



Maira Caleffi
Renato Q. A. Silva
Leo Doncatto
Gilberto Michel
José Freitas Fº
Jaime Péreyron

USO DE ANESTESIA PERIDURAL EM CIRURGIAS MAMÁRIAS

Rev bras Mastol 1996; 6:30-32

Trabalho realizado no Instituto da Mama do Rio Grande do Sul.

UNITERMOS

Cirurgias da mama;
Anestesia peridural.

RESUMO

O uso mais disseminado de anestesia peridural e analgesia pós-operatória pela mesma via podem diminuir a complicação pós-operatória. Apresenta-se o uso de anestesia peridural e analgesia pós-operatória em 298 casos de cirurgia mamária, enfatizando o pequeno número de complicações.

INTRODUÇÃO

Desde a introdução de anestésicos locais na prática médica, admite-se que o uso de anestesia regional pode melhorar as condições operatórias¹. Nos anos recentes, o uso mais disseminado de anestesia peridural e analgesia pós-operatória pela mesma via proporcionaram razoável número de publicações enfatizando os efeitos favoráveis da técnica no que diz respeito à diminuição de complicações no pós-operatório^{2,3}.

Apresentamos o uso de anestesia peridural e analgesia pós-operatória em 298 casos de cirurgia mamária, enfatizando o pequeno número de complicações e discutindo as possibilidades da técnica em diminuir consideravelmente as complicações pós-operatórias.

MÉTODO

Um total de 298 casos de anestesia epidural foi realizado, com objetivo de diagnóstico (144) e tratamento (154)

de pacientes com doenças mamárias, com indicação de anestesia geral. A idade média dos pacientes foi de 49,7 anos (variação de 18 a 82). As figuras 1 e 2 apresentam ilustrações de casos sob peridural.

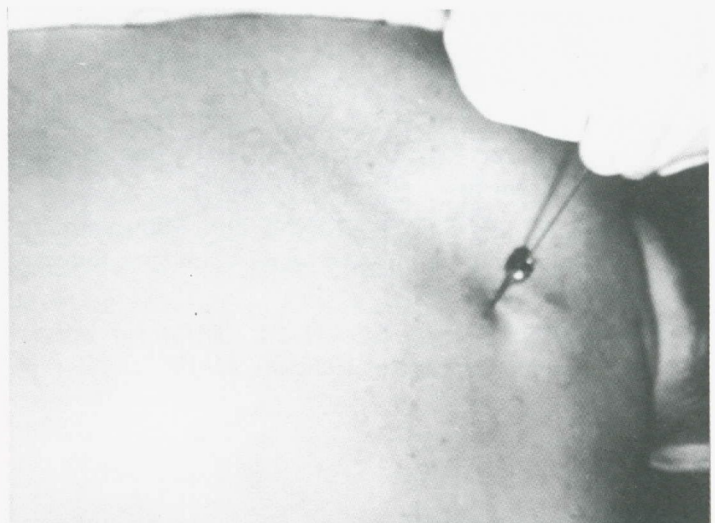


Figura 1 - Punção peridural.

Os procedimentos cirúrgicos foram divididos em 3 categorias:

Grupo A: mama somente (lumpectomia, quadrantectomia e mastectomia simples).

Técnica: lidocaína 1% sem epinefrina (18ml) e fentanil (2ml), no nível T4-T5 com cateter epidural.

Grupo B: mama e esvaziamento axilar (quadrantectomia e mastectomia radical com dissecação axilar total, incluindo o 3º nível).

Técnica: lidocaína 1% sem epinefrina (18ml) e fentanil (2ml), no nível T4-T5 com cateter epidural e bupivacaína 0,25% (10ml) sem epinefrina 30 minutos mais tarde e quando necessário.

Grupo C: mama, axila e acesso abdominal (mastectomia radical com dissecação axilar total, incluindo 3º nível e reconstrução imediata usando retalhos abdominais (TRAM).

Técnica: lidocaína 1% sem epinefrina (18ml) e morfina (2mg), no nível T4-T5 com cateter epidural e bupivacaína 0,25% (10ml) sem epinefrina 30 minutos mais tarde (quando necessário) e bupivacaína 0,5% com epinefrina (20ml), nível L1-L2.

RESULTADOS

Os resultados desta experiência com anestesia por bloqueio peridural alto e do uso de analgesia pós-operatória pelo cateter podem ser avaliados pelos baixos índices de complicações. De um total de 298 casos, observaram-se 9 casos de bradicardia importante (média 50bpm/min), que foram logo corrigidos com o uso de atropina de rotina, não se observando outros casos graves. Outras complicações cardíacas, pulmonares ou de hipercoagulação não foram observadas.

A tabela 1 apresenta dados de duração de cirurgia e sala de recuperação.

