

ANESTESIA PERIDURAL EM CULDOSCOPIA (\*)

1399

DR. EDUARDO LANE (\*\*)

DR. MASAMI KATAYAMA, E.A. (\*\*\*)

AP1860

*Os autores relatam suas experiências com a anestesia peridural simples e contínua para procedimentos diagnósticos em ginecologia — a culdoscopia. Apresentam um estudo em 177 pacientes que receberam anestesia peridural, com e sem complementação, suas vantagens, complicações durante a intervenção e pós-operatória imediata. A técnica empregada é descrita e recomendada para este tipo de intervenção.*

A endoscopia ginecológica, nos últimos anos tem ocupado lugar de importância no arsenal propedêutico, sendo considerada indispensável em certas investigações clínicas, como na esterilidade conjugal. Desde há muito tempo, com Kelling em 1901 e Jacobeauss em 1910, a peritoneoscopia é conhecida e usada principalmente pelos europeus e norte-americanos na semiologia abdominal. Na área ginecológica, 2 (dois) métodos são usados: a laparoscopia clássica, desenvolvida por Ruddock (13) em 1934 e hoje amplamente aperfeiçoada por indivíduos de larga experiência como Steptoe (16) na Inglaterra, Semm (14) e Frangenhein (7) na Alemanha, Palmer (12) na França, Cohen (3), Cibils e Horwitz nos Estados Unidos e Hayashi no Japão. Entre nós, Gorga (8), Izzo e Nokamura em São Paulo e Silveira (15) e Maillard (11) no Rio Grande do Sul, se destacam.

Em 1942, Decker (6) descreveu um novo método endoscópico de aplicação exclusiva à pelve feminina, denominando-o "Culdoscopia" — exame endoscópico pelo "cul-de-sac"

(\*) Trabalho realizado no Centro Médico de Campinas.

(\*\*) Ginecologista do Centro Médico de Campinas e Professor Docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

(\*\*\*) Anestesiologista do Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Instituto Penido Burnier e Centro Médico de Campinas.

isto é, pelo fundo de saco de Douglas. As diferenças fundamentais entre a laparoscopia e a culdoscopia ou celioscopia transvaginal como alguns autores a denominam, consistem em: 1.º) Introdução do aparelho endoscópico pelo fundo vaginal posterior e fundo de saco de Douglas (Fig. 1); 2.º)

