

EXPERIÊNCIA CLÍNICA COM A MEPIVACAÍNA (*)

DR. ITALO RODRIGUES, E.A. ()**

O nosso interêsse com as técnicas condutivas, leva-nos sempre que possível, ao ensaio de substância surgida neste setor da Anestesiologia.

Neste estudo com a mepivacaína, não é nossa finalidade discutir propriedades da droga¹, porém apresentar os resultados das nossas observações clínicas, nos diferentes tipos de cirurgia.

Quando num primeiro ensaio² ressaltamos as excelentes qualidades dos bloqueios realizados, já nos animava o prosseguimento dêste trabalho, visando não só novos dados, como também a ratificação dos primeiros.

Com a adição de 196 casos aos 42 iniciais, foram confirmados os primeiros achados, tornando possível o emprêgo do agente em outros tipos de cirurgia que necessitavam nítida resolução muscular, e nos quais já se tinha anteriormente lançado mão da lidocaína. Os resultados revelaram-se tão eficientes quanto os da primeira série, mesmo na cirurgia do andar superior do abdome.

MATERIAL E MÉTODO

A totalidade das anestésias realizadas está distribuída em quadros, de acôrdo com a idade do paciente (quadro I), tipo do bloqueio (quadro II), dose e período de latência (quadro III).

Na execução dos bloqueios, foram empregadas técnicas usuais. Nas peridurais, tanto lombares como torácicas, sem-

(*) Trabalho apresentado no IX Congresso Brasileiro de Anestesiologia; Salvador, Bahia, novembro de 1962.

(**) Responsável pelo Serviço de Anestesia do Instituto Fernandes Figueira. Anestesiologista do Hospital Miguel Couto, Rio de Janeiro, GB.

AP 2900

QUADRO I
MEPIVACAÍNA
Idades

Idade	Peridural	Caudal	Plexo Braquial	Total
0-3	—	52	—	52
3-9	—	38	2	40
9-14	2	5	2	9
14-24	10	7	2	19
24-39	40	29	—	69
39-59	19	10	—	37
59-69	6	3	—	9
69-79	1	2	—	3
	78	154	6	238

QUADRO II
MEPIVACAÍNA
Tipos de Bloqueios

Caudal	Crianças	Adultos	Idade
154	95	59	14 horas à 79 anos
Peridural Simples	Lombar	Torácica	Idade
73	62	11	10 à 79 anos
Peridural contínua	Lombar	Torácica	Idade
5	3	2	39 à 79 anos
Plexo Braquial	Direito	Esquerdo	Idade
6	2	4	4 à 24 anos

pre que possível, se utilizaram agulhas 80/10 com borboleta, e para as contínuas, agulha tipo Tuohy com borboleta, de fabricação nacional. Com sinal de certeza na identificação do espaço peridural usou-se o sinal de Doglotti, e em determinadas oportunidades o sinal de Enos Mondatori. Para as anestésias caudais usou-se agulhas 50/10 e 40/12 com mandril. Para as anestésias caudais em crianças as agulhas 30/6 e 30/7, mostraram-se inteiramente satisfatórias. Para o bloqueio do plexo braquial, agulhas 8 BD sem mandril.

QUADRO III

MEPIVACAÍNA

(Dose Anestésica — Latência)

Concentração	N.º de Pacientes	Dose Média (mg)	Latência Média (Min)
1,5%	3	16,5 mg	4'
1,7%	13	66,5 mg	6'
1,0%	52	142,5 mg	10'5"
1,2%	18	176,5 mg	10'
1,35%	11	245,0 mg	15'
1,5%	42	310,5 mg	9'
1,8%	7	395,0 mg	7'
2,0%	92	385,5 mg	5'7"

As operações foram as mais variadas, incluindo-se operações maiores, das quais citam-se as mais importantes: a) 20 histerectomias; b) 8 lipectomias abdominais; c) 17 colecistectomias; d) 9 biopsias renais; e) 15 cesareanas segmentares, etc. Pacientes em condições precárias e com afecções cirúrgicas sérias estão incluídos nesta série; por exemplo: prematuro de 14 hs. de vida, pesando 1.700 g., portador de um exônfalo rôto; abdome agudo em paciente de três meses, com pneumonia bi-lateral; peridural torácica para colecistectomia e exploração das vias biliares, em paciente cardíaca, dispnéica, ictérica e com dores abdominais intensas, apresentando acentuada piora no seu estado toda vez que tomava 50 mg de mepidina para controle das dores.

