



Alessandro Cury Ogata
Emerson Wander Silva Soares
Claudinei de Arruda Cruz
Henriette Müller
Sheizi Ono
Rubens Silveira de Lima

BLOQUEIO ANESTÉSICO INTERCOSTAL EM CIRURGIAS MAMÁRIAS

Rev bras Mastol 1997; 7:68-72

*Trabalho realizado no Hospital
Nossa Senhora das Graças, em
Curitiba.*

UNITERMOS

Cirurgias da mama;
Bloqueio anestésico intercostal.

RESUMO

Normalmente as mastectomias totais ou parciais com esvaziamento axilar para tratamento de câncer de mama são realizadas sob anestesia geral. Entretanto, esta é um procedimento com riscos, principalmente para pacientes idosas e/ou portadoras de outras doenças associadas (cardiopatias, pneumopatias, doenças vasculares). Para este grupo foi proposto e realizado mastectomia total ou parcial com bloqueio anestésico intercostal. Foram operadas 30 pacientes entre 1983 e 1996. Todos os procedimentos propostos foram realizados sem prejuízo da extensão da ressecção. A principal complicação foi o pneumotórax, ocorrido em 8 pacientes (26,6%), sendo 5 deles nos primeiros 3 anos de implementação do método. Não houve mortalidade decorrente do bloqueio intercostal. Todas as pacientes tiveram excelente recuperação pós-operatória, sem náuseas ou vômitos, podendo alimentar-se tão logo voltaram aos seus quartos. Concluímos que o bloqueio intercostal para a realização de mastectomias é um procedimento seguro e que pode beneficiar pacientes com um risco anestésico elevado.

INTRODUÇÃO

A utilização freqüente de procedimentos anestésicos regionais na prática cirúrgica tem como objetivo principal a redução do número de complicações pós-anestésicas. Atualmente, as cirurgias mamárias – em especial as cirurgias oncológicas – são realizadas rotineiramente com anestesia geral, devido à extensão da ressecção,

principalmente o esvaziamento axilar. Tendo em vista que um grande grupo de pacientes oncológicos se apresenta dentro de uma faixa etária elevada e considerando as condições mórbidas pré-existentes e os riscos de uma anestesia geral, apresentamos a experiência do Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora das Graças de 30 pacientes submetidas a cirurgias mamárias sob anestesia regional e as complicações do procedimento.

MÉTODO

Avaliando-se os prontuários de todas as pacientes portadoras de neoplasia de mama operadas no Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora das Graças, selecionou-se retrospectivamente as pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos terapêuticos com anestesia intercostal, do período de 1983 a 1996. Excluíram-se os casos de cirurgias higiênicas. Todas as pacientes eram portadoras de neoplasias de mama com estágio clínico I ou II, e à exceção de uma paciente de baixa idade (47 anos) e bom estado geral, todas apresentavam idade superior a 50 anos e condições clínicas de risco para um procedimento cirúrgico com anestesia geral. Todas as pacientes foram submetidas a exames clínicos e laboratoriais pré-operatórios que incluíam rotinas de sangue (hemograma, creatinina e glicemia), radiografias de tórax, eletrocardiograma e avaliação pelo mesmo cardiologista, para a determinação do risco cirúrgico-anestésico, num período não superior a trinta dias antes da cirurgia. Foram consideradas pacientes de risco as portadoras de doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar ou bronquite crônica), insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e coronariopatias. Foi incluída uma paciente portadora de osteomielite de costela e caquexia, previamente submetida à mastectomia contralateral a Halsted e apresentou um novo tumor na mama oposta.

