante do estudo em questão que pode afetar os resultados.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Magalhães E, Marques FO, Govêia CS, et al. Use of simple clinical predictors on preoperative diagnosis of difficult endotracheal intubation in obese patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:262–6.
2. Collins JS, Lemmens HJ, Brodsky JB, et al. Laryngoscopy and morbid obesity: a comparison of the “sniff” and “ramped” positions. *Obes Surg.* 2004;14:1171–5.
3. Neligan PJ, Porter S, Max B, et al. Obstructive sleep apnea is not a risk factor for difficult intubation in morbidly obese patients. *Anesth Analg.* 2009;109:1182–6.
4. Sheff SR, May MC, Carlisle SE, et al. Predictors of a difficult intubation in the bariatric patient: does preoperative body mass index matter? *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:344–9.
5. Langeron O, Masso E, Huraux C, et al. Prediction of difficult mask ventilation. *Anesthesiology.* 2000;92:1229–36.

Divya Jain

Departamento de Anestesiologia e Tratamento Intensivo, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, Índia

E-mail: jaindivya77@rediffmail.com

Disponível na Internet em 16 de maio de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.010>

Palatoplastia em paciente com síndrome de Seckel: um desafio anestésico

Caro Editor,

A síndrome de Seckel, descrita pela primeira vez em 1960,¹ é uma doença autossômica recessiva descoberta em casamentos consanguíneos,² caracterizada por crescimento intrauterino restrito (CIUR) grave, retardo do crescimento pós-natal, retardo mental, rosto saliente em forma de bico e retrognatismo. Sua incidência é inferior a 1:10.000 nascidos vivos,

com 25% de chance de recidiva em irmãos subsequentes.³ Cerca de 60 casos foram relatados até o momento, com muito poucos casos submetidos à anestesia geral (AG). Relatamos o caso da primeira palatoplastia bem-sucedida feita sob AG em uma criança com síndrome de Seckel.

Paciente do sexo masculino, 8 anos, com ampla fenda palatina, apresentou-se com queixas de má alimentação, infecções respiratórias recorrentes e incapacidade de se comunicar claramente de forma verbal.

O paciente foi concebido por inseminação intrauterina (IIU) (doador, marido) após um ano e meio de tratamento,



Figura 1 Criança com síndrome de Seckel.

de pais não consanguíneos com infertilidade. A mãe tinha história de hipertensão arterial, diabetes, oligodrâmnio severo e CIUR em todos os trimestres durante o período pré-natal. Nascido de parto normal na 34^a semana de gestação, com 930 g, chorou imediatamente após o nascimento, mas foi mantido em suporte ventilatório por quase um mês por causa da hipoplasia pulmonar. Seus marcos de desenvolvimento estavam ligeiramente atrasados; no entanto, suas duas irmãs, também concebidas por IIU, mostravam desenvolvimento normal, sem evidência de síndrome de Seckel. Ao exame físico, a criança pesava 9,5 kg e media 100 cm (fig. 1). O paciente apresentava microcefalia, retrognatismo, rosto semelhante ao de pássaro, olhos grandes, orelhas pequenas posicionadas abaixo da linha horizontal, cárie dentária, pescoço longo, clinodactilia, contratura de cotovelo bilateral, testículo esquerdo não descido, incontinência urinária e fecal por causa da espinha bífida pequena e palato ogival com fissura palatina incompleta. Hemogramas e ecocardiografias de rotina estavam normais. Radiografia de tórax mostrou uma sombra cardíaca tubular com caixa torácica inclinada para baixo e campos pulmonares normais. O paciente foi programado para uma palatoplastia sob anestesia geral. Antecipamos a possibilidade de via aérea difícil, não medicamos o paciente antes do procedimento cirúrgico e mantivemos o equipamento para via aérea difícil pronto para uso. Após o monitoramento com ECG, saturação periférica de oxigênio e pressão arterial não invasiva, a anestesia geral foi administrada com indução inalatória com sevoflurano em doses tituladas, com preservação da respiração espontânea para o caso de via aérea difícil. Por causa da friabilidade das veias, uma canulação intravenosa (IV) foi feita com dificuldade, com uma cânula de calibre 24.

