

1600
**PERIDURAL CONTINUA COM BUPIVACAÍNA EM
CIRURGIA ANAL**

DR. SAUL FERNANDO LINHARES, E.A. (*)

DR. NILTON GESSER (*)

DR. ALDO JOSÉ PEIXOTO ()**

DR. EDSON MANOEL DA SILVA ()**

AP 2005
O controle da dor pós-operatória em cirurgia anal, é bastante variável, sendo utilizado desde o uso de solução analgésicas até os bloqueios anestésicos. Como na maioria dos casos esta cirurgia é realizada sob anestesia condutiva, o advento de bupivacaína como anestésico de longa duração, ampliou a utilização deste Tipo de técnica por controle da dor.

Os resultados obtidos pelo uso da bupivacaína, que foi administrada através de catéter no espaço peridural quando da realização da anestesia, em 26 pacientes, proporcionou uma analgesia com a duração média de 9 horas, não tendo se verificado nesta série, complicações graves que pudessem ser imputada ao método, ou que diferisse daquelas encontradas com outras técnicas.

O alívio da dor produzida, sua duração e a desnecessidade do uso de hipoanalgésicos em grandes doses, são as principais vantagens do método.

O pós-operatório da cirurgia proctológica orifical é bastante doloroso (5) exigindo quantidades generosas de Substâncias analgésicas (8). Na instituição onde trabalhamos, a maioria dos cirurgiões procuram assegurar a analgesia pós-operatória utilizando como rotina: meperidina 100 mg 8/8 h. intercalado com propoxifeno 60 mg 6/6 h., quando necessário.

Considerando que a anestesia geral, para este tipo de cirurgia, oferece algumas desvantagens (3), vários autores têm dado preferência a anestésias condutivas (5,8,3). A disponibilidade de bupivacaína, anestésico de longa duração (3,1,4,6), justifica a sua escolha em anestesia proctológica orifical, visando analgesia pós-operatória. Com este propó-

(*) Anestesiistas do CTA do Hospital Governador Celso Ramos — Florianópolis — SC.

(**) Residentes do CTA — 1974.

sito, tem sido empregado, em anestesia caudal (⁸) e peridural lombar (⁵) com resultados satisfatórios.

Visando controlar a dor pós-operatória nas primeiras 24 horas, quando ela se apresenta suficientemente intensa para exigir uma maior quantidade de analgésicos, decidimos utilizar, em estudo prospectivo, anestesia peridural contínua, com bupivacaína.

MATERIAL E MÉTODOS

Nossas observações foram realizadas em 26 pacientes de ambos os sexos, sendo 19 masculinos e 7 femininos, com idade média de $33,16 \pm 11,41$ (extremos de 1 e 66 anos), e média de $63,8 \pm 13,9$ kg. Todos eles se apresentavam em estado físico 1 e 2 (ASA). Os tipos de cirurgias realizadas estão relacionadas no quadro I.

TABELA I

Tipos de Cirurgia	N.º de casos
Hemorroidectomias	15
Fistulectomias	8
Hemorroidect. + Fissurect.	1
Hemorroidect. + Eletrocoag. Condiloma	1
Hemorroidect. + Polipectomia	1
TOTAL	26

Receberam como medicação pré-anestésica, uma hora antes do início da cirurgia, uma das seguintes combinações:

Diazepam 10 mg + Atropina 0,50 mg	— 20 casos
Meperidina 1 mg/kg + Atropina 0,50 mg	— 4 casos
Diazepam	— 1 caso
Atropina 0,5 mg	— 1 caso

Ao chegar na sala de operação, após a verificação do pulso e pressão arterial, procedia-se a canulação de veia do antebraço ou dorso da mão com agulha 10 ou 12, iniciando-se, a seguir, infusão de soro glicosado a 5%. Após assepsia adequada, a punção foi efetuada entre L₃L₄ com agulha Tuohy 15 tendo o bisel voltado no sentido caudal, estando o paciente sentado com a cabeça fletida e os braços cruzados sobre o tórax. Assegurada a identificação do espaço peridural, pelo método de Dogliotti, injetou-se 50 mg de bupivacaína a 0,5% com adrenalina 1/200.000. A seguir foram in-

roduzidos cerca de 4 cm, de um cateter de polivinil que, pela posição do bísel da agulha, era dirigido no sentido caudal. Após a fixação do cateter e mantendo a outra extremidade envolta em compressa esterilizada, os pacientes eram colocados em decúbito dorsal durante 20 minutos, sendo pesquisado os seguintes parâmetros:

a — Período de latência: Tempo decorrido entre a injeção do anestésico e a obtenção do nível máximo de anestesia pesquisado com o pinçamento da pele com uma pinça de Alles.

b — Bloqueio motor: Considerado completo quando o paciente demonstrava total impossibilidade de movimentar os membros inferiores; parcial quando a elevação dos membros inferiores era obtida com dificuldade e somente possível com flexão dos joelhos; ausente quando a movimentação dos membros inferiores não era comprometida, independente de impressões subjetivas por parte do paciente.

c — Relaxamento orifical: Considerado satisfatório quando proporcionava boas condições operatórias.

