

## LESÕES DO COURO CABELUDO APÓS ANESTESIA POTENCIALISADA

DR. LEONEL COSTACURTA (\*)

AP2321

Em 427 anestésias potencializadas, o autor observou 26 casos de lesões do couro cabeludo nas regiões parietal e occipital. Essas lesões que se manifestavam horas após a anestesia, apresentaram em comum o aparecimento de uma tumoração dura sem rubor nem calor, mas com ardor intenso exigindo o uso de analgésicos. A exsudação variou nos seus caracteres. A lesão do tipo 1 involui sem deixar «reliquat»; no tipo 2, o fenômeno exsudativo tornou-se cada vez mais intenso e adquiriu aspecto sero-fibrinoso. Nesses casos, após alguns dias, o ardor desaparecia, manifestando-se no local da lesão em prurido intenso, acompanhado de queda de cabelos de toda a região acometida. No tipo 3, o fenômeno exsudativo adquiriu caráter hemorrágico e em toda área da lesão surgiram pequenas zonas de necrose que confluíram resultando uma úlcera cuja cicatrização foi viciosa e depilada.

Havendo suspeita que o 4560 RP possa desencadear as lesões observadas seria interessante que os anesthesiologistas colaborassem com sua experiência própria, numa tentativa de elucidar o problema.

No "Boletim do Hospital S. Francisco" de Ribeirão Preto, de 1955 e 1956, foram publicadas algumas observações sobre lesões que podem aparecer no couro cabeludo de pacientes durante a anestesia potencializada ou algumas horas após seu despertar (Costacurta<sup>2, 3</sup>).

Tendo em vista a frequência destes tipos de lesões, que não encontramos referidas na literatura compulsada ao nosso alcance, resolvemos expor o problema, que constitui uma das complicações relativamente sérias do pós-operatório imediato ou tardio.

### MATERIAL

Foram realizadas 427 anestésias potencializada sem pacientes de clínica privada, entre as quais ocorreram 26 casos

---

(\*) Prof. Assistente do Departamento de Anatomia Descritiva e Topográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O material deste trabalho foi obtido quando o autor era responsável pelo serviço de anestesia do Hospital S. Francisco, de Ribeirão Preto, durante os anos de 1952-1958.



das lesões que serão descritas. O tratamento pré-anestésico foi efetuado segundo as técnicas aconselhadas por Adriani<sup>1</sup>, Cullen<sup>4</sup> e Laborit<sup>5</sup>. Em alguns casos foi feita pré-medicação somente com barbitúricos. A técnica de anestesia obedeceu aos mesmos princípios indicados por Laborit<sup>6, 7</sup> para hibernação, com algumas modificações pessoais.

Praticamente em todos os pacientes foram cuidadosamente pesquisadas as condições alérgicas. Em 8 casos, o 4560 RP foi suprimido do coquetel, sendo injetado em dose única ou em doses fracionadas.

### DESCRIÇÃO DAS LESÕES

Em 427 anestésias potencializadas efetuadas pudemos observar 26 casos ( $6\% \pm 1,3$ ) de lesão do couro cabeludo.



FIGURA 1

Área de lesão do couro cabeludo já depilada e coberta por uma exsudação sero-fibrinosa. Fotografia obtida três semanas após a cirurgia.



O primeiro caso observado foi o de uma paciente (N.S.Q.) que, após histerectomia parcial, queixava-se de ardor intenso na região parieto-occipital esquerda. Horas depois observou-se, nesta região, uma tumoração pouco saliente, dura, sem rubor nem calor, que exsudava um líquido claro e pegajoso. O ardor era intenso, sendo necessário o uso de analgésicos. Após esta fase, observou-se regressão gradativa do processo e seu total desaparecimento alguns dias após a cirurgia. Este tipo de evolução foi observado em 18 pacientes ( $69,2\% \pm 4,6$ ).



FIGURA 2

Úlcera de bordas solapadas do couro cabeludo que apareceu 20 dias após a operação.

