

## CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO DA ANESTESIA LOCAL E GERAL NAS RITIDOPLASTIAS (\*)

**DR. LEÃO J. P. MACHADO, E.A. (\*\*)**  
**DRA. CARMEN NARVAES, E.A. (\*\*)**  
**DR. WILLIAM CALLIA (\*\*\*)**

Os autores depois de discutir as desvantagens da anestesia local e da anestesia geral nas ritidoplastia preconizam um método de associação da anestesia local com analgesia. Consideram o método bom pois satisfaz às exigências do paciente e do cirurgião, além de não alterar as condições gerais, o que permite concluir que é seguro e pode ser aplicado de rotina.

As ritidoplastias são realizadas sobre região muito vascularizada, fato êste que fez os cirurgiões preterirem a anestesia geral que produzia sangramento exagerado do campo dificultando o trabalho cirúrgico e espoliando o paciente. Rotineiramente, quando se pratica uma anestesia geral para ritidoplastia, ocorre aumento do tempo de cirurgia e torna-se mais frequente a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após o ato, com os possíveis riscos que acarreta. Daí muitos cirurgiões realizarem a intervenção sob anestesia local, adicionando adrenalina ao anestésico. No entanto, sendo a área de cirurgia muito ampla, pois há necessidade de infiltração da face, região temporal, parte lateral do pescoço e das palpebras, dois problemas surgem: perigo de intoxicação pelo anestésico local e falta de cooperação com movimento do paciente dificultando a cirurgia. Ainda com relação à anestesia local ocorre outro fato importante. É uma intervenção estética realizada geralmente em pacientes com problemas psicológicos e de nível social diferenciado e que por isso exigem, às vezes, a anestesia geral. Surgiu assim um antagonismo entre o desejo do paciente e as conveniências da cirurgia. Por essa razão apa-

---

(\*) Trabalho apresentado ao XII C.B.A. e I da F.S.P.L.P., outubro de 1965, Rio de Janeiro, GB.

(\*\*) Assistentes do Serviço de Anestesia do Hospital das Clínicas de São Paulo, da Universidade de São Paulo.

(\*\*\*) Cirurgião plástico do Hospital das Clínicas.

receu a associação dos dois métodos: anestesia local e geral. A anestesia local com a finalidade de anestesiar e diminuir o sangramento e a analgesia que, eliminando a consciência do paciente, promove sua tranquilidade, diminue ao mínimo os movimentos da cabeça e satisfaz o desejo do paciente de receber anestesia geral.

### MATERIAL E MÉTODO

Foram utilizados 53 pacientes cujas idades estão referidas no Quadro I.

#### QUADRO I

de 20 a 24 anos	—	2	pacientes
de 25 a 29 anos	—	2	pacientes
de 30 a 34 anos	—	6	pacientes
de 35 a 39 anos	—	7	pacientes
de 40 a 44 anos	—	15	pacientes
de 45 a 49 anos	—	11	pacientes
de 50 a 54 anos	—	9	pacientes
de 55 a 59 anos	—	1	paciente

O método consiste no seguinte:

O paciente é internado na manhã do dia da operação.

*Pré anestésico* — Os pacientes foram divididos em dois grupos. O primeiro constituído dos que tem mais de 50 anos e receberam petidina, 100 miligramos e prometazina, 50 miligramos, por via muscular, 45 a 60 minutos antes da operação. Os pacientes com menos de 50 anos de idade receberam petidina na mesma dose e levomepromazina, 12,5 miligramos por via muscular, no mesmo horário.

*Anestesia* — O paciente é levado para a sala de cirurgia 15 minutos antes do início da operação. *Indução* — Inicialmente instala-se numa veia do antebraço 500 centímetros cúbicos de glicose a 5% administrada gota a gota, à qual se acrescenta previamente 100 miligramos de petidina e 25 miligramos de levomepromazina. Logo a seguir são administrados de 0,75 a 1,00 miligramos de atropina por via venosa. Enquanto o cirurgião está se preparando para o início do ato cirúrgico, administra-se pentotal sódico a 2,5% na veia, lentamente para aprofundar a analgesia. Neste momento coloca-se, logo que possível uma cânula orofaríngea, lubrificada com geleia ou pomada de Xilocaina com um catéter de oxigênio fixado, internamente. Mantem-se durante toda a operação um fluxo de oxigênio de 10 litros por

minuto. Raramente o paciente rejeita a cânula e então goteja-se na boca 2 a 3 centímetros cúbicos de neotutocaina a 1% ou de Xilocaina a 2%. Após esta anestesia tópica a cânula é recolocada. Feita a antisepsia e a colocação dos campos operatórios o cirurgião infiltra a pele e o subcutâneo com Xilocaina a 1% e adrenalina. A infiltração deve ser feita somente numa hemiface primeiramente e a cirurgia conduzida nesse lado. Terminada a operação nessa hemiface repete-se todo o processo no lado oposto.

