

Cartas ao Editor

“Masami Katayama”

Sr. Editor

Na Assembléia de Representantes de 1979 eu, um iniciante na SBA, bem lá no fundo da sala, acanhado como todo iniciante, presenciei a vitória de Masami para Editor da Revista Brasileira de Anestesiologia. Ali aprendi palavras como audácia e coragem, que passaram a fazer parte do meu lema de que não é necessário ter esperança para empreender, nem ter êxito para perseverar, mas me protegeram do conformismo e me estimularam para sempre, no árduo caminho de nossa profissão. Ali pensei, de algum modo, também eu tenho de chegar a fazer coisas que surjam do meu ofício. Coisas escritas. Ali foi o meu início.

Mesmo os mais talentosos precisam de um iniciador. Aquele que a vida põe um dia no nosso caminho, esse deve ser amado e respeitado para sempre, mesmo que não seja o responsável. Masami foi meu iniciador na Revista Brasileira de Anestesiologia, estimulando-me a escrever, corrigindo meus trabalhos e fazendo críticas severas (construtivas) e finalmente convidando-me para fazer parte de seu Corpo Editorial.

Masami tinha uma imensurável capacidade estimuladora. Tinha sempre o resultado de um olhar sobre as coisas: olhar ao mesmo tempo criativo e interpretativo que pretendia, à sua maneira e segundo seus próprios meios, dar um toque final em qualquer coisa ou num conjunto de dados. Vivenciei muito este seu olhar sobre as coisas, durante nosso convívio na RBA. Lembro-me de uma frase dele a propósito de uma aula que ministrei: “Imbelloni, se sua aula estiver ruim, pelo menos os diapositivos devem estar bons. Deixe sempre sua marca, em qualquer coisa que faça”. A juventude é o momento de estudar a sabedoria: a velhice é o momento de praticá-la. Tenho certeza absoluta de que

Masami não precisou atingir a velhice para praticar toda a sua sabedoria.

Lucrécio já dizia, a realidade se compõe, por um lado, deste mundo, do qual podemos ter eventualmente uma percepção parcial, por outro, do conjunto de mundos dos quais não podemos ter quase nenhuma percepção. Suspeito muito de que a desavença filosófica com o real não tinha por origem o fato de que a realidade seja inexplicável, considerada apenas em si mesma, mas sim o fato dela ser cruel e que, conseqüentemente, a idéia de realidade constitui um risco permanente de angústia e de angústia intolerável. Na ocasião da perda de um ente querido a realidade subitamente torna-se insuportável. É um mal terrível: faz ver as coisas tais como são.

A memória dos brasileiros é pobre e tem menos pontos de referência no espaço. É claro que existe a memória do coração, que dizem ser a mais segura, mas o coração se desgasta com as dificuldades e o trabalho, esquece mais depressa sob o peso do cansaço. Masami sempre dizia: “as palestras (palavras ditas) são rapidamente esquecidas, mas os trabalhos publicados (palavras escritas) permanecem para sempre”. Portanto, se a memória dos brasileiros for realmente pobre, Masami deixou muita coisa escrita para ser eternamente lembrado. A originalidade, a invenção, a imaginação, a arte da composição, a potência expressiva são o apanágio de toda obra bem sucedida. A vida de Masami foi uma obra bem sucedida.

Estou triste, e provavelmente Masami leu a energia que está em meu silêncio. Perdoe-me apenas por às vezes não ter sabido corresponder à sua afeição.

“Aprendo a ver: Sim estou no começo. Ainda vai mal.
Mas quero me dedicar a isto meu tempo”

Rainer Maria Rilke

Luiz Eduardo Imbelloni, TSA
Av. Epitácio Pessoa, 2356/203
22471-000 Rio de Janeiro, RJ

Influência do Calibre da Agulha, da Via de Inserção da Agulha e do Número de Tentativas de Punção na Cefaléia Pós-Raquianestesia. Estudo Prospectivo

Sr. Editor

Parabenizo o autor do artigo acima referenciado (Rev Bras Anesthesiol 1995;45:6) e ofereço as seguintes considerações:

1. Os casos foram divididos em 3 grupos: agulha 27G (0,5 mm), agulha 27G (0,4 mm) e 29G (0,35 mm). Por que calcular o percentual de cefaléia como se fora um único grupo?
2. Vários autores compararam a incidência de cefaléia com agulhas de pequenos calibres (22G e 32G) e bizéis diferentes (Quincke, Whitacre, Sprotte etc) ¹⁻⁷. As cefaléias não chegaram a zero, porém diminuíram com as agulhas mais finas.
3. Um recente estudo prospectivo examinando mais de 10.077 raquianestésias demonstrou que punções subaracnoidianas repetidas aumentam a incidência de cefaléia ⁸. Se as tentativas de punções não perfuram a aracnóide não haverá maior perda de líquido cefalorraquidiano, nem maior incidência de cefaléia.
4. Drummond ⁹ demonstrou in vitro que as agulhas de Quincke e Whitacre desviam no caminho para atingir a duramáter e que o grau de desvio depende da distância percorrida. O desvio lateral era maior com as agulhas de Quincke de menor diâmetro usadas sem introdutor. Desde então foi comprovado que o desvio ocorre na direção contrária ao bixel e é maior quando as agulhas são introduzidas com o bixel paralelo as fibras da duramáter ¹⁰. Recentemente o desvio dos vários tipos e

calibres de agulhas foi quantificado em relação ao eixo de inserção ¹¹. A inserção mediana ou paramediana na pele não implica numa perfuração mediana ou lateral da aracnóide, principalmente com agulhas de pequeno calibre empregadas sem introdutor.