A idade das pacientes variou de 47 a 86 anos (média de 76,2 anos). Na véspera da cirurgia, as pacientes foram esclarecidas sobre o tipo de procedimento anestésico a ser usado e a razão para a escolha do mesmo, assim como as intercorrências ou complicações, como pneumotórax, hematomas, riscos de anafilaxia e possibilidade de conversão anestésica. O consentimento escrito da paciente e/ou responsáveis foi exigido para a realização da anestesia local. O bloqueio anestésico intercostal e axilar utilizado, segundo a técnica descrita por Hirschel e Pitkin², e modificado, compreendeu o uso de 4cc de bupivacaína a 0,375mg % sem vasoconstrictor, em cada espaço intercostal e na axila, bem como uma complementação cutânea na região paraesternal correspondente. Foram bloqueados do 2º ao 6º espaços intercostais na linha axilar posterior, e na axila, os nervos peitoral interno e externo. O tempo decorrente entre o término do bloqueio e a cirurgia foi de aproximadamente 20 minutos, tempo esse ocupado com os preparativos. Durante a maior parte da cirurgia, as pacientes foram mantidas em leve sedação devido ao desconforto de ficar muito tempo em uma mesma posição na mesa cirúrgica. No período intra-operatório das mastectomias, algumas pacientes queixaram-se de sensibilidade em determinadas áreas,

principalmente durante o descolamento do retalho superior. Nesses casos, o bloqueio foi complementado com uma infiltração local de lidocaína ou bupivacaína. Dos procedimentos realizados, foram efetuadas 5 quadrantectomias, 1 mastectomia simples e 24 mastectomias radicais modificadas (Patey). As cirurgias transcorreram normalmente, inclusive com a utilização do eletrocautério. Foram avaliadas através do prontuário quaisquer queixas das pacientes no período pós-operatório, desde a sala de recuperação, como a presença de dispnéia, tosse, enfisema subcutâneo ou sinais de insuficiência respiratória. Ao serem levadas para os quartos, todas as pacientes passaram pelo Serviço de Radiologia, onde foram realizadas radiografias de tórax para a detecção de um eventual pneumotórax. Esse exame foi repetido após 24 horas da cirurgia, nas pacientes que não apresentaram qualquer anormalidade no primeiro exame. As pacientes que não tiveram intercorrências ou complicações do procedimento receberam alta hospitalar 48 horas após a cirurgia.

RESULTADOS

Nas 30 pacientes estudadas, os procedimentos cirúrgicos propostos inicialmente foram realizados com sucesso. Como complicações do procedimento anestésico, ocorreram 8 casos de pneumotórax (26,6%) diagnosticados radiologicamente, sendo 2 totais e 6 parciais, que se formaram até 48 horas após a cirurgia. Todos, exceto dois que eram pequenos e foram mantidos em observação, foram drenados imediatamente ao seu diagnóstico, havendo reexpansão pulmonar completa. Não ocorreram outras complicações tais como hematomas nos locais das punções ou neuralgias intercostais. Todas as pacientes tiveram excelente recuperação pós-operatória imediata, sem náuseas ou vômitos, inclusive podendo se alimentar normalmente tão logo voltaram aos seus quartos. O período de internação oscilou entre 2 a 4 dias, e todas as pacientes receberam alta sem queixas respiratórias relacionadas ao procedimento.

DISCUSSÃO

Logo após a introdução da anestesia local e locorregional na prática cirúrgica, observou-se uma série de vantagens sobre a anestesia geral, já que um determinado grupo de pacientes apresenta um risco anestésico considerável, à custa de pobres condições cardiorrespiratórias e outras patologias. Essas condições geralmente estão presentes em algum grau nos pacientes