A quantidade de Xilocaina usada, nesta série de casos variou de 20 a 25 centímetros cúbicos para cada lado.

*Manutenção* — A manutenção da analgesia é conseguida pelo gotejamento da solução descrita e pela administração de pentotal em doses fracionadas durante todo o ato cirúrgico. No decurso da cirurgia o paciente pode reagir, falar, movimentar a cabeça, ocasião em que se administra dose suplementar de pentotal ou aumenta-se o gotejamento da solução instalada na veia. Realizada a cirurgia nas hemifaces que estão sob ação do anestésico local, o cirurgião intervém sobre as palpebras; estas não estão infiltradas com anestésico local e por isso o paciente reage. Nestas condições, momentos antes do início deste tempo cirúrgico procede-se ao aprofundamento da analgesia com a administração de uma dose suplementar de pentotal.

*Regressão* — Após a administração do pentotal para a cirurgia das palpebras interrompe-se o gotejamento da solução intravenosa e permite-se que o paciente comece a regressar. A quantidade de pentotal usado nestes casos variou de 0,5 a 1,0 g e, com relação às drogas potencializadoras, constatou-se o consumo de cerca de 50 miligramas de petidina e de 12,5 miligramas de levomepromazina, o que quer dizer que somente cerca de 50% da solução previamente preparada foram consumidos. Ao término do curativo verifica-se que o paciente reage aos estímulos dolorosos.

*Pós anestésico e pós operatório* — Os pacientes foram mantidos no leito com a cânula orofaríngea, com a recomendação para que deixassem o próprio paciente rejeitar a cânula. Mantendo-se o ambiente em penumbra eles permanecem adormecidos durante todo o dia despertando somente no início da noite. O paciente é visitado pelo anestesista à tarde e pelo cirurgião ao anoitecer, quando recebe alta do hospital, necessitando de somente 24 horas de internação.

## DISCUSSÃO

Foi observado que este tipo de cirurgia é realizado em mulheres relativamente jovens. Sendo uma cirurgia esté-

tica, os pacientes se apresentam sempre em estado geral muito bom. Estes dois fatos propiciaram a procura de um método de anestesia que pudesse favorecer a cirurgia diminuindo ao máximo o sangramento intraoperatório e ao paciente um estado de hipnose. Com relação ao pré-anestésico e à indução da anestesia que após a administração da medicação pré-anestésica e do gotejamento da solução previamente preparada os pacientes adormecem. Com este procedimento fica satisfeita a exigência dos pacientes que desejam anestesia geral. A administração de atropina intravenosa foi muito útil pois verificou-se durante o ato e mesmo no pós operatório ausência total, em todos os casos, de secreções orofaríngeas que poderia ocasionar problemas". Dois casos reagiram desfavoravelmente à administração de atropina. Num deles, após 1,0 miligramas de atropina, houve aparecimento de taquicardia e sensação de desconforto. No outro caso pós 0,75 miligramas de atropina endovenosa desenvolveu-se intensa reação cutânea à atropina, sem reação térmica. Esta reação atropínica manteve-se durante todo o ato operatório e somente duas horas após é que começou a regredir". Depois da infiltração da área a ser operada, com Xilocaina e adrenalina, a cirurgia pode ser realizada com sangramento desprezível. Não foi medida a quantidade de sangue perdida por ser mínima. O campo exangue que o método fornece, não só diminui o tempo de cirurgia como também reduz o aparecimento de hematomas da face, no pós operatório, eliminando um dos maiores inconvenientes da anestesia geral, que é, sem dúvida, a hemorragia abundante. Este método aboliu a transfusão sanguínea operatória que era rotina nas ritidoplastias com anestesia geral eliminando todas as implicações decorrentes da transfusão de sangue. Durante a manutenção da anestesia, processa-se o controle do paciente pela verificação de sua pressão arterial, frequência cardíaca, respiração e coloração das extremidades. Com relação à pressão arterial não houve queda tensional grave. Mesmo as pequenas hipotensões ocorridas, foram perfeitamente toleráveis pelos pacientes tendo em vista seu estado físico e puderam ser imediatamente corrigidos pela interrupção do gotejamento da solução intravenosa. A pressão arterial sistólica mínima atingiu valores em torno de 80 milímetros de mercúrio. A frequência cardíaca manteve-se de modo geral em níveis elevados, devido à administração da atropina. Ela variou de 70 a 140 batimentos por minuto. Com referência à respiração, a ventilação do paciente, embora sob ação de drogas depressoras, não apresentou qualquer alteração. O exame da coloração do sangue e das extremidades revelou que o método não prejudica a ventilação. A cirurgia