Concluído o ato cirúrgico, os pacientes eram observados durante 24 horas, por um dos residentes do Serviço, sendo injetado pelo cateter, 20 mg de bupivacaína a 0,25% com adrenalina 1/200.000, tão logo apresentassem as primeiras queixas dolorosas. Neste momento eram também pesquisados o tempo de latência, compreendido como o intervalo entre o término da injeção e o início da analgesia, o bloqueio motor, as alterações do pulso e pressão arterial.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Anestesia Cirúrgica: O período de latência teve como média e desvio padrão $16,41 \pm 4,25$ minutos. Os níveis máximo alcançados estão configurados na Tabela II.

TABELA II

Níveis máximos obtidos	N.º de casos
T 10	2
T 11	4
T 12	9
L 1	1
S 1	2
S 2	3
S 3 S 4	5
TOTAL	26

Ausência de bloqueio motor foi constatada em 17 casos; bloqueio motor parcial foi observado em 9 casos e não foi registrado nenhum caso de bloqueio motor completo.

O relaxamento orifical foi considerado satisfatório em todos os pacientes.

Analgesia pós-operatória: A média do intervalo compreendido entre o início da dose cirúrgica e a necessidade da administração da primeira dose analgésica foi $9 \pm 3,38$ horas com a ressalva de que dois pacientes não necessitaram doses complementares.

O número de doses administradas no período em estudo está reunido na Tabela III.

TABELA III

N.º dose nas 24 horas	N.º de casos
0	2
1	5
2	8
3	8
4	1
5	1
6	1
TOTAL	26

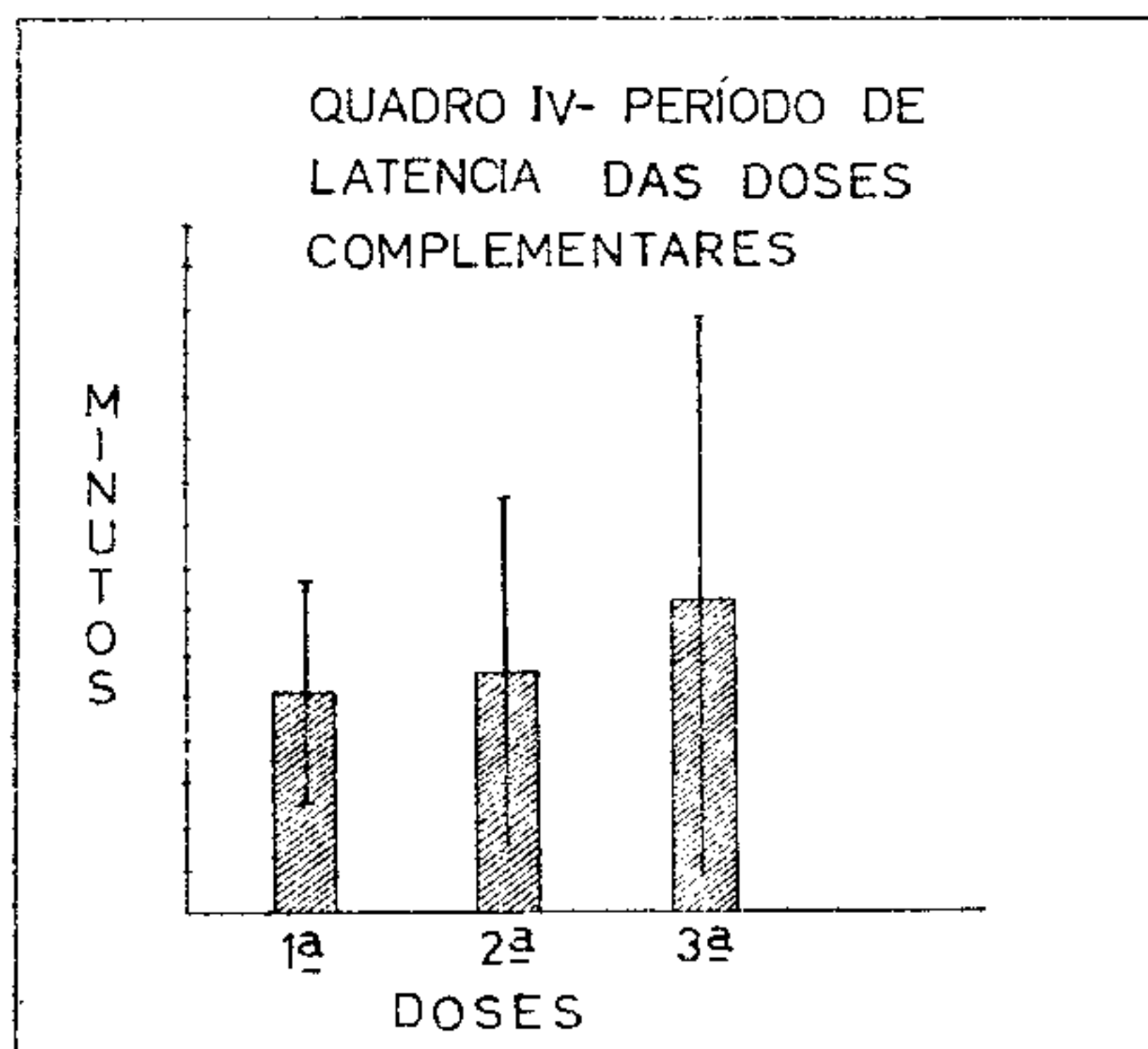
A latência e a duração dessas doses estão registradas nas tabelas IV e V respectivamente.

