

Lesão Vascular Durante Cirurgia para Prótese Total de Quadril

Senhor Editor:

Ao ler o interessante artigo intitulado "Lesão vascular durante cirurgia para prótese total do quadril"¹ deparei com afirmativas, comentários e conclusões que gostaria que pudessem ser melhor esclarecidos pelos autores.

Está descrito que após uma raquianestesia com 7 mg de tetracaína com 70 mg de glicose a 10% associadas a 0.3 mg de adrenalina a cirurgia proposta transcorrida sem anormalidades até os primeiros noventa minutos quando então, a enferma passou a queixar-se de desconforto no membro inferior direito. Devido a esta intercorrência e como a nova sedação não surtisse o efeito desejado, apesar da existência de adequado bloqueio sensitivo, os autores foram obrigados a escolher uma anestesia geral inalatória com halotano e óxido nitroso (N₂O). Mesmo com a administração do anestésico geral sob máscara a paciente permaneceu com queixa de dor intensa. Nos seus comentários, após discorrer brilhantemente sobre o aparecimento e as possíveis complicações do metilmetacrilato, os autores afirmam que "o vasoespasmio distal ao trauma é mediado pelo arco reflexo simpático e que a dor mantinha-se rebelde ao tratamento clássico apesar do bloqueio simpático e até mesmo com halogenado" e concluem que "o mecanismo da dor parece ter sido a irritação das terminações nervosas pelas alterações teciduais devido à hipóxia local, além da própria dor intrínseca da parede do vaso lesado".

Eu gostaria de melhores esclarecimentos dos colegas com referência às seguintes dúvidas:

1) - O que podemos entender por tratamento clássico? Seria porventura a administração de benzodiazepínicos?

2) - Porque administrar diazepam a uma enferma que se queixa de dor? Porque não escolher preferencialmente um analgésico, como por exemplo fentanil? Nosso entender e de acordo com Rall e Scheifer² os benzodiazepínicos e antiansiolíticas e como tal não seria a droga de

escolha no tratamento deste particular tipo de dor.

3) - Como é possível que uma enferma esteja sob anestesia geral e consiga queixar-se de dor? Será que havia realmente o estado de anestesia geral que todos conhecemos? Como explicar? Quais as concentrações usadas dos referidos agentes inalatórios? É difícil de entender cientificamente tal afirmativa dos autores.

4) - Achei muito simplista e não convincente a conclusão a que os autores chegaram na explicação do fenômeno. Losfram e col³ afirmaram que o nível inconstante das sinapses ganglionares simpáticas pode ser responsável por resultados desapontadores de um bloqueio técnica e aparentemente efetivo. Não poderia estar aqui a causa do insucesso parcial que os colegas tiveram? Que outra vai senão a simpática para explicar a dor isquêmica? Particularmente, acho mais racional a explicação do fato, a estas sinapses anatômicas simpáticas cujas fibras aferentes atingiram a medula em nível superior ao bloqueio que a paciente apresentava, clinicamente daí, decorrendo o aparecimento da dor.

Atenciosamente

José Maria Couto da Silva, TSA
SHIN QL 02 - conj. 12 - casa 15
71500 - Brasília - DF

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha B A, Santos C B - Lesão Vascular durante cirurgia para prótese total de quadril - Relato de um caso. Rev Bras Anest, 1984; 34: 51 - 53.
2. Rall T W, Schleifer L S - Drugs effective in the therapy of the epilepsy, in the Pharmacological Basis of Therapeutics, by AG Gilman, L S Goodman, A Gilman (Editors) Sixth Edition, Mac Millan Publishing Co Inc. New York, Toronto, London, 1980; 448 - 474.
3. Lofstrom J B, Lloyd J M, Cousins M J - Sympathetic neural blockade of upper and Lower extremity, in Neural Blockade, by M J Cousins, P O Brigenbaugh (Editors), J B Lippincott Co. Philadelphia, Toronto, 1980; 355 - 382.