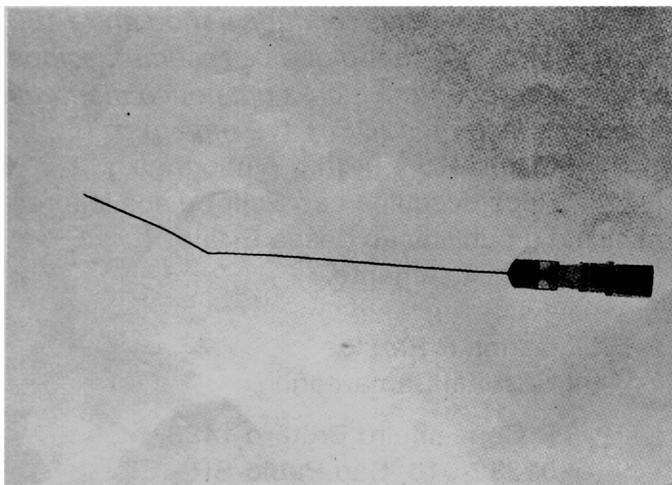


### *Raquianestesia com Agulhas Finas Tipo Quincke*

Sr Editor,

Após a introdução da raquianestesia na prática médica por Bier em 16 de agosto de 1898, a cefaléia por ele descrita permanece até nossos dias. Esta complicação é um pequeno preço a se pagar pela excelente anestesia produzida. Tem como explicação a perda de LCR no orifício causado pela perfuração na dura-máter<sup>1,2</sup> A incidência de cefaléia pós-raquianestesia é correlacionada com o calibre da agulha<sup>3</sup>. Com objetivo de reduzir esta morbidade é que foram introduzidas agulhas de fino calibre, 25G a 29G. A partir de abril de 1991 começamos a utilizar as agulhas 25G e 27G, e somente no final de 1993 a agulha 29G. Portanto, durante três anos avaliamos prospectivamente a incidência de cefaléia em 3748 pacientes submetidos a anestesia. Neste período, 514 (14%) e 49 (1,3%) foram submetidos à raquianestesia com agulhas descartáveis 27G e 29G, respectivamente. Todos os pacientes foram orientados para que, na ocorrência de cefaléia no pós-operatório, contassem imediatamente a equipe de anesthesiologia.



Agulha 29 G deformada após tentativa de raquidiana.

A raquianestesia foi realizada em decúbito lateral esquerdo pela via paramediana e sempre com o bisel paralelo às fibras da dura-máter. O introdutor, recomendado pela maioria dos autores, nunca foi utilizado. O anestésico foi administrado com seringa *luer-lock* descartável, após o aparecimento do LCR no canhão da agulha.

A incidência de cefaléia pós-raquianestesia foi de 0,59% nos pacientes puncionados com a agulha 27G e zero no grupo com agulha 29G. Utilizando o teste exato de Fisher não observamos diferença significativa entre as duas agulhas. Todos os pacientes que desenvolveram cefaléia foram tratados com repouso no leito, analgésico não opióides e tiapridal. Em um paciente foi notada cefaléia incapacitante, não sendo necessário o emprego do tampão sangüíneo.

O sucesso da punção (gotejamento de LCR) foi obtido em todos os pacientes com a agulha 27G e em 47 com a agulha 29G. Em um paciente, o LCR que refluía estava sangüinolento, e ao modificar a posição da agulha para injeção do anestésico observou-se que a agulha estava entupida. No outro, ao se tentar retirar o mandril notou-se uma tremenda dificuldade, não se obtendo êxito. Ao retirar a agulha, observamos que estava completamente deformada (foto). O paciente era jovem (18 anos) e bastante musculoso. O uso do introdutor, não impede que ocorra esta complicação<sup>4</sup>. Vale salientar que não observamos este problema com a agulha 27G.

A incidência de falhas de anestesia foi de 4,28% no grupo com agulha 27G e 14,89% no grupo com agulha 29G, diferença estatisticamente significativa (teste do Qui-quadrado). Não houve diferença de falhas em relação aos diversos tipos de anestésicos locais utilizados, assim como não existiu correlação com o tipo de cirurgia. Vale salientar que 106 pacientes foram submetidas à cesariana, sendo 97 com agulha 27G e 9 com agulha 29G. Nenhuma destas pacientes desenvolveu cefaléia pós-raquianestesia.