QUADRO 1
Relação das pacientes

Nome	Idade (anos)	Cirurgia	Motivo para bloqueio intercostal	Complicação
O B R	60	Patey	DPOC	Pneumotórax
M R	80	Patey	DPOC	Pneumotórax
A K F	71	Quart	DPOC	Pneumotórax
N S R M	79	Patey	caquexia + osteomielite	
E M G R	84	Patey	coronariopatia	
A M G	70	Quart	asma crônica	Pneumotórax
M A P	83	Patey	ICC	
C B	79	Patey	ICC	Pneumotórax
L F P	77	Quart	DPOC + cor pulmonale	
R C S	65	Patey	DM + HAS	
E L K R	80	Patey	HAS + cardiopatia	
V B S	70	Patey	coronariopatia	
V B S	70	Quart	coronariopatia	
L B C	69	Patey	HAS + ICC	
M A M	57	Patey	DPOC + HAS	
A B F	55	Patey	DPOC + cor pulmonale	
T M S M	47	MS	medo de anestesia geral	
J F C	67	Patey	DM	
E K	85	Patey	HAS + cardiopatia	
I F C	81	Patey	arritmia cardíaca	Pneumotórax
U M G A	78	Patey	DM + cardiopatia	
O Q	76	Quart	pneumopatia + hérnia hiatal volumosa	
E D B	86	Patey	HAS + cardiopatia	
M C G	64	Patey	DM + coronariopatia	
M C R	84	Patey	pneumopatia + hérnia hiatal volumosa	Pneumotórax
W M A	79	Patey	arritmia cardíaca	
D C M	82	Patey	DPOC	
O R	63	Patey	DPOC	Pneumotórax
B A S	65	Patey	coronariopatia	
D G A	59	Patey	coronariopatia	

DM: Diabetes melito

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

MS: Mastectomia simples

QUART: Quadrantectomia, axilectomia e radioterapia

mais idosos. Como demonstrado neste trabalho, o grupo de pacientes estudado (quadro 1) apresentou uma média de idade de 76,2 anos, o que eleva consideravelmente o

risco de complicações anestésicas durante o procedimento cirúrgico. O único caso de paciente de baixa idade relatado foi o de uma mastectomia simples em uma paciente com

boas condições clínicas e sem contra-indicações para anestesia geral, que manifestou o desejo de fazer a cirurgia com o bloqueio anestésico, em virtude de medo da anestesia geral.

Os benefícios da anestesia locorregional sobre a anestesia geral incluem: diminuição da perda sangüínea peroperatória; diminuição do catabolismo pós-operatório; diminuição de eventos tromboembólicos; melhora da perfusão de retalhos de pele e da função pulmonar, possibilitando assim uma diminuição considerável das complicações pós-operatórias^{1,7}. Entretanto, do ponto de vista psicológico, a anestesia geral apresenta a vantagem de evitar as numerosas punções necessárias para um bloqueio anestésico. Porém, como foi demonstrado por Roo e col.⁶, ao comparar o bloqueio intercostal com a anestesia geral, os pacientes demonstraram uma boa aceitação do procedimento, relatando esse desconforto como mínimo. Ele cita ainda que a complicação mais temida, o pneumotórax, não ocorreu em nenhum dos casos estudados. Moore e Bridenbaugh⁴ relata a incidência de pneumotórax associado ao bloqueio intercostal realizado em 4333 pacientes, como de 0,092%. Em sua casuística, também se observou uma perda sangüínea mínima quando utilizada esta técnica anestésica.

Os dados encontrados neste estudo revelam uma incidência de pneumotórax maior em relação à literatura (26,6%). Dos 8 casos, 5 ocorreram nos três primeiros anos de realização do método. A partir de 1990, ocorreram apenas 3 casos de pneumotórax entre 18 procedimentos realizados. Com o diagnóstico precoce da complicação e tratamento adequado, não houve mortalidade pelo procedimento.

