

CARTA AO EDITOR

Carta ao Editor comentando sobre “Eficácia do bloqueio do plano serrátil anterior versus bloqueio paravertebral torácico para analgesia pós-operatória após cirurgia de câncer de mama: um estudo randomizado”

Caro Editor,

Lemos com muito interesse o estudo publicado por Aroa S et al.: “Eficácia do bloqueio do plano serrátil anterior versus bloqueio paravertebral torácico para analgesia pós-operatória após cirurgia de câncer de mama: um estudo randomizado”, especialmente pela atenção dada aos pontos-chave no manejo da cirurgia mamária: otimização da analgesia pós-operatória, redução da incidência de náuseas e vômitos pós-operatórios, prevenção do aparecimento de dor crônica e impotência funcional.¹

Tradicionalmente, a cirurgia oncológica radical da mama tem sido realizada sob anestesia geral. Muitas técnicas anestésicas regionais têm sido descritas na literatura, incluindo bloqueio peridural paravertebral torácico (BPVT), bloqueios de nervo intercostal, bloqueios de plexo braquial e bloqueios de nervo do tronco como bloqueio do nervo peitoral 1-2 (PECS1, PECS2), bloqueio do plano eretor da espinha (PES) e bloco do plano serrátil anterior (PSA).²

As pesquisas sobre esse tema são abundantes, mas há escassez de estudos comparativos entre técnicas regionais combinadas entre si associadas à anestesia geral.³

Rotineiramente, em nossos Centros utilizamos combinações de bloqueios periféricos/neuraxiais associados a sedação ou anestesia geral, o que garante uma cobertura total também na área axilar.⁴

Particularmente, conseguimos usar o bloqueio PECS2 para cobrir músculos, axilas e ramos cutâneos laterais dos nervos intercostais (confiáveis de T2 a T4), bloqueio PSA para cobrir ramos cutâneos laterais de T4 a T7 e bloqueio paraesternal (ou plano muscular transversal torácico bloco) para cobrir ramos cutâneos anteriores. Por fim, a pele da mama, glândula mamária e mamilo são supridos pelo segundo ao sexto nervos intercostais (T2-T6), que são adequadamente bloqueados com BPVT. Em relação ao bloqueio PES, proporciona analgesia nos territórios inervados pelos ramos anteriores dos nervos espinhais e pode atingir um plano anestésico nos territórios inervados pelos ramos dorsais dos nervos espinhais.

De fato, o BPVT é a primeira escolha, um método seguro e confiável sob orientação ultrassonográfica. Mais do que complicações (sangramento, disseminação epidural, pneumotórax), são as características antropométricas do paciente (um espaço paravertebral > 5,5 cm de profundidade) que impedem seu uso.

Estas alternativas são eficazes e fáceis de executar em condições reais de trabalho.

Nossa observação ao adotar as mesmas técnicas mesmo em mãos menos experientes como as dos residentes é que, com a mesma qualidade do procedimento e execução correta, os bloqueios PECS e PSA são mais fáceis de executar e podem ser realizados com o paciente sob sedação ou adormecido e ventilado para evitar o componente emocional que muitas vezes prejudica a mera execução dos procedimentos de anestesiologia, enquanto a PE deve ser realizada na posição sentada e, portanto, a emotividade do paciente, talvez as dificuldades técnicas possam afetar a qualidade real do bloqueio e sobretudo o desconforto do paciente (sensação de alargamento dos planos fasciais e pelo menos duas punções nas costas).

PES e PECS/PSA também são sobreponíveis como benefício para a visão dos cirurgiões que realizam o procedimento no centro cirúrgico e depois acompanham os pacientes.

Caso o procedimento cirúrgico preveja maior comprometimento anatômico a escolha recai sobre o manejo peridural para melhor repetibilidade, para melhor cobertura de mais metômeros anatômicos e, portanto, menos possíveis áreas cirúrgicas descobertas e dolorosas no pós-operatório.