## REFERÊNCIAS

O lento fluxo de líquido através da agulha 29G pode ser uma das razões da dificuldade de localização do espaço subaracnóideo encontrada por alguns autores, e desta forma aumentar a incidência de falha associada com seu uso<sup>5,6</sup> A velocidade de fluxo da agulha 29G Quincke na posição vertical, medida em laboratório, foi significativamente menor do que com a agulha 27G Quincke<sup>7</sup>. O tempo de gotejamento do LCR no canhão da agulha, medido por nós, foi de  $26,50 \pm 3,54$  s com agulha 27G e  $67,00 \pm 14,70$  s com agulha 29G, portanto, 2,5 vezes mais demorado com a agulha 29G. Utilizando o teste "t" de Student observamos uma diferença significativa ( $p < 0,01$ ).

A agulha ideal para raquianestesia deve facilitar a identificação do espaço subaracnóideo e a injeção do anestésico no LCR, não se deformar e não desenvolver cefaléia pós-punção. A técnica da raquianestesia com agulhas finas, sem introdutor, não é difícil de ser executada. O uso da agulha 29G requer um maior tempo na realização do bloqueio do que com a agulha 27G.

O indesejado tempo prolongado para o aparecimento do LCR associado com a agulha 29G, a deformidade que pode ocorrer com esta agulha, o alto índice de falhas, e praticamente a mesma incidência de cefaléia, levam-nos a questionar se há vantagens em seu uso em relação à agulha 27G. Desta forma, todos os anestesiológicos devem ser encorajados a utilizar a agulha 27G. O uso da agulha 29G pode virtualmente eliminar a cefaléia, mas a técnica torna-se muito mais difícil de ser realizada.

Atenciosamente,

Luiz Eduardo Imbelloni  
Maria Guilhermina C Sobral  
Antonia Nazaré G Carneiro

Av Epitácio Pessoa 2356/203  
22471-000 Rio de Janeiro - RJ

01. Cruikshank RH, Hopkinson JM - Fluid flow through dural puncture sites. An in vitro comparison of needle point types. *Anesthesiology*, 1989; 44: 415-18.
02. Ready LB, Cuplin S, Haschke RH, Nessly M - Spinal needle determinants of rate of transdural fluid leak. *Anesth Analg*, 1989; 69: 457-60.
03. Vandam LD, Dripps RD - Long term follow-up of patients who received 10.098 spinal anesthetics. Syndrome of decreased intracranial pressure (headache and ocular and auditory difficulties). *JAMA*, 1956; 161: 586-91.
04. Chaney MA, Brey SJ - Severe deformation of a small-gauge spinal needle. *Anesth Analg*, 1993; 77: 401-2.
05. Flaaten H, Rodt S, Vamnes J et al - Postdural puncture headache: A comparison between 26 and 29-gauge needles in young patients. *Anaesthesia*, 1989; 44: 147-9.
06. Dahl JB, Schultz P, Anke-Mollen E et al - Spinal anaesthesia in young patients using a 29-gauge needle: Technical considerations and an evaluation of postoperative complaints compared with general anaesthesia. *Br J Anaesth*, 1990; 64: 178-82.
07. Abouleish E, Mitchell M, Taylor G et al - Comparative flow rates of saline in commonly used spinal needles including pencil-tip needles. *Reg Anesth*, 1994; 19: 34-42.

---

### *Errata - Os Novos Relaxantes Musculares em Pediatria.*

*Rev Bras Anesthesiol*, 94; 44(2):  
147-158

Sr Editor,

Minha atenção foi chamada para dois erros de dose no artigo supra, que deixei escapar na revisão final.

À página 150, linhas 14-17, lê-se:

"A DE<sub>95</sub> neles relatada variou entre 156 e 230 mg/kg<sup>17,18</sup> sendo que os recém-nascidos parecem apresentar valores um pouco menores do que os lactentes (DE<sub>95</sub> 119 mg/kg)<sup>19</sup>."

**O correto é µg/kg** e não mg/kg.

Peço desculpas ao Editor e aos leitores e solicito a publicação dessa Errata.

Atenciosamente.

Carlos P Parsloe  
Hospital Samaritano

R Conselheiro Brotero 1486  
01232-010 São Paulo-SP