Noutros casos a exsudação foi serosa, de cor rósea e tão abundante que escorria pelo pescoço. Pela dissecação, essa exsudação formava crostas de cor parda-amarelada. Dias após a cirurgia, a tumoração tomou aspecto semelhante ao da bossa sero-sangüínea do recém-nascido. O ardor era intenso e a tumoração pouco dolorosa à palpação. Uma semana após a cirurgia surgiu intenso prurido e, em seguida, sobreveio queda de cabelos de toda a região afetada (Fig. 1). Após dois meses, houve completa regressão dos fenômenos, mas o reaparecimento de cabelos somente se fez quatro ou



cinco meses após a cirurgia. Dos 26 casos, 7 (26,9%  $\pm$  4,4) apresentaram êste tipo de evolução.

Finalmente, além das duas formas de lesões acima descritas apareceu um caso (3,9%  $\pm$  1,9) em que a evolução teve caráter mais grave. A exsudação foi de aspecto sero-sangüíneo abundante, seguindo-se, três a quatro dias após a cirurgia, edema duro e isquemia da região lesada, surgindo depois pequenas áreas de necrose, que aos poucos confluíram. Removido o tecido necrosado, resultou uma úlcera de bordas salientes e solapadas (Fig. 2), que atingia, em profundidade, a "galea capitis". Algumas semanas depois iniciaram-se os fenômenos de cicatrização com o aparecimento, no fundo da úlcera, de tecido de granulação. A epitelização foi lenta, a cicatrização viciosa e a região afetada ficou definitivamente depilada. (Fig. 3).

