

UM CASO RARO. UMA SOLUÇÃO SIMPLES COM BLOQUEIO DE NERVOS DA FACE

DR. ALVARO GUILHERME B. EUGENIO, E.A. (*)

É relatado um caso de bloqueio dos nervos sensitivos da face para cirurgia plástica corretiva de estenose cicatricial de lábios, em paciente com sequelas de blastomicose sulamericana.

Após tecer considerações sobre a inervação da região interessada e abordar conhecimentos anatômicos importantes, descreve a técnica empregada.

É chamada a atenção para a facilidade com que os nervos sensitivos da face podem ser bloqueados e para a necessidade do anestesiologista ter em mente estas técnicas quando vai indicar anestesia para determinadas cirurgias da face.

Em anestesiologia casos raros, que a uma primeira vista se apresentam como difíceis, podem ter solução simples.

M.V.C., 39 anos, prêta, era portadora de sequelas de blastomicose sulamericana. A paciente apresentava lesões cicatriciais por todo o corpo, principalmente nas narinas e nos lábios, os quais mostravam-se estenosados. As bridas formadas diminuíam em 70% a área do orifício da boca e fechavam por completo ambos os vestibulos nasais.

Esta paciente foi programada para submeter-se a cirurgia plástica para correção de estenose cicatricial dos lábios. Além da patologia que era portadora e suas conseqüências, a paciente não apresentava ao exame pré-anestésico outros dados de importância.

Não víamos como realizar uma anestesia geral, a não ser que uma traqueostomia fôsse realizada previamente, já que o orifício oral tinha se transformado em uma fenda de cerca de apenas 2 cm, às custas das lesões cicatriciais e de

(*) Professor da Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e Professor Assistente do Departamento de Farmacologia. Chefe do Serviço de Anestesia e do Centro de Ensino e Treinamento da Maternidade de Campinas e Clínica Pierro.

anquilose da articulação temporomandibular, e as aberturas das narinas desapareceram por completo (Figura 1).



FIGURA 1

Estenose Cicatricial por Sequela de Blastomiose

A realização de traqueostomia prévia pareceu-nos medida drástica para cirurgia de não grande porte, programada para cerca de 60 a 90 minutos.

Assim, optamos por um bloqueio dos nervos sensitivos da região a ser manipulada cirurgicamente.

ANATOMIA

A inervação sensitiva da face é feita às expensas dos três ramos do nervo trigêmio: oftálmico, mandibular e maxilar. A área correspondente ao oftálmico é inervada pelos seus ramos supraorbitário, supratrocLEAR, infratrocLEAR e nasal. A área correspondente ao mandibular é inervada pelos seus ramos auriculotemporal, bucinador e mentoniano e a área do maxilar pelo seu ramo infraorbitário.

A região que a nós interessava anestésiar é dependente da inervação fornecida pelos nervos mentoniano e infraorbitário (Figura 2).

O nervo mentoniano situa-se no canal mandibular, proveniente do canal alveolar inferior e emerge através do foramen mentoniano é, por vezes, difícil de determinar, desde que sua situação anatômica varia com a idade do paciente. No adulto, cujo queixo já atingiu a maturidade e cuja den-

tição está íntegra, o foramen situa-se a meio caminho entre o bordo superior e inferior da mandíbula, abaixo do 2.º pré-molar e aproximadamente a 2.5 cm da linha média da face. Na criança o foramen localiza-se mais próximo do bordo inferior da mandíbula, abaixo do 1.º molar. No paciente idoso, cujos dentes tenham sido extraídos, há atrofia da mandíbula, particularmente do leito alveolar. Nestes pacientes o foramen está localizado próximo ao bordo superior da mandíbula, a aproximadamente 2.5 cm da linha média do queixo. O nervo mentoniano supre inervação sensitiva para a pele e a mucosa do lábio inferior e para a pele do queixo.

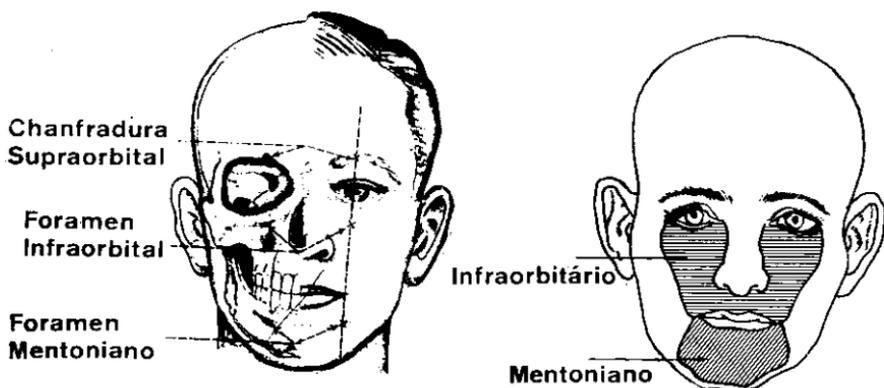


FIGURA 2

Distribuição da inervação sensitiva dos nervos mentoniano e infraorbitário

O nervo supraorbitário constitui a continuação direta do nervo maxilar. Ele entra na órbita através da fissura orbitária inferior e caminha para frente correndo primeiro no sulco e depois no canal infraorbitário emergindo finalmente pelo foramen infraorbitário. Este foramen situa-se aproximadamente a 2.5 cm da linha média da face e lateralmente a 2 cm do processo frontal do osso maxilar. O nervo supraorbitário fornece inervação sensitiva para a pele da pálpebra inferior, da face lateral do nariz, do lábio superior e para a mucosa que recobre o vestíbulo nasal e o lábio superior.

TECNICA

Ambos os nervos interessados podem ser bloqueadores por via intraoral ou extraoral. Optamos pela via extraoral.

Estando a paciente em decúbito dorsal, braços ao longo do corpo, solicitou-se que dirigisse o olhar para frente. Nestas condições, uma linha vertical imaginária foi traçada a partir do plano das pupilas. Sobre esta linha buscou-se localizar, por palpação e atentando-se para os conhecimentos anatómicos já mencionados, os forâmens mentonianos e infra-orbitários por onde emergem os respectivos nervos (Figura 3).



FIGURA 3

Localização dos pontos de espaço dos nervos infra-orbitários e mentonianos —
Teste de sensibilidade após o bloqueio.

Determinados êstes quatro pontos de reparo, 2 ml de lidocaina a 1.5% com adrenalina a 1:200.000 foram injetados em cada um, tomando-se precaução para que a agulha não fôsse inserida no interior dos forâmens, evitando-se assim que o agente anestésico fôsse depositado na intimidade do tecido nervoso, o que poderia determinar injúria.

Com êsse procedimento obteve-se anestesia ótima das áreas inervadas pelos referidos nervos (Figura 3), o que propiciou a realização tranqüila do ato cirúrgico que teve a duração de 70 (setenta) minutos.

CONCLUSAO

O objetivo da apresentação dêste caso foi realçar uma solução simples que foi dada a um caso raro e, aparentemente, difícil.

Outrossim, queremos chamar a atenção para a facilidade com que os nervos sensitivos da face podem ser bloqueados

e a necessidade de que estas técnicas sejam mais difundidas e realizadas.

SUMMARY

A DIFFICULT CASE FOR GENERAL ANESTHESIA IS SOLVED BY REGIONAL ANESTHESIA IN A CASE OF RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE MOUTH

A patient suffered of a cicatricial stenosis of the mouth and complete occlusion of both nostrils. Reconstructive surgery of the lips was done with a regional anesthesia — a mental nerve block and an Infraorbital nerve block, both by the extra-oral route.