das pálpebras antes da cirurgia das faces evitaria anestesia mais profunda por ocasião do término do ato cirúrgico, isso porém não é possível pois pela técnica cirúrgica as pálpebras devem ser operadas depois das hemifaces. A regressão da anestesia inicia-se quando começa a cirurgia das pálpebras, e pode-se terminar o ato cirúrgico sem a necessidade da administração de qualquer dosagem suplementar de pentotal. O pós-operatório é suave. O paciente apresenta todos os seus reflexos de defesa, reage aos estímulos dolorosos e pode mesmo conversar quando intensamente solicitado. Não se constatou qualquer caso de náusea ou vômito.

### CONCLUSÕES

As ritidoplastias conduzidas sob anestesia local facilitam o trabalho do cirurgião por fornecer um campo exangue, mas apresentam o inconveniente das reações dos pacientes e de mesmo uma certa resistência deles que desejam tomar anestesia geral. As ritidoplastias realizadas sob ação da anestesia geral sangram abundantemente requisitando sempre a transfusão de sangue intra ou pós-operatória. Depois de 53 ritidoplastias com a associação dos dois métodos concluimos que ele é o melhor pelas seguintes razões:

1. Proteção dos pacientes contra a intoxicação pelo anestesico local, de barbitúrico e de drogas potencialisadoras;
2. Utilização de quantidades mínimas de anestesico local, de barbitúrico e de drogas potencialisadoras;
3. Realização do ato cirúrgico em campo exangue que reduz consideravelmente o tempo, evita a transfusão sanguínea e não expolia o paciente;
4. Não altera as condições gerais dos pacientes que durante todo o ato permanecem em nível superficial de analgesia, podendo reagir aos estímulos dolorosos.

Apesar da precariedade dos métodos de controle dos pacientes, referidos, a observação clínica leva a considerar que o método proposto é bom e pode ser adotado na rotina com segurança.

### SUMMARY

#### A STUDY ON THE COMBINED USE OF LOCAL INFILTRATION AND GENERAL ANALGESIA FOR FACE-LIFT SURGERY

There are certain disadvantages of local anesthesia or general anesthesia alone for rhytidectomy which are cancelled by the combined use of both techniques. General sedation with meperidine, atropine and a phenothiazine premedication as well as during surgery, supplemented by small doses of thiopentone added to local infiltration with 1% Xylocaine and adrenaline. Bleeding is reduced, the patient is quiet, clinical control is good and the method may be used routinely.

**BIBLIOGRAFIA**

Dongen, K. Van — The action of cocaine, procaine, xylocaine and their combination with adrenaline on the blood pressure. Arch. Int. Pharmacodyn. 96, 49, 1958.

LEÃO J. P. MACHADO  
Serviço de Anestesia  
Hospital das Clínicas de São Paulo

---

**LIVROS NOVOS**

*Acta de L'Institut D'Anesthésiologie* — Tomo XIV — Direção: J. Baumann e G. Vourch. — Librairie Arnette, Paris — França.

Mais um volume, com 232 páginas, desta excelente série que aparece anualmente. Doze artigos estão no texto: Tratamento das perturbações do ritmo por choques elétricos (Y. Bouvrain); A ventilação artificial no recém-nato e no lactente (G. Hualt); A poliúria osmótica. Um exemplo: a recuperação da diurese nas nefropatias túbulo-intersticiais agudas (M. Legrain); A anoxia: estudo fisiológico e fisiopatológico (J. Malmejac); O hormônio antidiurético. Conseqüências sobre o equilíbrio hidro-elérolítico de seu excesso de origem terapêutica ou patológica (R. Nédey e J. Aillet); Lugar da aramina no tratamento da hipotensão arterial (J. Passeleq); A oxigenioterapia hiperbárica (M. Rapi ne col.); O sistema Gamma (P. Roudst); Tratamento das obstruções vasculares e das embolias pulmonares por agentes fibrinolíticos (M. Sanama); Oclusões intestinais agudas pós operatórias e reequilíbrio humoral (L. Setbon); Os afogamentos. Estudos fisiopatológico e perspectivas terapêuticas (J. Tailleux) e Recentes aquisições sobre a fisiologia do sistema simpático.

A grande vantagem da leitura das "Actas" é a quantidade de informações em artigos sobre assuntos bem atualizados, como já tivemos oportunidade de comentar na apresentação de números anteriores. É de notar-se que em cada número aparecem mais temas de reanimação de interesse para o Anestesista.

*Bento Gonçalves*