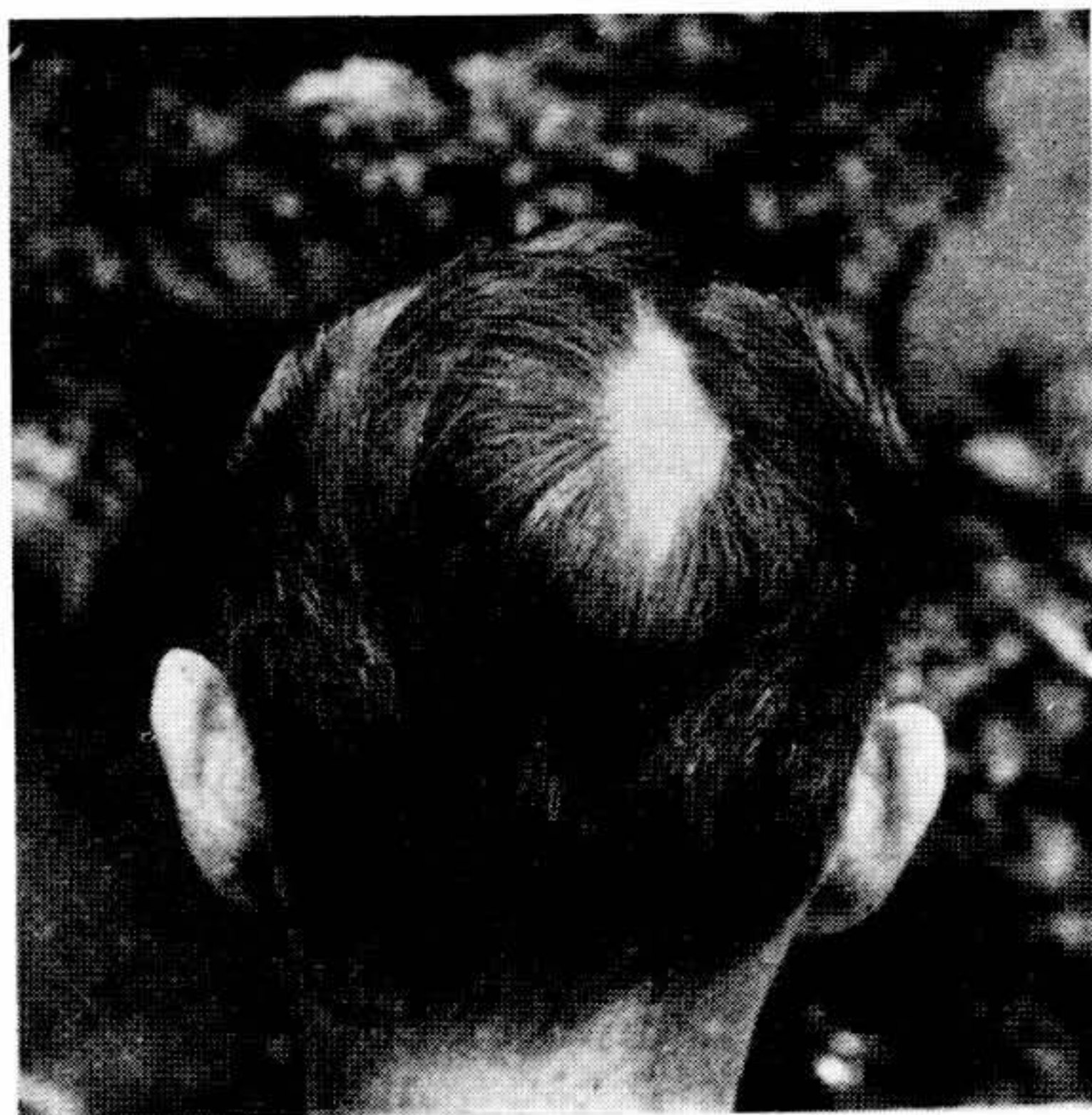


FIGURA 3

Cicatriz viciosa, depilada e definitiva resultante da úlcera mostrada na fig. 2.

Foi nossa intenção praticar sistematicamente a biópsia, porém como se tratava de pacientes de clínica privada, ela só foi possível em um caso em que a lesão teve o segundo tipo de evolução, e noutro em que a lesão evoluiu para a necrose.



O exame anátomo-patológico de um fragmento de tecido retirado cinco dias após o aparecimento de uma lesão do segundo tipo de evolução, mostrou alterações tissulares semelhantes àquelas encontradas em processos inflamatórios alérgicos nos quais vêm-se algumas pequenas zonas de necroses isoladas, edema e infiltrações sobretudo de linfócitos, eosinófilos e plasmócitos. (Fig. 4)