Outra vantagem citada na literatura e observada neste trabalho foi a ausência de náuseas ou vômitos pós-operatórios. Quinn e col.⁵ descrevem que num estudo de 3850 pacientes de 11 a 91 anos, o grupo submetido à

anestesia geral (3244 pacientes) apresentou um incidência de 37% de náuseas pós-operatórias e 23,2% de vômitos. Quando comparado ao grupo submetido a outras modalidades de anestesia, 20% apresentaram náuseas e 11,4% vomitaram. Huang e col.³ relatam um estudo de 320 pacientes que foram submetidas a várias modalidades de cirurgia de mama sob anestesia locorregional (bloqueio intercostal). Neste grupo, nenhuma das pacientes apresentou complicações tais como pneumotórax, hematoma nos locais das punções, neuralgia, náuseas ou vômitos. Hematomas retromamários ocorreram em 6 pacientes submetidas à mamoplastia. Teoricamente, por reduzir a resposta hipertensiva à dor, este último autor também refere que a possibilidade da formação de hematomas está diminuída.

As grandes vantagens desse procedimento anestésico são: 1) a recuperação imediata no pós-operatório, não ocorrendo náuseas ou vômitos e permitindo ao paciente alimentar-se tão logo chegue ao quarto, evitando-se o jejum prolongado; 2) tempo prolongado de anestesia na área operatória, com a menor demanda de analgésicos e seus inconvenientes para esse tipo de paciente em particular, especialmente quando são utilizados agentes anestésicos de longa duração, como a bupivacaína; 3) redução significativa dos custos hospitalares, uma vez que não há uso de todas as medicações necessárias para a anestesia geral, assim como sondas, cânulas traqueais, monitorização intensiva, e outros.

Os autores acreditam que com a triagem adequada dos pacientes de risco e a utilização rotineira de um bloqueio intercostal nestes pacientes, poder-se-á alcançar incidências baixas de complicações pós-anestésicas, diminuindo assim os riscos de uma anestesia geral em grupos selecionados de pacientes com tumores de mama.

KEY WORDS

Breast surgeries;
Intercostal block anesthesia.

ABSTRACT

INTERCOSTAL BLOCK ANESTHESIA IN BREAST SURGERY

Breast conservation surgery or modified radical mastectomy are generally performed under general anesthesia. However, anaesthetic risk is higher in patients with cardiac, vascular and lung diseases. In such patients, conservation surgery or modified radical mastectomy with axillary dissection were performed under intercostal block anesthesia. Thirty patients underwent this procedure between 1983 and 1996. No differences in surgical approach were necessary. The most frequent complication was pneumothorax in 8 patients (26,6%), but five of them occurred until 1986. There was not any death attributable to the intercostal block anesthesia. All patients recovered very well after surgery without nausea or vomiting. Food was given to them just after returning to bed. The authors conclude that mastectomy under intercostal block anesthesia is a safe procedure and can be used to high risk patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALEFFI M, SILVA RQA, DONCATTO L, MICHEL G, FREITAS JF^o, PÉREYRON J. Uso de anestesia peridural em cirurgias mamárias. Rev bras Mast 1996; 6: 30-32.
2. HIRSCHL F, PITKIN JT. Intercostal nerve block indications and technique. Anesthesiology 1972; 55: 12-18.
3. HUANG TT, PARKS DH, LEWIS SR. Outpatient breast surgery under intercostal block anesthesia. Plast Reconstr Surg 1979; 63: 299-303.
4. MOORE DC, BRIDENBAUGH LD. Intercostal nerve block in 4333 patients: indications, technique, and complications. Anesth Analg 1962; 41: 1.

5. QUINN AC, BROWN JH, ASBURG AJ. Studies in postoperative sequelae. Nausea and vomiting-still a problem. Anesthesiology 1994; 49: 62-65.
6. ROO S, KENNEL E, BERGGREN R. Patient acceptance of intercostal block anesthesia. Plast Reconstr Surg 1980; 65: 39-41.
7. YEAGER MP, GLASS DD, NEFF RK, JOHNSON TB. Epidural anesthesia and analgesia in high-risk surgical patients. Anesthesiology 1987; 66: 729-736.

Endereço para correspondência:

*Alessandro Cury Ogata
Rua dos Dominicanos, 1291
82560-390 - Curitiba - PR*