

Mamoplastia e Peridural Torácica

Senhor Editor

A anestesia peridural para cirurgia na região

torácica não é novidade e já foi de muita valia¹.

Em 1974 foi reestudada em cirurgias de tireóide, mamas, membros superiores e parede torácica

em pacientes operados em decúbito dorsal. Constatou-se hipotensão arterial superior a 30% sobre os valores iniciais, não sendo infreqüentes hipotensões maiores².

No primeiro número deste ano encontrei um artigo³ que não esclarece a posição em que foram operadas as pacientes, e sem o que, devo inferir que foram operadas na posição sentada. Pelo menos, assim o faz a maioria dos cirurgiões plásticos.

Se não bastasse o completo bloqueio de toda cadeia simpática para provocar hipotensão, agravada pela posição, acresce-se a adição do Inoval[®], verdadeiro coquetel lítico, para complementação da sedação em combinação com diazepínicos, que aumenta os riscos de efeitos indesejáveis, como depressão respiratória e rigidez torácica. O Inoval[®], por si só, já deveria ter saído do mercado.

Na verdade, esta paciente recebeu anestesia peridural combinada com narcose. Só que ao contrário do habitual, recebeu narcose venosa e sem intubação traqueal, o que lhe confere status de alto risco.

Com tantos problemas descritos de depressão respiratória^{5, 6}, "qual a vantagem real que se oferece ao paciente com esta técnica?"

No artigo, o autor³ informa que teve que intervir 1/20 vezes por bloqueio de má qualidade, apesar do nível T1, terminando em anestesia geral.

A anestesia peridural tem indicações, contra-indicações e limitações. E é exatamente esta limitação que não tem sido observada.

Após duas horas, um bloqueio torna-se extremamente desconfortável, o que obriga a sedação. Neste caso, 21% de oxigênio do ar pode ser insuficiente. A administração através de cateter nasal, associado a depressão respiratória, pode ser inadequada. A colocação de máscara para administração de oxigênio seria demasiado desconfortável para o paciente e anestesista. Seria mais fácil e seguro ter iniciado a anestesia geral inalatória endotraqueal.

Considerando que estas cirurgias podem ser demoradas, com maiores perdas sangüíneas, estabelece-se hipotensão, hipotermia pela hidratação e reposição de líquidos e sangue nem sempre em adequadas temperaturas. Além de desconfortável,

desviam a curva de dissociação da hemoglobina para a esquerda.

Se se opera em decúbito dorsal, é vantajoso a combinação de peridural com narcose superficial⁷. No entanto, a ventilação deve ser feita através de tubo traqueal, que facilita o controle manual ou mecânico. É difícil confiar em paciente acordado, como se pode confiar em alguém que está dormindo? Especialmente se está dormindo sentado.

A anestesia geral oferece analgesia, hipnose, ventilação segura e de boa qualidade, com níveis sangüíneos de oxigênio de gás carbônico da mais alta segurança. Além disso, não sofre nenhuma restrição em cirurgia plástica.

Quem não deseja anestesia geral por fobias, provavelmente não se submeterá a uma cirurgia plástica.

Mesmo em casos indicados de anestesia regional há riscos em potencial da necessidade de se mudar a técnica³. O paciente deve ter ciência dessa possibilidade.

Não sou contra que se estude ou reestude técnicas antigas ou novas, mas os riscos que se impõem aos pacientes e as prováveis vantagens reais que se podem prever com suas indicações devem ser cuidadosamente analisados.

MA Gouveia, TSA
Clínica Cirúrgica Santa Bárbara
Rua Paulo Barreto, 51
22280 – Rio de Janeiro, RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otton PE et al. — The cardiocirculatory effects of upper thoracic epidural analgesia. *Canad Anaesth Soc J* 1966; 13: 541-549.
2. Gouveia MA, Ribeiro RC — Anestesia peridural cervico-torácica. *Apreciação clínica. Rev Bras Anest* 1974; 24: 238-248.
3. Ursolino GL, Biagini JA, Tincani FF, Oliveira MM — Bupivacaína 0,25% em anestesia peridural torácica contínua para mamoplastias. *Rev Bras Anest* 1987; 37: 19-23.
4. Gouveia MA — Recusa de cirurgia após Inoval[®] como pré-anestésico. *Rev Bras Anest*.
5. *Jornal O Globo* de 18/3/87 — Caso Mônica.
6. Forster A, Gamulin Z, Moresi D, Weiss V, Rouge JCL — Respiratory depression following orally administered flunitrazepam for pre-anesthetic medication in children. *Anesthesiology* 1984; 61: 597-601.
7. Imbeloni LE, Maia CP — Analgesia peridural torácica com bupivacaína 0,5% com epinefrina associada à anestesia geral com halogenado. *Rev Bras anest* 1987; 37: 97-103.