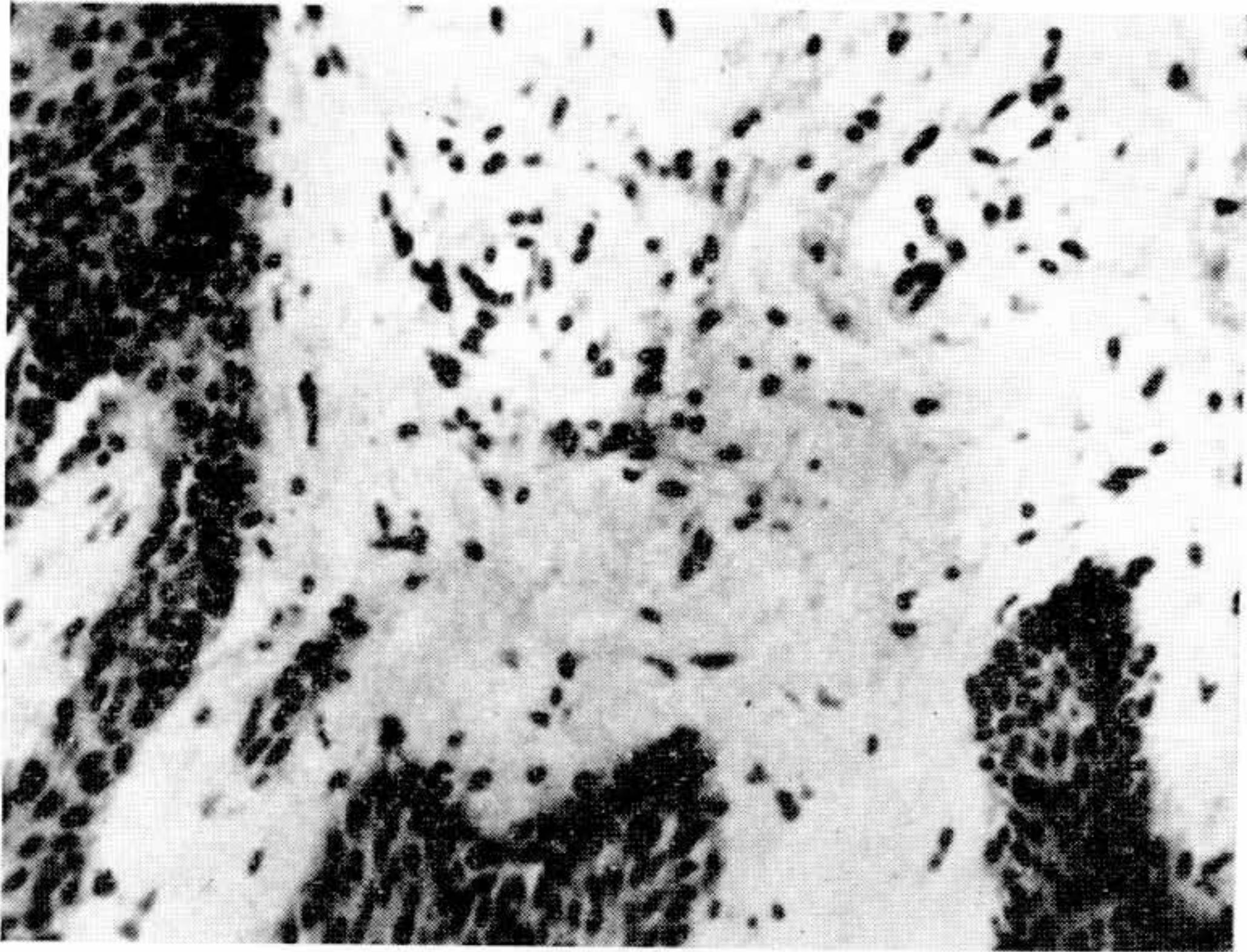


FIGURA 4

Biopsia efetuada em uma lesão que teve a evolução idêntica àquela da fig. 1.

A lesão que teve o terceiro tipo de evolução apresentou, além das alterações acima citadas, grandes extensões de tecido necrosado e intensa inflamação. A biópsia foi realizada 20 dias depois da operação (gastréctomia).

### COMENTÁRIOS

Como os pacientes queixavam-se de ardor intenso na região parietal, pareceu lógico pensar a princípio num possível traumatismo local, conseqüente da compressão exercida pela alça da máscara de anestesia usada algumas vezes para

a administração de  $O_2$ , da permanência da cabeça do paciente sobre a mesa durante a cirurgia ou ainda de um possível choque da cabeça contra a mesa de cirurgia ou contra a maca que o transportara da sala cirúrgica para o quarto. Entretanto, as tumorações observadas nas regiões descritas tinham situação exatamente oposta àquela que se apoiava sobre a mesa ou sobre a maca. O aparecimento dos fenômenos exsudativos intensos, a queda de cabelos, o aparecimento de lesões necróticas e o resultado histopatológico das biópsias permitiram afastar definitivamente a hipótese de traumatismo. O que surpreendeu, entretanto, foi a localização das lesões somente no couro cabeludo, preferentemente nas regiões parietal e occipital.

A repetição de casos despertou, naturalmente, o desejo de esclarecer a causa das referidas lesões. Tendo-nos ocorrido a suspeita de que o 4560 RP pudesse estar envolvido nos fenômenos alérgicos mencionados, decidimos abolí-lo da pré-medicação e do coquetel  $M^1$ . Não observamos mais a repetição dos fatos. Tentamos então, a administração daquele medicamento no pós-operatório, na dose de 0,025 g, ou seja, na metade daquela que é usada como pré-medicação ou no coquetel  $M^1$ . Em 2 dos 8 pacientes nos quais esta técnica foi aplicada, repetiram-se as lesões antes descritas, mas só dos tipos 1 e 2. Teria a menor dosagem influído no sentido de não se produzir lesões do tipo necrótico?

