

# PRILOCAINA (CITANEST 5%) EM RAQUIANESTESIA PEDIÁTRICA(\*)

## Relato de seis casos

AP 2352

A raquianestesia para crianças não é uma novidade. No entanto sua divulgação é muito precária. Nos últimos trinta anos apareceram alguns trabalhos sobre o assunto. Em 1941, Lopez (8) publicou sua experiência em raquianestesia pediátrica. Em 1946, Armstrong-Davidson (2) relata sua experiência com a raquianestesia em uma criança de 11 dias. Em 1951, Berkowitz (3) publica sua grande experiência em mais de 350 casos e faz referência a trabalhos de 1909 e 1910 sobre a técnica tão pouco difundida. Em 1970, Gouveia (5) apre-

---

(\*) Trabalho realizado nos Hospitais de Ituiutaba, MG.

sentou sua experiência pessoal em 50 casos com o uso da xilocaina 5%.

No presente trabalho, apresento seis casos em que foi indicado a raquianestesia e o agente escolhido foi o citanest 5% para comparar os resultados com os então obtidos com a xilocaina 5%.

O citanest (Prilocaina) é um anestésico local, quimicamente relacionado com a xilocaina, porém menos tóxico (1) e de ação bloqueadora mais prolongada (5).

*Material e Método* — Seis crianças do sexo masculino, com idades entre 42 dias (4,7 kg) e nove anos (26,0 kg), classificados como Estado Físico I, receberam raquianestesia para herniorrafia ingüinal (quatro casos), postectomia (um caso) e redução de fratura de coxa (um caso).

Cinco dos pacientes receberam medicação pré-anestésica. Em quatro deles foi utilizado o thiopental sódico, em solução a 5% pela via intramuscular na dose de 20 mg/kg (6). No quinto paciente, foi utilizado o cloridrato de ketamina em solução a 5%, também pela via intramuscular na dose de 5 mg/kg. O sexto paciente, portador de fratura de coxa não recebeu qualquer medicação sedativa ou analgésica.

Antes da indução do bloqueio o citanest 5% foi dosado em seringa de tuberculina, graduada ao centésimo, segundo o esquema proposto para a xilocaina 5% (5), isto é, 2 mg/kg de peso corporal para as crianças até três anos e com menos de 15 kg. Para as maiores, redução gradativa desta proporção. (Quadro I).

QUADRO I

nome	idade	pêso	dose	Adrenal.	tempo	cirurgia
CAGM	1m12d	4,7kg	10mg	0,05mg	70min	Herniorrafia ing.
RAA	5m20d	7,2kg	15mg	0,05mg	45min	Herniorrafia ing.
YLP	1a 8m	10,0kg	20mg	0,05mg	30min	Postectomia
LCO	5a 3m	14,0kg	30mg	0,05mg	40min	Herniorrafia ing.
JIS	9a	26,0kg	40mg	0,10mg	70min	Herniorrafia ing.
JCD	9a	26,0kg	30mg	...	30min	Redução de fratura de coxa

Adrenalina 1:1000 foi associada na dose de 0,05 mg nos pacientes com menos de 15 kg. Um dos maiores recebeu uma dose de 0,10 mg e o outro não recebeu adrenalina.

O menor paciente recebeu um volume de 0,25 ml e o maior volume injetado foi de 0,9 ml.

O nível da punção foi entre L<sub>2</sub>L<sub>3</sub> pela via lateral com agulha 30 x 5 ou 40 x 6 de bisel curto e sem mandril.

O tempo referido no Quadro I abrange do início do bloqueio até o fim da cirurgia. Porém, todos os pacientes foram acompanhados até a regressão da analgesia ao nível da cicatriz umbilical.

*Resultados e Comentários* — Os níveis atingidos pelo bloqueio com citanest 5% nas doses apresentadas foram até T<sub>4</sub> nos dois pacientes menores e até T<sub>6</sub> nos maiores. Não houve, contudo nenhum caso de insuficiência ventilatória pelo nível alto da raquianestesia.

O ritmo respiratório foi sempre regular. As variações observadas foram a queda da frequência e diminuição da amplitude logo após a administração do pré-anestésico.

