

### A DOR COMO COMPROVAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA AGULHA NO ESPAÇO PERIDURAL. (\*)

Muito já foi feito com a finalidade de facilitar a prática de anestesia peridural. A dificuldade inerente à técnica consiste na comprovação da localização certa do espaço peridural para então se poder injetar, com segurança, a solução anestésica. A perda súbita da resistência logo que a ponta da agulha ultrapassa o ligamento amarelo, é o dado mais importante na localização do espaço.

Outros sinais auxiliam na identificação. Assim, Dogliotti (1) assinalou a facilidade com que se injeta ar ou líquido. Gutierrez (2) descreveu o sinal da aspiração de uma gota de líquido, colocada na extremidade da agulha. Odom (3) preconizou um indicador que mostrava o deslocar de uma bolha de ar, no momento de ser atingida a pressão negativa do espaço. Macintosh (4) idealizou um pequeno aparelho indicador do espaço, que constava de um balonete adaptado à extremidade da agulha; sua deflação indicaria o local certo atingido. Alguns autores já descreveram o desconforto que alguns pacientes sentem quando se injeta cinco ml de água destilada no espaço peridural.

Apesar de todos esses sinais indicadores da localização correta da agulha no espaço desejado, a experiência cotidiana com a prática desse tipo de anestesia, em aproximadamente, 5.500 casos, animou-nos a descrever um sintoma, constante, observado em todos os nossos pacientes. A descrição desse sintoma, verificado com o decorrer da técnica que utilizamos, é o objetivo deste trabalho.

(\*) Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Anestesiologia — Novembro de 1978 — Porto Alegre, RGS.

Recebido em 28/11/78

AP 1636

*Material e Método* — De 1972 até a presente data foram realizadas 5.445 anestésias peridurais em nosso serviço. A técnica utilizada é a seguinte: paciente sentado na mesa cirúrgica, com os membros inferiores estendidos sobre a própria mesa, com a coluna vertebral fletida. Assepsia adequada a punção do espaço intervertebral, frequentemente entre L<sub>2</sub> e L<sub>3</sub>, com agulha comum de raqui-anestesia (80 x 8). Após a perda de resistência correspondente ao ligamento amarelo, a agulha é avançada mais 2 ou 3 mm. A seguir é injetado o agente anestésico, em quantidades fracionadas. Empregamos sempre o cloridrato de lidocaína a 2% (Xilocaina) com adrenalina a 1:200.000.

*Resultado* — Naturalmente, o resultado da injeção peridural de um agente anestésico em volume adequado, foi uma anestesia dos metâmeros, correspondentes as raízes nervosas atingidas, de intensidade, qualidade e nível variáveis, de acordo com a técnica empregada para cada caso em particular.

Entretanto, observou-se um sintoma constante, de fácil verificação, indicador absoluto da localização correta da agulha no espaço: a injeção dos três primeiros ml de anestésico provoca dor. Essa dor é perfeitamente suportável.

*Comentários* — No início de nossa experiência, ao realizarmos a anestesia peridural, assim que a localização da agulha era comprovada pela perda da resistência do ligamento amarelo, injetava-se 3 ml de anestésico e esperava-se alguns minutos para constatar se o anestésico não tinha sido injetado no espaço subaracnoideo.

Em seguida injetavam-se os restantes 15 ou 20 ml, com rapidez e às vezes com muita pressão no êmbolo da seringa. Os resultados não foram satisfatórios; com muita frequência, observou-se, hipotensão arterial, por vezes acentuada.

Com uma seringa de 3 ml injetava-se 3 ml da solução anestésica, rapidamente, seguida de outra injeção de 3 ml e de mais uma dose de 3 ml, totalizando-se 9 ml. Só então é que se injetava o restante, porém, com uma seringa de 20 ml.

Passou-se, então, a usar técnica descrita. Observou-se que com a injeção dos 3 primeiros ml, os pacientes se moviam discretamente, embora nada dissessem. Como esta movimentação era frequentemente observada, passou-se a indagar dos pacientes o porque dela. As respostas foram sempre as mesmas: senti dor. Dor evidentemente suportável, porém constantemente observada após a injeção dos 3 primeiros ml. As injeções seguintes nada provocavam, assim como, também nada provocava a injeção de ar.

Desde então, passou-se a usar este novo dado como mais um indicador da localização correta da ponta da agulha.

*Conclusão* — A injeção rápida de 3 ml de agente anestésico (cloridrato de lidocaína a 2% — Xilocaína — com adrenalina a 1:200.000) provoca dor. Essa dor, perfeitamente suportável, ao ser pesquisada é constante e é um dado novo a mais para facilitar a localização correta da agulha no espaço peridural.

### REFERÊNCIAS

1. Dogliotti A M — Trattato di Anestesia. Unione Tipografico. Editrice Torinese. Torino, 1935.
2. Gutierrez A — Anestesia metamérica epidural. Rev Cir B Aires, 11:665, 1932.
3. Odom C B — Epidural anesthesia. Amer J. Surg, 34:547, 1936.
4. Macintosh R R — Extradural space indicator. Anaesthesia, 5:98, 1950.

DR. EDMUNDO ZARZUR, E.A.

DR. KIYOSHI SAITO, E.A.

Trabalho realizado no Serviço de Anestesia do Hospital Cristo Rei, S. Paulo.