

Sobre Apnéia Após Bloqueio do Plexo Braquial pela via Interescalênica

Senhor Editor:

A respeito do caso de "Apnéia após Bloqueio do Plexo Braquial pela via Interescalênica", descrito por E. A. Figueira e col¹, gostaríamos de fazer as seguintes observações:

a) Também nos parece ter sido uma injeção peridural cervical, embora nos chame a atenção o fato do tempo elapsado entre o início da injeção e a ocorrência de dificuldade respiratória (cerca de 3 - 4 minutos, considerando-se 1 ou 2 minutos desde o início até o fim da injeção do anestésico local), pois é bem sabido que bupivacaína 0,5%, via peridural, necessita de, pelo menos, 15 minutos para provocar bloqueio motor. Mas, realmente nos parece ter sido uma injeção peridural cervical, já que a paciente permaneceu consciente, com pupilas normais e sem grandes variações na pressão arterial.

b) Tendo os autores referido que "os primeiros 20 ml foram injetados contra uma resistência apreciável", embora não descrevam se a paciente teve parestesias à introdução da agulha, é nossa opinião que se deve injetar o anestésico local, neste procedimento, contra qualquer resistência somente se o paciente referir parestesias, o que assegura estar a agulha no local correto. Do contrário, sem referência de parestesias ou se o paciente referir dor à injeção, achamos que outra tentativa ou outra técnica deve ser adotada em casos de considerável resistência à injeção de anestésico local.

c) Como foi descrita, em 1969², a técnica recomenda que a direção da injeção, após identificação do exato local, deve ser ligeiramente caudal, dorsal e medial, o que faz a agulha tocar o processo transversal da vértebra cervical, em caso de falha de encontrar o nervo antes, tornando mais difícil a injeção peridural ou mesmo espinhal.

d) Para evitar o movimento da agulha, e conseqüentemente perda do exato local para injeção, por ocasião de troca de seringas e manobras de aspiração, é aconselhável o uso de um tubo de extensão entre a agulha e a seringa, o que possibilita ao anestesista manter a agulha firmemente e um auxiliar injetar o anestésico local e

aspirar freqüentemente, para confirmar a ausência de sangue e mudar seringas sem movimentar a agulha, conforme originalmente descrito na técnica de bloqueio do plexo braquial³.

e) Com a finalidade de evitar complicações como esta, se técnica supraclavicular é indicada, a via perivascular subclávia para bloqueio do plexo braquial³ é preferível do que a técnica interescalênica, o que praticamente elimina a possibilidade de injeção peridural ou espinhal.

f) Para cirurgias ao nível da mão e punho, é sabido e é a nossa recomendação que a via de escolha para bloqueio do plexo braquial é a axilar, pelos menores riscos e complicações, advindo daí a necessidade de o anesthesiologista estar habilitado a usar as três possíveis técnicas de bloqueio do plexo braquial, elegendo sempre a melhor opção para o tipo de cirurgia e paciente.

g) Finalmente este caso ilustra bem a necessidade de o anesthesiologista ter sempre para imediato uso, todo o antes de proceder a qualquer bloqueio, o que é, muitas vezes, negligenciado.

Esperando ter prestado alguma contribuição, com um abraço.

Onofre Alves Neto, TSA
Allon P. Winnie
Caixa Postal 5003
7400 - Goiânia, GO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueira E A, Guerra E P, Barbosa J S - Apnéia após bloqueio do plexo braquial pela via interescalênica. Rev Bras Anest, 1983; 33: 4: 295 - 296.
2. Winnie A P - Interscalene brachial plexus blocks. Anesthesiology, 1969; 31: 577 - 578.
3. Winnie A P, Collins V J - The subclavian perivascular technic of brachial plexus anesthesia. Anesthesiology, 1964; 25: 353 - 363.

Senhor Editor:

Em resposta ao Dr. Onofre Alves Neto, agradecemos as observações e aproveitamos para esclarecer alguns pontos que merecem retificações.

Quando registramos que "os primeiros 20 ml foram injetados contra uma resistência apreciável" queríamos dizer na verdade "injetados contra uma resistência con-

siderada normal", ao contrário dos últimos 10 ml que foram injetados contra uma resistência nula.

O anestésico local foi injetado somente após a paciente ter referido parestesias nos metâmeros previstos.

De fato, na técnica utilizada, não direcionamos a agulha no sentido caudal, nem tampouco utilizamos a agulha de extensão entre a agulha e a seringa.

Consideramos que a via perivascular subclávia pode

CARTAS AO EDITOR

também resultar em complicação indesejada (pneumotórax), ainda que raramente.

Preferimos a via interescalênica neste caso, em detrimento da via axilar, porque a equipe tem maior experiência e melhores resultados com a primeira.

*Sem mais para o momento.
Subcrevo-me*

*Elson Alves Figueira
SQS 313 - Bloco F - Apto. 315
70766 - Brasília - DF*