Tabela 1

Duração da cirurgia e da estada na sala de recuperação

	N (%)	Duração da cirurgia	Sala de Recuperação
Grupo A	157 (52,7)	1h 12min	3 horas
Grupo B	99 (33,2)	2h 20min	3 horas
Grupo C	42 (14,1)	4h 30min	12 horas

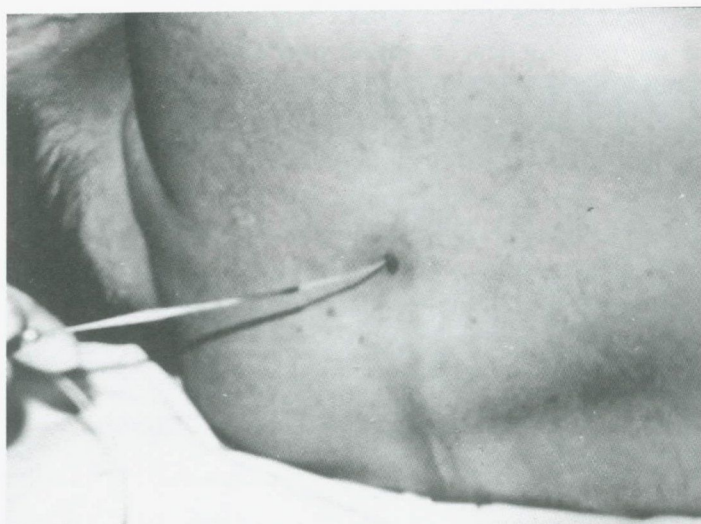


Figura 2 - Cateter instalado.

DISCUSSÃO

A morbidade e a mortalidade pós-operatória podem ser influenciadas pela técnica anestésica e pelo tipo de manejo da dor no pós-operatório.

Numerosos estudos demonstraram que a resposta ao "stress" cirúrgico, cujo ápice ocorre no pós-operatório, acarreta efeitos definidos no sistema circulatório, no estado da coagulação e na condição imunitária.

Complicações cardíacas são a principal causa de morte após anestesia e cirurgia. Acredita-se que a ativação do sistema simpático pelo stress cirúrgico determine uma demanda maior de oxigênio pelo miocárdio, aumente a vasoconstrição coronariana e pode desencadear arritmias. O uso de anestesia peridural torácica, com bloqueio seletivo de fibras simpáticas cardíacas (T1-T5), atenua a isquemia coronariana aumentando a oferta de oxigênio ao miocárdio. A isquemia que ocorre no pós-operatório é ainda mais freqüente, severa e prolongada, podendo ser minimizada com analgesia prolongada através do cateter peridural usado no transoperatório. Apesar de 3% das pacientes apresentarem bradicardia importante neste estudo, quando atropina foi usada de rotina, isto não mais ocorreu.

Toda cirurgia de grande porte é acompanhada por uma situação de hipercoagulação que persiste no pós-operatório. A redução de complicações vasculares e tromboembólicas com o uso de analgesia peridural está bem documentada. Estes sintomas não foram observados em nenhum dos 298 casos.

A incidência e a severidade da hipoventilação no pós-operatório são fatores que podem ser reduzidos pela

anestesia peridural, bem como a frequência e a intensidade de outras complicações como pneumonia, insuficiência respiratória e achados radiológicos de atelectasia^{2,3}.

A ocorrência de ileo-paralítico no pós-operatório pode aumentar o tempo de hospitalização e, consequentemente, os custos da intervenção. Esta complicação é desencadeada pela dor da ferida operatória, ativando um arco reflexo espinal que inibe a motilidade intestinal. Por outro lado, a hiperatividade simpática induzida pelo stress cirúrgico também diminui a atividade intestinal. O bloqueio torácico por anestésicos locais de impulsos aferentes nociceptivo e eferentes simpáticos deixa a inervação parassimpática intacta, proporcionando maior movimentação intestinal³. A retenção urinária, um efeito colateral comum com uso de morfina epidural, foi resolvido com uso de sonda vesical de demora por 12 horas após a última dose de morfina.

Embora a etiologia da imunossupressão pós-operatória não esteja clara, vários mediadores da resposta

ao stress são potentes imunossupressores. Esta deficiência pode durar vários dias e predispõe ao desenvolvimento de infecções e talvez facilite o crescimento de tumores e metástases. A anestesia geral não previne e pode exagerar a menor resposta imune por depressão de fatores celulares e humorais.

O uso de anestesia/analgesia peridural com anestésicos locais está associado a uma menor incidência de infecção pós-operatória². Atualmente não existem estudos clínicos avaliando a influência do tipo de anestesia e analgesia sobre os resultados em cirurgia oncológica. Estudos experimentais, no entanto, sugerem que a imunossupressão no pós-operatório pode promover a recorrência e distribuição do tumor. A anestesia e analgesia peridurais podem ser a melhor escolha para a cirurgia oncológica, pois preserva melhor a atividade imunitária e talvez previna a intensidade metastática, embora ainda não haja dados em humanos para confirmar esta especulação⁴. Este é um caminho a ser desbravado.

KEY WORDS

Breast surgeries;
Peridural anesthesia.

ABSTRACT

THE USE OF PERIDURAL ANESTHESIA IN BREAST SURGERIES

The disseminated use of epidural anesthesia and analgesia post-operative by the same via can reduce post-operative complications. The authors present 298 cases of epidural anesthesia and post-operative analgesia in breast surgery showing very minor complications.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRILE GW, LOWER WE. Anoci-Association. Philadelphia: Lub Sounders Co. 1914; 223-225.
2. MARK P. Yeager: Epidural anesthesia and analgesia in high-risk surgical patients. *Anesthesiology* 1987; 66: 729-736.
3. MODIG J. Thromboembolism after total hip replacement: Role of epidural and general anesthesia. *Anesthesiology* 1983; 62: 174-180.
4. RANDALL CARPENTER. Potential advantages of perioperative epidural anesthesia and analgesia. *Anesthesiology Talks Astra-Professional Service Distribution*. 1995; 1-9.

Endereço para correspondência:

Maira Caleffi
Rua Luciana de Abreu, 471 - sala 601
Moinhos de Vento
90570-060 - Porto Alegre - RS