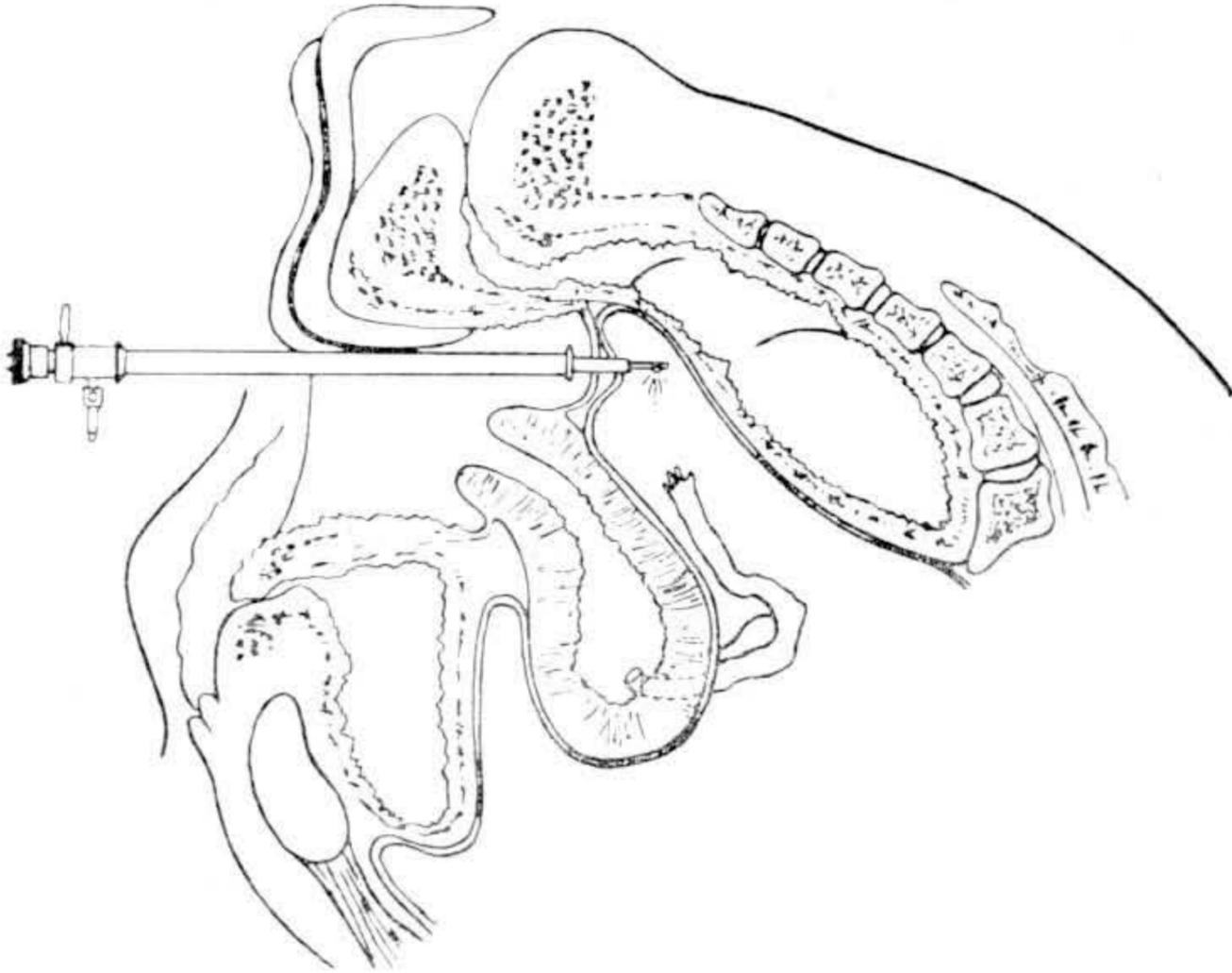


Fig. 1

Paciente na posição genu-peitoral (Fig. 2) e 3.º) Ausência de gás insuflado na cavidade peritoneal.

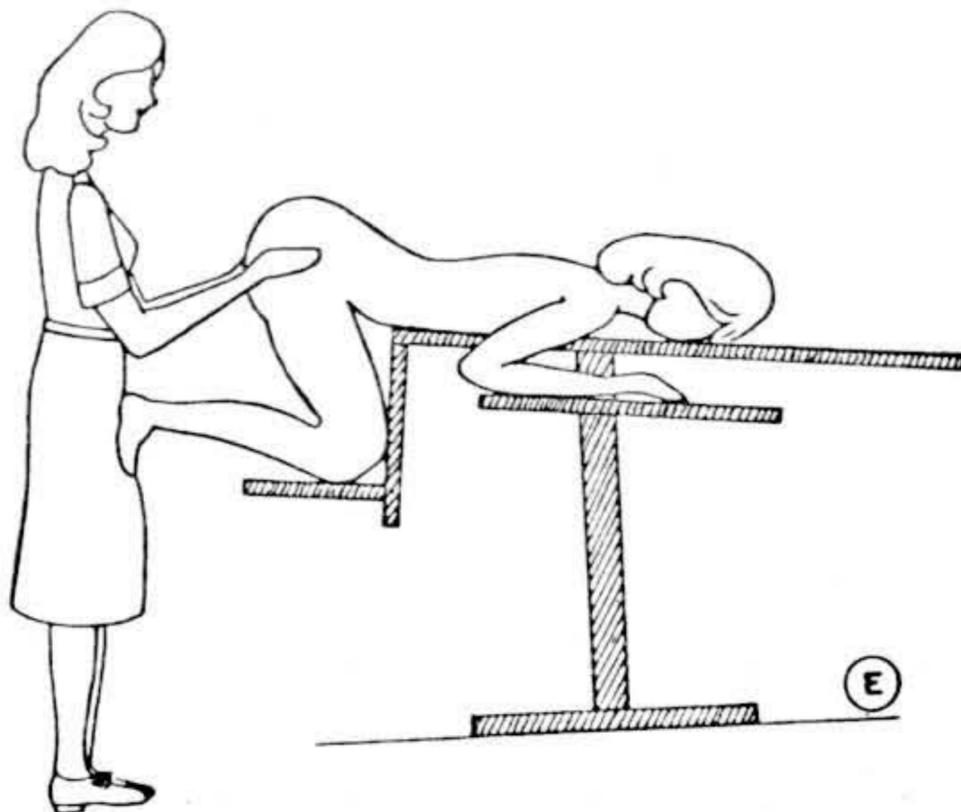


FIGURA 2

Por estas razões o método é considerado simples, rápido e seguro, conforme nossa experiência (9).