Injeção de fentanil (15 µg IV) foi aplicada e, depois de constatar a subida do tórax com a ventilação via balão e máscara, suxametônio (1,5 mg/kg IV) foi administrado para facilitar a intubação endotraqueal. Depois de uma tentativa fracassada inicial, com cânula RAE de 6,0 mm por causa do estreitamento na região subglótica da laringe,

a intubação foi obtida com cânula RAE sem balão de 4,5 mm. A anestesia foi mantida com oxigênio e ar titulado com sevoflurano e doses intermitentes de atracúrio IV. Palatoplastia foi feita para fenda palatina incompleta e o período intraoperatório, que durou 75 minutos, transcorreu sem intercorrências. No fim da cirurgia, a traqueia foi extubada com o paciente acordado e cooperativo, após a reversão do bloqueio neuromuscular e estabelecimento de respiração espontânea adequada. No pós-operatório, o paciente foi mantido em UTI para monitoramento de qualquer episódio de apneia, insuficiência respiratória ou hemorragia oral. A ingestão de líquidos foi permitida após 6 h, não houve intercorrência no período pós-operatório e o paciente recebeu alta após cinco dias. As características presentes em pacientes com síndrome de Seckel que podem ser relevantes para o anestesiológista incluem presença de graus variáveis de anomalias faciais, microcefalia, retrognatismo, craniossinostose, deformidades dentárias, estenose de laringe, veias friáveis, retardo mental, anemia, pancitopenia e anormalidades cardiovasculares (PDA, hipertensão, defeitos cardíacos complexos), esqueléticos e endócrinas (hiperplasia adrenal congênita, hiperinsulinismo).^{4,5} Nosso paciente apresentava algumas variações da síndrome de Seckel típica, pois ele nascera de pais não consanguíneos após IIU. Seu quociente de inteligência era limítrofe, com linguagem expressiva não verbal abrangente quase normal. Não apresentava estrabismo ou catarata nos olhos e seu perfil hematológico e nutricional era normal, o que possibilitou o planejamento da palatoplastia.

Esses pacientes podem apresentar uma série de desafios para os anestesiológistas no período perioperatório. Garantir o acesso intravenoso pode ser difícil, como foi em nosso caso, por causa da friabilidade das veias. Como a via aérea também pode ser difícil de ventilar e intubar nesses pacientes, todos os equipamentos para lidar com problemas de via aérea difícil devem ser mantidos prontos para uso. Além disso, estimar o tamanho adequado do tubo pode ser difícil nesses pacientes, pois a idade e o peso da criança dificultam prever o tamanho em aproximadamente 53% dos casos. Como os tamanhos dos tubos traqueais podem variar até 11/2 tamanhos menores do que o previsto, o equipamento para via aérea deve incluir tubos com 1-1/2 tamanhos menores do que o previsto. Em nosso paciente, conseguimos intubar com um tubo de 4,5 mm em vez de 6,0 mm, o que foi considerado normal para a idade do paciente (idade em anos + 16/4). Exceto pela dificuldade encontrada no manejo do tecido palatino hipoplásico durante a cirurgia, o curso intraoperatório foi relativamente tranquilo. O paciente não apresentou complicações no pós-operatório, tais como episódios de apneia ou sangramento intraoral, como relatado na literatura,⁴ e a cicatriz palatina estava normal durante o acompanhamento.

Para concluir, esses pacientes devem ser cuidadosamente avaliados no pré-operatório para descartar qualquer problema cardíaco ou outro problema sistêmico. Problemas anestésicos por causa da via aérea difícil, pescoço longo, traqueia estreita e veias frágeis devem ser antecipados e medidas de emergência mantidas de prontidão para lidar com qualquer eventualidade. A possibilidade de alteração hematológica, como anemia, pancitopenia e leucemia, deve ser avaliada no período pré-operatório juntamente com a avaliação nutricional.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Seckel HPG. Bird-headed dwarfs: studies in developmental anthropology including human proportions. Springfield: Charles C. Thomas; 1960.
2. Shanske A, Caride DG, Menasse-Palmer L, et al. Central nervous system anomalies in Seckel syndrome: report of a new family and review of the literature. *Am J Med Genet.* 1997;70:155–8.
3. Parent P, Moulin S, Munck MR, et al. Bird headed dwarfism in Seckel syndrome Nosologic difficulties. *Arch Pediatr.* 1996;3:55–62.
4. Murthy J, Seshadri K, Ramanan P, et al. A case of cleft lip and palate associated with Seckel syndrome. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41:202–5.

