



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTA AO EDITOR

Isolamento pulmonar para toracotomia de emergência em paciente com sangramento de vias aéreas: a escolha do bloqueador brônquico pode fazer diferença

Lung isolation for emergent thoracotomy in the bleeding airway patient: the choice of bronchial blocker may make a difference

Cara Editora,

Diversos pontos talvez mereçam esclarecimentos no relato de caso recentemente publicado por Almeida et al.,¹ que descreveu o uso de um bloqueador brônquico para isolamento pulmonar em uma paciente com via aérea difícil devido a sangramento orofacial que precisou de uma toracotomia direita de emergência. Foi mencionado que uma troca do tubo endotraqueal (TET) foi feita com o uso de um “estilete permutador” nessa paciente já intubada que vinha da unidade de terapia intensiva. Porém, o benefício de usar o bloqueador brônquico que escolheram (Rusch® EZ-Blocker™; Teleflex, Morrisville, CN, EUA) é que ele pode ser colocado em um TET de lúmen único;² logo, a razão pela qual uma troca do TET foi necessária não ficou clara. Outra vantagem do uso de um bloqueador brônquico é que ele também pode resultar em uma deflação pulmonar mais rápida em comparação com um TET de duplo lúmen.³

No entanto, embora os autores apontem com precisão as vantagens do uso de bloqueadores brônquicos nessa situação de via aérea difícil, o tipo de bloqueador brônquico usado pode influenciar o tempo total necessário para isolar o pulmão de forma ideal. Por exemplo, já foi mostrado anteriormente que, com o uso de um bloqueador endobrônquico Arndt (Cook Medical; Bloomington, IN, EUA), especialmente para a colocação do lado direito, como foi feito nesse caso, a colocação pode ser feita tão rapidamente como com um



TET de duplo lúmen.⁴ Isso é plausível porque esse tipo de bloqueador brônquico (mesmo que inicialmente colocado “às cegas”) invariavelmente entra no brônquio direito. Portanto, para uma toracotomia direita urgente, como para o hemotórax nesse caso, o uso do bloqueador Arndt poderia ter proporcionado a vantagem de uma primeira passagem bem-sucedida. De fato, a opção pelo EZ-Blocker requer uma colocação mais sutil, pois pode facilmente ser mal posicionado com ambos os lados do bloqueador e entrar no brônquio esquerdo ou direito, o que pode levar mais tempo para obter o isolamento pulmonar, como foi observado pelos autores.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Almeida C, Freitas MJ, Brandao D, et al. Use of bronchial blocker in emergent thoracotomy in presence of upper airway hemorrhage, and cervical spine fracture: a difficult decision. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:408–11.
2. Grocott HP, Scales G, Schinderle D, et al. A new technique for lung isolation in acute thoracic trauma. *J Trauma.* 2000;49:940–2.
3. Bussières JS, Somma J, Del Castillo JL, et al. Bronchial blocker versus left double-lumen endotracheal tube in video-assisted thoracoscopic surgery: a randomized-controlled trial examining time and quality of lung deflation. *Can J Anaesth.* 2016;63:818–27.
4. Grocott HP, Darrow TR, Whiteheart DL, et al. Lung isolation during port-access cardiac surgery: double-lumen endotracheal tube versus single-lumen endotracheal tube with a bronchial blocker. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2003;17:725–7.

Hilary P. Grocott

University of Manitoba, Department of Anesthesia, Perioperative and Pain Medicine, Winnipeg, Canada
E-mail: hgrocott@sbgh.mb.ca

Disponível na Internet em 5 de novembro de 2018

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2017.09.004>

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.07.005>

0034-7094/© 2018 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).