Nossa estatística é pequena para conclusões definitivas. Pareceu-nos legítimo, porém, expor nossas observações de maneira a despertar o interesse dos anestesiólogos para o problema.

### SUMMARY

#### COLLATERAL EFFECT OF POTENTIALISED ANESTHESIA: SCALP LESIONS

In 427 anesthetics potencialized, with chlorpromazine parietal and occipital scalp lesions were observed in 26 cases after the administration of the drug. These lesions presented the general characteristics of allergic inflammation with a hard swelling, without heat or redness, with intense burning sensation requiring in some cases the use of analgesics.

Exudation varied in its characteristics. Lesion type I healed without «sequelae». In lesion type II the exudate became more abundant and serofibrinous. In these cases the burning sensation disappeared in some days being substituted by itching and baldness of the affected area. In type III the exudate became hemorrhagic; in the affected area appeared small zones of necrosis which ulceration and healing resulted in a vicious bald scar.

Suspecting that chlorpromazine may be responsible for such lesions we suggest more accurate observation of the anesthetists while using this drug.

### BIBLIOGRAFIA

1. Adriani, J. — Techniques and procedures of anesthesia. Charles C. Thomas, Illinois, 2nd. printing, 1949.



2. Costacurta, L. — Notas e observações sobre a anestesia potencializada. Boletim do Centro de Estudos do Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, 7:83-92, 1955.
3. Costacurta, L. — Observações sobre os efeitos colaterais da anestesia potencializada. Boletim do Centro de Estudos do Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, 8:21-26, 1956.
4. Cullen, S. C. — Anesthesia in general practice. Year Book Publisher, Chicago, 1946.
5. Laborit, H. — L'anesthésie facilitée par les synergies médicamenteuses. Masson et Cie., Paris, 1951.
6. Laborit, H. & Huguenard, P. — Pratique de l'hibernothérapie en chirurgie et en médecine. Masson et Cie., Paris, 1954.
7. Laborit, H. — Résistance et soumission en physio-biologie. L'hibernation artificielle. Masson et Cie., Paris, 1954.

DR. LEONEL COSTA CURTA  
 Faculdade de Medicina  
 Universidade de São Paulo



### LIVROS NOVOS

*L'Arret Circulatoire* — R. Courrier e J. Torresani — Masson & Cia. — Paris — 1964.

Este "Parada Circulatória" pode ser colocado entre os melhores livros existentes sobre o assunto, pela maneira didática com que os autores orientam sua obra, abordando todos os problemas médicos e cirúrgicos. Bem a propósito o próprio nome em vez de Parada cardíaca, foi escolhido em sentido amplo, figurando as diferentes condições que podem levar à morte.

O texto de 220 páginas, que conta na sua exposição com seis colaboradores, está dividido em três partes. Na primeira — Causas e conseqüências da parada Circulatória, são discutidas a fisiopatologia da parada cardíaca e suas conseqüências hemodinâmicas e metabólicas, tanto no terreno celular, como nos diferentes setores do organismo. A segunda parte, Aspectos Clínicos, apresenta as circunstâncias etiológicas, os fatores condicionais, o diagnóstico e as complicações decorrentes. Na última parte, Tratamento, estão enfocadas tôdas as condutas para o restabelecimento da respiração e da recuperação cardiovascular, incluindo desde as manobras mecânicas até aos meios Farmacodinâmicos, sendo abordado o tratamento das diversas complicações imediatas e tardias.

O livro é bastante atualizado, apresentando tôdas as aquisições recentes no campo da reanimação. A maneira como a obra é apresentada, faz com que sua leitura seja bastante atrativa e agradável.

*Bento Gonçalves*