

Sr. Editor:

A discussão sobre o uso de agulha 8 para anestesia peridural lombar sem prévia anestesia local já começa a ficar enfadonha. Entretanto, o entusiasmo com que o ilustre colega Dr. Edmundo Zarzur recentemente voltou ao assunto nos impede a dela participar.

Importa-nos analisar as vantagens e desvantagens do emprego de tal agulha sobre o de outras especialmente construídas para a anestesia peridural, quanto a incidência de cefaléia pós-punção acidental perceptível ou não de duramáter/aracnóide, complicações neurológicas por para-hidroxibenzoato de metila ou baixo pH da solução anestésica, intensidade do traumatismo etc.

O aspecto que realmente desejamos contestar refere-se a não utilização de anestesia local para a punção lombar. A conduta, principalmente quando de anestesia subaracnóideas ou peridurais de difícil execução, torna o procedimento não somente mais doloroso mas também mais arriscado e trabalhoso, pela compreensível movimentação do paciente. Vamos mais longe, punções lombares absolutamente indolores e tranquilas somente são conseguidas depois da realização de botão dérmico e de infiltração uni ou bilateral mais profunda.

Temos comparado punções subaracnóideas com agulhas 22 descartáveis, um pouco menos calibradas e de pontas geralmente melhores do que as de n.º 8 existentes no mercado, e observado que os sofrimentos impostos aos pacientes por colegas que adotam ou não o botão dérmico prévio com agulha 27 são totalmente distintos.

Em sua pesquisa<sup>1</sup>, utilizando agulha n.º 8, o prezado colega concluiu ser a dor perfeitamente suportável mas encontrou 67,33% de punções lombares tão ou mais dolorosas do que as venosas efetuadas com material de igual calibre, que não pode ser considerado pouco traumático. É possível que tais punções tenham sido suportáveis des-

de que, realmente, elas não são irresistíveis ou intoleráveis, mas sem dúvida seriam menos dolorosas se fossem realizadas após botão dérmico com agulha n.º 27. Admitir o contrário seria contrariar a lógica. Provavelmente, por trabalhar com parturientes, as quais por contingências próprias suportam ou aceitam melhor a dor causada por determinados procedimentos médicos do que pacientes cirúrgicos, tenha o autor evitado resultados ainda piores.

Consideramos que o prezado colega não conseguiu provar sua tese, que nos parece indefensável, mesmo por quem, como o Dr. Zarzur, tem grande experiência com a técnica peridural e a pratica com grande habilidade. Na verdade, a não ser pela perda de alguns segundos, aparente geralmente, e pela administração de uns poucos miligramas de anestésico local a mais, nenhuma outra razão poderia haver para se deixar de usar a anestesia local para o bloqueio peridural, mesmo quando forem utilizadas agulhas com 0,8 ou menos milímetros de calibre externo. Aliás, pensamos que isto deve valer para qualquer tipo de bloqueio anestésico. Assim, parece-nos que o abandono da prévia infiltração lombar para anestesia peridural ou raquídea não pode ser defendido e muito menos recomendado, especialmente aos que se iniciam na anestesia regional.

Atenciosamente

Almiro dos Reis Júnior  
Rua Bela Cintra 2262/111  
01415 - São Paulo - SP

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Zarzur E - Anestesia peridural. Rev Bras Anest 31:427-428, 1981.