5. Rajamani A, Kamat V, Murthy J, et al. Anaesthesia for cleft lip surgery in a child with Seckel syndrome—a case report. *Paediatr Anaesth.* 2005;15:338–41.

Anju Grewal^a, Dinesh Sood^a, Nidhi Bhatia^{b,*},
Ramneesh Garg^c, Sheerin Shah^c e Harminder Kaur^a

^a Departamento de Anestesiologia, Dayanand Medical College & Hospital, Ludhiana, Punjab, Índia

^b Departamento de Anestesiologia e Tratamento Intensivo, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, Índia

^c Departamento de Cirurgia Plástica, Dayanand Medical College & Hospital, Ludhiana, Punjab, Índia

* Autor para correspondência.

E-mail: nidhi.bhatia75@gmail.com (N. Bhatia).

Disponível na Internet em 1 de maio de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.08.005>

Estudo comparativo entre bupivacaína (S75-R25) e ropivacaína para avaliar a segurança cardiovascular em bloqueio do plexo braquial: Hamaji A et al.: *Rev Bras Anesthesiol*, 2013;63(4):322-326

Caro Editor,

Foi para mim muito gratificante constatar – eu, que sou a verdadeira autora do último anestésico local obtido em todo o mundo, a mistura enantiomérica da bupivacaína (MEB), ou simocaina ou ainda novabupi – a eficácia, sem a correspondente cardiotoxicidade desse produto, graças à pesquisa dos meus colegas do Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas da USP (do qual sou oriunda).

O método adotado na pesquisa se calca na mensuração de variáveis importantes para a técnica do bloqueio de plexo, o que assegura a grande valia dessa investigação. Um trabalho clínico bem conduzido, portanto, e capaz de referendar meus achados na fase pré-clínica do estudo desse composto quanto ao binômio eficácia/segurança.

Todavia algumas incoerências afloram na redação desse artigo, tais como:

a) Os autores, ao se referirem ao anestésico local em comparação à ropivacaína, cometeram uma inverdade histórica.

O invento que resultou no composto racêmico não equimolar formado por isômeros antagônicos – os enantiômeros da bupivacaína (S75%:R25%), NÃO FOI ABSOLUTAMENTE “criado por uma companhia farmacêutica brasileira”.

A bem da verdade, o insight aconteceu nas bancadas do meu laboratório no Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo e onde também aconteceu o pedido de patenteamento.

Como respaldo para essa verdade histórica, esse produto foi cancelado pelo INPI (Instituto Nacional de Propriedade Industrial) – órgão regulador do governo do Brasil –, que lhe concedeu a patente e recentemente a sacrou por meio da carta patente (fig. 1).

No decorrer da redação do artigo, contudo, há uma referência a esse composto, atribuindo-lhe sua origem à “farmacologia brasileira que introduziu uma mistura enantiomérica de isômeros ópticos que contêm 75% de levobupivacaína (S-) e 25% de dextrobupivacaína (R+) a bupivacaína S75-R25”.

Pergunto: Qual(quais) grupo(s) de farmacologistas responde(m) por esse feito? Não foi mencionado.

E por que a verdadeira autoria foi omitida, mesmo à custa do ofuscamento da Universidade de São Paulo? A pergunta fica no ar.

Não teria sido mais correto consultar a literatura para não incorrerem num erro crasso, que prejudica a excelência da pesquisa e abala, destarte, a reputação dos autores (alguns até professores famosos)? Numa rápida varredura na literatura, poder-se-ia encontrar confiáveis estudos (dentro outros) e artigos pertinentes e fidedignos, tais como:

1. Simonetti MPB, Ferreira FMC. Does the D-isomers of bupivacaïne contribute to the improvement of efficacy in neural block? *Reg Anesth and Paim Med.* 1999;24(supl):43.
2. Simonetti MPB et al. Is it worth manipulating the enantiomeric ratio of bupivacaine to improve the efficacy of the neural block with reduced cardiotoxicity? *Inter Monitor-ESRA.* 1999;11(supl):198.
3. Simonetti MPB. Anestésicos locais espinhais levógiros. In anestesia peridural, atualização e perspectivas: Delfino J, Vale Nilton. Anestesia peridural: atualização e perspectivas. São Paulo: Editora Atheneu. 2000:81-97.
4. Simonetti MPB. A epopeia do desenvolvimento dos anestésicos locais em curso de educação a distância em

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.06.001>