Entretanto, diversos autores tem discutido e indicado diversos métodos de anestesia, como local, raquidiana (1,16), peridural ou caudal (3,4) e até anestesia geral (10). Nós, endoscopista e anestesista, adquirimos uma experiência suficiente no uso da anestesia peridural para justificar seu uso e recomendá-lo na culdoscopia. Este trabalho é o resultado de nossa experiência quanto ao método e técnica, com os resultados e complicações.

### METODOLOGIA

De março de 1973 a junho de 1977, 177 pacientes do sexo feminino, com idade variando de 18 a 64 anos foram submetidas a culdoscopia. As pacientes foram avaliadas na visita pré-anestésica e classificadas como grau I ou II de acordo com a classificação da ASA.

As pacientes foram instruídas quanto ao procedimento, e a medicação pré-anestésica empregada foi a associação meperidina (1-2 mg/kg) e diazepam (0,1-0,2 mg/kg) por via muscular, 45 minutos antes de se iniciar a anestesia.

Em 38 pacientes foram administrados diazepam por via venosa, antes da realização da punção peridural, em doses nunca superiores a 10 mg. Exceto em uma paciente que recusou a técnica, todos os casos foram realizados sob anestesia peridural. Após a venopuntura, solução de glicose a 5% era infundida rapidamente (500 ml) seguindo-se solução de Ringer-lactato. Procurou-se sempre puncionar o espaço entre L-3 e L-4, com paciente em decúbito lateral esquerdo, com agulha de Tuohy 80/18 e o espaço identificado pelo teste da perda da resistência (17). Xilocaína a 1,5% ou 2% com adrenalina 1:200.000 foram usadas na dose de 1,2 a 1,4 ml/segmento, procurando-se nível de T-8.

Após a latência para o estabelecimento da anestesia, as pacientes foram colocadas na posição genu-peitoral (Fig. 2) com abdômem livre, protegendo-se os ombros, ficando uma atendente encarregada da fixação e manutenção do corpo. Após o posicionamento, a mesa é colocada em inclinação de 20° com a cabeça em plano inferior. Em 30 casos, previstos para possível laparotomia, foram introduzidos catéter no espaço peridural em direção cefálica.

Pressão e frequência do pulso foram controlados continuamente e, no pós-operatório, as pacientes foram mantidas em decúbito ventral no mínimo durante 4 horas.

## RESULTADOS

No quadro I relacionamos as complicações ocorridas durante o procedimento e no quadro II as complicações após o exame.

## QUADRO I

Náuseas .....	2	
Agitação .....	1	
Pouca cooperação .....	18	
Analgesia incompleta .....	1	
Hipotensão arterial .....	2	
Bradycardia .....	1	
Total .....	25	(14,1%)

## QUADRO II

Hipotensão arterial .....	1	
Tremores .....	4	
Cefaléia .....	1	
Náuseas .....	2	
Vômitos .....	4	
Total .....	12	(6,8%)

O caso de agitação se refere a paciente que recusou a técnica de anestesia peridural, solicitando anestesia geral, que foi conduzida com tubagem traqueal e mantida com mistura de óxido nitroso-oxigênio-halotano. Os 18 casos que apresentaram pouca cooperação, representam as pacientes que receberam complementação venosa, que sempre constituiu de diazepam, e, em uma minoria, associado a pequenas doses de tiobarbiturato.

Tivemos apenas um caso de analgesia incompleta, complementada com infiltração local e sedação venosa e, consideramos hipotensão arterial as pacientes que apresentaram queda superior a 20% na pressão diastólica, contornada com a administração de solução de Ringes-lactato generosa. Em nenhum caso foi necessário o emprego de vasopressores. A bradicardia referida se deu face ao mau posicionamento com compressão abdominal, que reverteu espontaneamente após posicionamento correto na mesa de endoscopia.

Como complicação tardia tivemos um caso de cefaléia devido a punção acidental da dura-mater. No pós-operatório, tremores que apareceram foram tratados com meperidina venosa em pequenas doses. A hipotensão arterial foi facilmente controlada enquanto que náuseas e vômitos quando surgiram foram combatidas com metoclopramida.