Em suma, dependendo do tipo de cirurgia mamária e do tempo da lista cirúrgica, optar pela peridural em quadros cirúrgicos maiores e adicionar um bloqueio no território mais escarificado continua sendo uma opção vencedora; BPVT e PES são excelentes escolhas mesmo em grandes territórios cirúrgicos, mas a natureza multissetorial do território a ser analisado e anestesiado obriga a mais injeções e, portanto, desconforto para o paciente, tanto a favor da peridural quanto a favor do manejo do PECS e bloqueios PSA, que são mais simples tanto em termos de execução, mesmo com punção única no tecido periarticular do ombro, quanto de resultado cirúrgico.

O estudo de Arora diz respeito a pacientes com Estado Físico da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) I-II, excluindo idosos, obesos e outras categorias de pacientes frágeis, para os quais pode ser desejável evitar anestesia geral. Uma combinação de várias técnicas locorregionais garantiria anestesia cirúrgica em comparação com uma só.

Essas técnicas de anestesia regional podem ser feitas sob as crescentes restrições de tempo. Somos de opinião que sua combinação, longe de retardar, poderia levar a um ganho de tempo ao atuar nas vias nervosas em diferentes níveis, atingindo primeiro o plano anestésico.

O melhor controle da dor combinado com a redução do consumo de opioides e redução de complicações, como vômitos, garante uma recuperação rápida após a cirurgia, com menos tempo gasto em salas de recuperação e internações hospitalares comuns, com benefícios econômicos óbvios.

Há também o potencial benefício sobre a relação entre técnicas de anestesia multimodal e a menor incidência de recorrência tumoral que, apesar da falta de fortes evidências na literatura, ainda representa um tema quente e poderia endossar ainda mais as técnicas de anestesia regional neste cenário clínico.⁵

Acreditamos que a anestesia eletiva para cirurgia de mama pode ser adaptada às necessidades da paciente tanto quanto à abordagem cirúrgica, e consideramos adequado que o anestesiológista seja capaz de dominar o maior número possível de técnicas para obter o melhor resultado para a paciente.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Arora S, Ovung R, Bharti N, Yaddanapudi S, Singh G. Efficacy of serratus anterior plane block versus thoracic paravertebral block for postoperative analgesia after breast cancer surgery – a randomized trial. *Braz J Anesthesiol*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.09.017>. Epub ahead of print.
2. Woodworth GE, Ivie RMJ, Nelson SM, Walker CM, Maniker RB. Perioperative Breast Analgesia: A Qualitative Review of Anatomy and Regional Techniques. *Reg Anesth Pain Med*. 2017;42:609–31.
3. Jacobs A, Lemoine A, Joshi GP, Van de Velde M, Bonnet F. PROSPECT Working Group collaborators#. PROSPECT guideline for oncological breast surgery: a systematic review and procedure specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*. 2020;75:664–73.
4. Santonastaso DP, DE Chiara A, Bagaphou CT, et al. Erector spinae plane block associated to serratus anterior plane block for awake radical mastectomy in a patient with extreme obesity. *Minerva Anesthesiol*. 2021;87:734–6.
5. Sessler DI, Riedel B. Anesthesia and Cancer Recurrence: context for divergent study outcomes. *Anesthesiology*. 2019;130:3–5.

Matteo Zappaterra^{a,1}, Alessio Cittadini^{b,1}, Andrea Sica^{b,1,*}, Domenico Pietro Santonastaso^{b,1}, Vanni Agnoletti^{b,1}

^a *Anesthesia and Intensive Care Unit, AUSL Romagna, Santa Maria delle Croci Hospital, Ravenna, Italy*
^b *Anesthesia and Intensive Care Unit, AUSL Romagna, M. Bufalini Hospital, Cesena, Italy*

* Autor correspondente.

E-mail: andrea.sica@auslromagna.it (A. Sica).

Recebido em 27 de novembro de 2021; aceito em 10 de maio de 2022

Disponível online em 18 de maio de 2022.

¹ Todos os autores contribuíram igualmente para o trabalho.