Nos pacientes que receberam o thiopental, as variações não tiveram repercussão clínica. A indução do bloqueio deu-se entre dez e 15 minutos após a medicação.

O paciente que recebeu o cloridrato de ketamina apresentou depressão respiratória atingindo a apnéia em 30 segundos após a administração intramuscular. Foi imediatamente ventilado e a respiração espontânea se estabeleceu no terceiro minuto. Preferi então aguardar por 20 minutos para observar a frequência, amplitude e ritmo respiratório enquanto se fazia a recuperação da analgesia para permitir a pesquisa do nível do bloqueio programado.

Durante a cirurgia, os cinco pacientes permaneceram sedados, em sono tranqüilo, tendo sido acordados ao final do bloqueio pelo estímulo do teste cutâneo (pin prick).

Quanto ao aparelho circulatório, foram registrados pequenas variações na frequência do pulso imediatamente após a indução e que se desfizeram ao cabo de dez minutos sem repercussão na hemodinâmica.

A analgesia conseguida com o citanest 5% em injeção subaracnoidea durou sempre mais de 60 minutos, ou mais exatamente 75 minutos.

O único paciente que não recebeu associação de adrenalina, também permaneceu em analgesia por 70 minutos.

A xilocaina 5%, com ou sem adrenalina, produziu bloqueios de 45 minutos na maioria dos casos (3). O citanest, como pertence ao mesmo grupo farmacológico, talvez venha a apresentar também esta característica pelo menos neste grupo etário.

Apenas dois dos pacientes receberam hidratação per operatoria, com soluto glicosado a 5% por via venosa. Todos os pacientes tomaram sua alimentação entre quatro e seis horas após a cirurgia e em nenhum deles se manifestou retenção vesical ou diminuição do peristaltismo intestinal. Apenas um apresentou vômito após a primeira mamadeira que não se repetiu posteriormente.

Os quatro pacientes menores receberam oxigênio sob máscara pelo menos por dez minutos logo após a indução do bloqueio por medida de precaução.

A raquianestesia na criança deve ser meticulosamente dosada e carinhosamente aplicada por anesthesiologista com experiência na técnica. Não deve ser tentada pelo novico.

Deve-se ter em mente que não se pode contar com a curvatura fisiológica da coluna nas crianças menores para impedir a progressão cefálica de soluções hiperbáricas, pois a sua constituição ainda débil permite o seu nivelamento com a mesa. Cuidado, portanto, no posicionamento dos pequenos pacientes.

O nível do bloqueio depende também do local da punção, direção do bisel da agulha, velocidade de injeção, volume e baricidade da solução (4).

O citanest 5%, como a xilocaina 5%, pode ser aplicado neste grupo etário segundo o esquema de 2 mg/kg de peso corporal para os menores de três anos e até 15 kg. O comportamento de ambas as drogas é muito semelhante com relação à dose empregada e o nível de bloqueio atingido. A única diferença é quanto ao tempo de duração do bloqueio que foi muito maior com o citanest 5% em cerca de 60% sobre o tempo conseguido com a xilocaina 5% (5) em pacientes pediátricos.

#### REFERENCIAS

1. Aström, A. & Persson, N. H. — Some Pharmacological Properties of o-methyl- -propylaminopropionanilide — A New Anesthetic — Brit. J. Pharmacol. 16:32, 1961.
2. Armstrong-Davidson, M. H. — Spinal Analgesia In An Infant 11 Days Old — Brit. M. J. 2:264, 1946.
3. Berkowitz, S. & Greene, B. A. — Spinal Anesthesia In Children: Report based on 350 patients under 13 years of age — Anesthesiology 12:376/387, 1951.

4. Bonica, J. J. — The management of pain (Lea & Febiger) Philadelphia, Ch 11:456/511, 1953.
5. Gouveia, M. A. — Raquianestesia para pacientes pediatricos — Rev. Bras. Anest. 4:503, 1970.
6. Leigh, M. D. & Belton, M. K. — Pediatric Anesthesiology (The Macmillan Company) New York, 1948.
7. Lopez, V. — Spinal anesthesia in infancy — Chirurg. 13:141, 1941.

DR. MARILDO A. GOUVEIA, EA  
Do Serviço de Anestesiologia do Instituto de  
Assistência aos Servidores do Estado da Gua-  
nabara.