## COMENTÁRIOS

A anestesia peridural é sem dúvida a técnica ideal para as culdoscopias, como já foi relatado por alguns autores (4,5). Em nossa casuística o índice de complicações é muito baixo, comparado com a de outros. Ressalvamos a necessidade de nível em torno de T-8, embora Dcgu & Cook (4) preconizem nível de T-10, para que não ocorra a necessidade de complementação devido a analgesia incompleta durante a manipulação do culdoscópio. Face a posição da paciente, a complementação venosa ou inalatória é sempre indesejável pelos riscos que oferece.

Recomendamos nível mínimo de T-8, paciência na estabilização da anestesia peridural, correção de eventuais hipotensões arteriais, antes de posicionar a paciente. As hipotensões arteriais ocorrem devido a nível mais alto da anestesia, principalmente nas manipulações precoces da paciente. A permanência em decúbito ventral de 4 (quatro) horas, após o término do procedimento é a ideal, diminuindo os problemas. Este posicionamento per e pós-operatório é o principal fator que nos desaconselha a anestesia geral nas culdoscopias. Apenas uma paciente recusou-se a anestesia indicada, apesar de instruída previamente, tanto pelo endoscopista como pelo anestesista, obrigando a utilizar anestesia geral, com seus inconvenientes.

Nos trinta casos previstos para eventual laparotomia, a anestesia prosseguiu sem qualquer problema através administração de anestésico local pelo catéter previamente colocado.

As complicações podem ser consideradas normais e muitas evitáveis e, face a posição da paciente na mesa de endoscopia, a anestesia peridural, com a paciente discretamente sedada, atendendo às nossas solicitações é a recomendável.

## SUMMARY

## PERIDURAL ANESTHESIA FOR CULDOSCOPY

The experience of the authors with single and continuous peridural anesthesia technique for culdoscopy — a diagnostic gynecological procedure — is described. This study comprises 177 patients submitted to peridural anesthesia with and without intravenous sedation, and its advantages and complications during and after the procedure. The employed technique is described in details and is recommended for culdoscopy.

## REFERÊNCIAS

1. Algird J R — Spinal anesthesia for culdoscopy. *Fertil Steril* 17:826-832, 1966.
2. Bromage P R — Spread of analgesic solutions in the epidural space and their site of action; a statistical study. *Brith J Anaesth* 34:161-166, 1962.
3. Cohen M R — Laparoscopy, culdoscopy and gynecography. W B Saunders Co Philadelphia, 1970.
4. Dogu T S & Cook D — Extradural analgesia for culdoscopy. *Anesth & Analg* 48:237-241, 1969.
5. Dogu T S & Dorsch J A — Evaluation of peridural anesthesia in out patient culdoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 108:468-470, 1970.
6. Decker A, Decker W & Milowsky J — An anesthetic technique for culdoscopic examination. *Am J Obstet Gynecol* 59:455-457, 1950.
7. Frangenhein H — Laparoscopia y Culdoscopia en Ginecologia. Editorial Cientifico-Medica, Barcelona, 1972.
8. Gorga P — A endoscopia abdomino-pelvina em ginecologia. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1954.
9. Lane E & Souza G A — Culdoscopia. *Maternidade e Infância* 29:65-70, 1970.
10. Mac Kenzie R & Tantisira B — Culdoscopy: a new use for ketamine. *Anesth & Analg* 52:351-354, 1973.
11. Maillard J — Importância e superioridade da laparoscopia ginecológica transabdominal na investigação e no diagnóstico da síndrome de Stein-Leventhal. *Rev Ginecol Obstet* 124:99-104, 1969.
12. Palmer R — Instrumentation et technique de la coelioscopie gynecologique. *Gynecol & Obstet* 46:420-431, 1947.
13. Ruddock J C — Peritoneoscopy. *Western J Surg* 42:420-431, 1934.
14. Semm K — Technique of gynaecological pelviscopy. *Gynaecology* 4:62-66, 1969.
15. Silveira G G — O exame celioscópico em ginecologia. *Fev da Associação Médica do Rio Grande do Sul* 17:369-373, 1973.
16. Steptoe P C — Laparoscopy and ovulation. *Lancet* 2:913, 1968.
17. Wyllie W D & Churchill-Davidson H C — A Practice of Anaesthesia. Year-Book Med Publ, 1972.
18. Wolff R C & Upp C W — The prone jackknife position for the administration of spinal anesthesia: a two years study. *Anesth & Analg* 42:375-378, 1963.