RESULTADOS

O período de latência da mepivacaína, foi igual ou ligeiramente menor do que o da lidocaína. O relaxamento mus-

cular foi excelente para a grande maioria das intervenções abdominais, mesmo nas colecistectomias. O silêncio abdominal pode ser comparável à raqui, ou mesmo à peridural, quando realizada com tetracaína. As doses médias de barbiturato para complementação dos bloqueios e sedação, foram realmente menores, mesmo nos pacientes de labilidade emocional comprovada. O bloqueio motor foi superior ao conseguido com lidocaína. Algumas crianças permaneceram conscientes, dada à abolição completa da sensação tátil. A duração do bloqueio foi mais prolongada; êste dado foi observado com nitidez quando utilizou-se dose única de anestésico. Alguns bloqueios tiveram duração média de três horas e vários de duas horas e quinze minutos. Jamais pudemos observar duração prolongada do bloqueio com a lidocaína, a não ser com adição de adrenalina. Em igualdade de condições (volume e concentração) o tempo de atuação da mepivacaína foi sempre maior do que o da lidocaína. Nos casos em que foi empregada para o tratamento da dor isquêmica, os resultados obtidos foram igualmente bons. Finalmente, um fato de real importância foi a diminuição das doses de analgésicos necessários para o controle da dor no pós-operatório imediato em todos os casos, além disso, o intervalo das injeções de opiáceo foi maior. Alguns casos foram controlados com o uso exclusivo de dipirone; outros, pacientes pediátricos, não necessitaram qualquer substância analgésica no transcurso de todo o pós-operatório. Algumas hemorroidectomias necessitaram somente 50 mg de meperidina.

COMENTÁRIOS

O emprêgo de diversas concentrações correu por conta da necessidade de efetuar anestésias em crianças de tenra idade e alguns casos especiais. No caso específico da cirurgia hemorroidária empregamos primeiramente soluções a 2%; os resultados obtidos foram tão bons, que reduziu-se progressivamente a concentração até 1%. O bloqueio se instalava, inclusive com relaxamento completo do esfíncter, porém, o tempo médio de latência situou-se em torno de 20 minutos, enquanto com concentrações a 2% a latência média foi de seis minutos.

As doses de mepivacaína, para pacientes adultos e crianças, foram sempre em torno de 5 a 10 mg por Kg peso. Duas crianças manifestaram reações tóxicas, sem, no entanto, ocorrer convulsão. Não foram observadas reações tóxicas nos adultos. Não houve queixa de dor ou irritação no local da punção.

RESUMO E CONCLUSÕES

Comparando os resultados desta série de 238 casos, com outras séries realizadas com lidocaina, podemos concluir: a) as vantagens dos dois agentes se equivalem ou pendem para o lado da mepivacaína; b) em igualdade de concentração, verificou-se de maneira constante que o relaxamento muscular é melhor com mepivacaína; no fechamento de incisões tipo Pffaniestiel esta comprovação é fácil; c) o silêncio abdominal pode ser comparado ao que se obtém com a raqueanestesia, na grande maioria de casos; d) o tempo de atuação é nitidamente mais prolongado, o que é de vantagem quando se usam doses únicas; e) as necessidades analgésicas do pós-operatório apresentam-se diminuídas.

S U M M A R Y**CLINICAL EXPERIENCE WITH MEPIVACAINE**

Mepivacaine, a new potent local anesthetic was used in 238 analgesic blocks. Analgesic activity was similar or a little better than that of lidocaine. In equal concentrations, muscular relaxation and motor block were more efficient with mepivacaine. The latent period for induction of analgesia is practically the same for both drugs. Duration of anesthesia with mepivacaine is longer than that of lidocaine. Post-operative analgesics may be reduced to a minimum.

R E F E R Ê N C I A S

1. Gonçalves, B e cols.: A Mepivacaína como anestésico local. Rev. Bras. Anest. 12:160, 1962.
2. Rodrigues, I.: A Mepivacaína, um novo agente anestésico. Rev. Bras. Anest. 12:333, 1962.

DR. ITALO RODRIGUES

Rua Clovis Bevilacqua, 31, apt.º 302

Rio de Janeiro, GB