Como o critério para determinação do tempo de latência das doses analgésicas pós-operatórias foi baseada na referência do desaparecimento da sensação dolorosa, tratando-se portanto de um critério subjetivo e diferente daquele utilizado para verificar o período de latência da dose cirúrgica, não podemos comparar estes dois parâmetros. somente 3 pacientes exigiram mais de 3 doses complementares. Uma comparação das 3 primeiras doses administradas no pós-operatório, utilizando o teste de Student, não revelou diferença significativa no que concerne à duração do efeito, sugerindo que não ocorre aparecimento rápido de taquifilaxia.

Observamos como complicações: retenção urinária em 4 casos; parestesias dos membros inferiores em 1 caso e vômitos em 4 casos. A incidência de vômitos foi inferior à média observada em nosso serviço nas primeiras 36 horas pós-operatório (21,7%) (7). Todavia, registramos uma maior

porcentagem de retenção urinária do que a referida por Magri e col. (5) que utilizaram dose única de bupivacaína em cirurgia proctológica orifical. Não registramos alterações dignas de nota do pulso e da pressão arterial, nem qualquer outro para-efeito que pudesse ser atribuído ao método por nós utilizado.

Deve ser salientado que nenhum paciente necessitou doses adicionais de analgésicos.



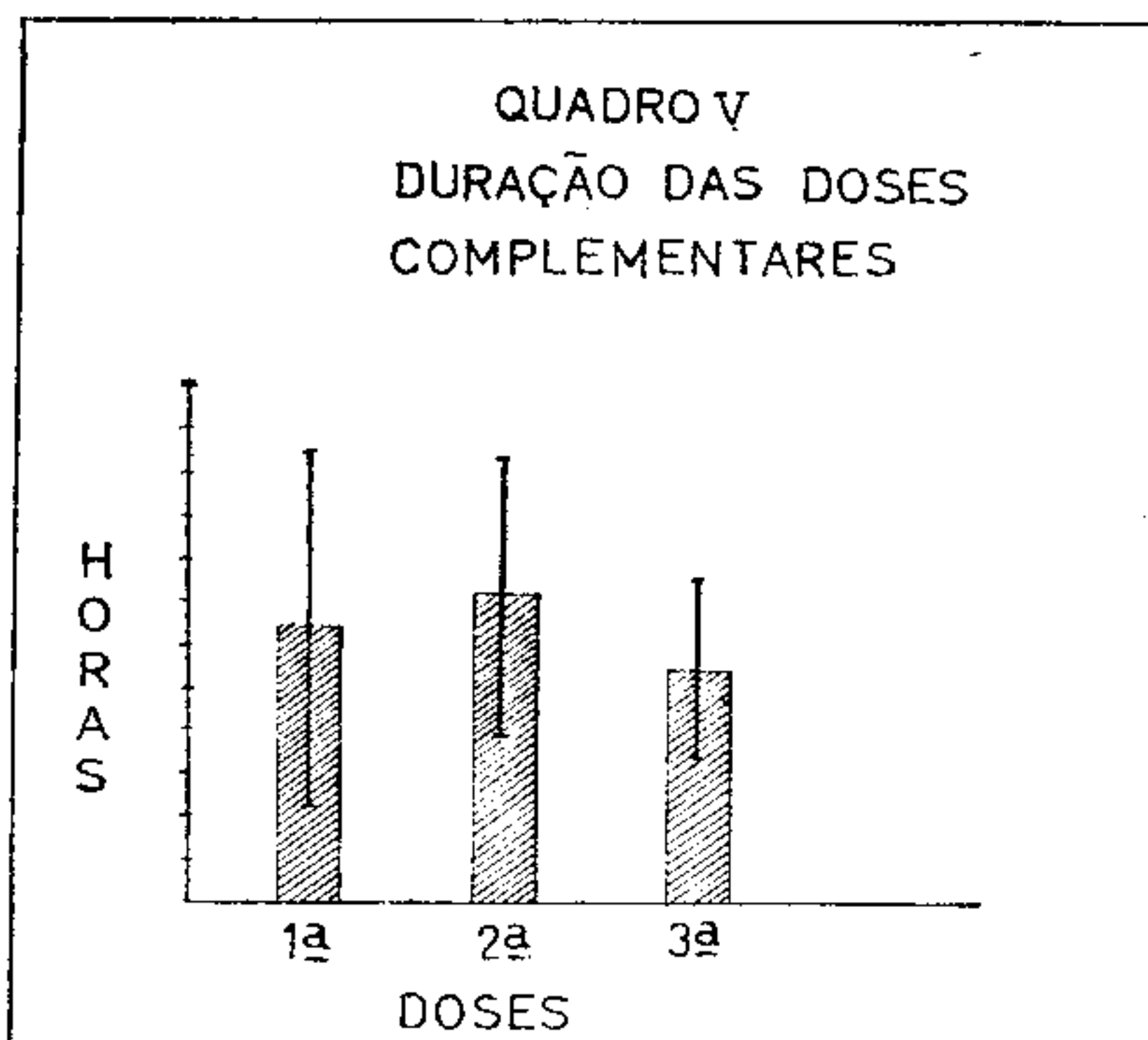
TEMPO DE DURAÇÃO EM HORAS PARA DIFERENTES DOSES