Zairo E.G. Vieira
Cook County Hospital
Chicago, IL 60660, USA

REFERÊNCIAS

01. Crawford JS e cols - Brit J Anaesthesia, 1979; 50:531-535.
02. Snyder GE e cols - Anesthesiology, 1989; 71 (3A) A860.
03. Thomas TA e col - Anaesthesia, 1990; 45:489.
04. Barker P - Anaesth Intens Care, 1990; 18:553-554.
05. Cesarini M e cols - Anaesthesia; 1990; 45:656-658.
06. Leeman MI e cols - Anesthesiology, 1991;75(3A): A853.
07. Ross BK et al - Reg Anesth, 1992; 17:29-33.
08. Seeberger MD e cols - Anesth Analg, 1996; 82:302-305.
09. Drummond GB e col - Anaesthesia, 1980; 35:854-857.
10. Glazener EL - Anesth Analg, 1983; 62:366-371.
11. Sitzman e col - Anesth Analg, 1996; 82:297-301.

Réplica

Sr. Editor

Agradecemos as considerações do Prof. Zairo Vieira sobre o nosso trabalho "Influência do Calibre da Agulha, da Via de Inserção e do Número de Tentativas de Punção na Cefaléia Pós-Raquianestesia" (Rev Bras Anesthesiol, 1995;45:377-382) e gostaríamos de esclarecer:

1. O objetivo do trabalho foi comparar a influência do calibre da agulha, da via de inserção e do número de tentativas na incidência de cefaléia. Portanto, o trabalho não só foi dividido em 3 grupos, agulhas 25G, 27G e 29G tipo Quincke, como os resultados foram apresentados baseados nos 3 calibres das agulhas. A Tabela IV correlaciona a incidência de cefaléia com relação o número de tentativas de

punção. A tabela VI demonstra a incidência das diversas agulhas em relação ao sexo. O único parâmetro avaliado em conjunto (como grupo único), foi a via de inserção. No primeiro parágrafo da Discussão, relatamos o percentual total (1,5%) da cefaléia (não apresentado em Resultados), para salientar a baixa incidência desta complicação com agulhas de fino calibre tipo Quincke.

2. Concordamos plenamente com o Prof. Zairo Vieira, que a partir de um determinado calibre a incidência de cefaléia diminui significativamente, independentemente do tipo e desenho da agulha¹. Acreditamos que a incidência de cefaléia jamais chegará a ZERO, já descrita até com agulha 32G, pois o aparecimento de cefaléia pós-raquianestesia implica também em outros fatores.
3. Diferente de trabalhos brasileiros² e estrangeiros³, não obtivemos correlação entre o número de tentativas e a incidência de cefaléia. Comungamos com a mesma idéia do Prof. Zairo Vieira de que, se as tentativas não perfurarem a aracnóide, não haverá maior perda de LCR nem maior incidência de cefaléia. Entretanto, se houver falha e necessidade de nova punção, a incidência de cefaléia aumenta³.
4. A demonstração, tanto *in vitro*⁴ quanto no ser humano⁵, de que as agulhas de fino calibre desviam no caminho percorrido até atingir a duramáter e que esse desvio é maior sem o uso do introdutor, ainda não nos convenceu da necessidade do seu uso. No nosso grupo jamais utilizamos o introdutor com as agulhas do tipo Quincke, inclusive 29G. Com as agulhas ponta de lápis 25G e 27G (Whitacre e

Sprotte), fazemos um trajeto inicial com agulha muscular 30x7 ou 25x7, por onde passamos a agulha de raquianestesia. Com a agulha ponta de Huber (Atraucan) usamos do mesmo artifício das agulhas ponta de lápis, e também não vemos necessidade do uso do introdutor.

A vasta experiência que temos com as agulhas 25G, 27G e 29G tipo Quincke aliada à baixa incidência de cefaléia de curta duração e intensidade leve, permiti-nos afirmar que ainda não temos necessidade de mudarmos para agulhas 3,5 vezes mais caras.

Luiz Eduardo Imbelloni
Av. Epitácio Pessoa, 2356/203
22471-000 - Rio de Janeiro, RJ

Maria Guilhermina de Castro Sobral
Antonia Nazaré Gomes Carneiro

REFERÊNCIAS

01. Halpen S, Preston R - Postdural puncture headache and spinal needle design. *Anesthesiology*, 1994;81:1376-1383
02. Nascimento LP, Santos IAA, Trindade ES - Cefaléia pós-punção subaracnóidea: Influência do calibre da agulha e número de tentativas. *Rev Bras Anesthesiol*, 1992;42:CBA073
03. Seeberg MD, Kaufman M, Staender S et al - Repeated dural puncture increase the incidence of postdural puncture headache. *Anesth Analg*, 1996;82:302-305
04. Drummond GB, Scott DHT - Deflection of spinal needles by the bevel. *Anaesthesia*, 1980;35:854-857
05. Glazener EL - The bevel and deflection of spinal needles. *Anesth Analg*, 1983; 62:366-371.