	N	M	DP
Dose Cirúrgica	26	9	± 3,38
1.ª Dose	24	6,73	± 4,28
2.ª Dose	19	7,10	± 3,30
3.ª Dose	10	5,45	± 2,01

N = N.º de Casos
M = Média
DP = Desvio Padrão

A anestesia peridural continua com bupivacaína, utilizado em anestesia proctológica orifical, oferece boas condi-

ções cirúrgicas e assegura uma analgesia satisfatória no pós-operatório, tornando desnecessário o emprego de doses exagerada de analgésicos.



TEMPO DE LATÊNCIA EM MINUTOS PARA DIFERENTES DOSES

	N	M	DP
Dose Cirúrgica	26	16,41	± 4,25
1.ª Dose	23	5,28	± 2,66
2.ª Dose	19	5,55	± 4,01
3.ª Dose	11	7,36	± 6,5

N = N.º de Casos
M = Média
DP = Desvio Padrão

Não foram observados complicações de maior gravidade, imputáveis ao método e tão pouco foi registrada uma incidência maior do que aquela que ocorre em outros tipos de anestesia.

SUMMARY

Since orificial proctologic Surgery is painful, the use continuous epidural anaesthesia with bupivacaine was studied in 26 patients of both sexes during the first post operative day. The goal was to reduce the great amount of narcotic analgesicy employed in routine practice.

The obtained results, showous that the method is valid, because, no patient into study, needs any kind of analgesic, and that the number of complications were'nt to expressiv than those resulting from others anesthetics.

BIBLIOGRAFIA

1. Bromage P R, Gertal M — An evaluation of two local anaesthetics for the major conduction blockade. *Can Anaes Soc J* 17:557, 1970.
2. Bromage P R — A comparison of Bupivacaine and tetracaine in epidural analgesia for surgery. *Can Anaes Soc J* 16:37, 1969.
3. Louthan B W, Jones J R, Henschel E O, Jacoby Y — Isobaric spinal anaesthesia for anorectal surgery. *Anaesth and Analg* 44:741, 1965.
4. Lund P C, Cwik J C, Vallesteros F — Bupivacaine a new long-acting local anaesthetic agent. A preliminary clinical and laboratory report. *Anaesth and Analg* 49:103, 1970.
5. Magri A, Almeida A P, Russo R P — Bupicacaina em anestesia peridural para cirurgia proctológica orificial. *Rev Bras Anest* 23:52, 1973.
6. Moore D C, Bridenbaugh L D, Bridenbaugh F D, Thompson G E — Bupivacaine Hydrochloride. A sumary of investigation use in 4374 cases. *Anaesth and Analg* 50:856, 1971.
7. Oliveira A A M — Trabalho apresentado na Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia 1967.
8. Rockowanski E, Kreiser R D, Morris L E — Caudal anaesthesia with bupivacaine (Marcaine) for anal surgery. A clinical trial. *Canad Anaesth Soc J* A8:18, 1971.



XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA

Salvador — Bahia

de 19 a 24 de outubro de 1975