

Bloqueio do plano transversal abdominal contínuo bilateral após cirurgia abdominal

Continuous bilateral transversus abdominis plane block after abdominal surgery

Caro Editor,

Foi com grande interesse que li o artigo de Lima *et al.*¹ sobre o uso de infusão contínua de anestésico local via cateteres colocados bilateralmente no plano transversal abdominal (PTA) para analgesia no período pós-operatório de laparotomia exploratória. Parabéns aos autores pela apresentação do caso, porém, gostaria de acrescentar alguns comentários.

O bloqueio do PTA tornou-se um importante método de controle da dor no período pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia abdominal inferior, como resultado de sua eficácia, relativa facilidade de realização e taxa baixa de complicações.² Concordamos com os autores que é importante avaliar a concentração e volume ideais para *bolus* e infusões, e a colocação correta do cateter no PTA. Porém, nesse sentido, além da eficácia, a questão da segurança não deve ser esquecida. A instilação bilateral de grandes volumes no PTA pode levar a concentrações intravasculares significativas de anestesia local, excedendo inclusive o limiar de toxicidade.³ Em uma recente investigação, Hesse *et al.* relataram doses cumulativas relativamente altas de ropivacaína, ao avaliarem as concentrações plasmáticas deste anestésico, durante uma infusão contínua semelhante ao PTA, tal como proposto pelos autores.⁴ Portanto, a despeito da grande variabilidade individual, uma avaliação risco-benefício cuidadosa deve ser feita antes dos bloqueios contínuos do PTA, especialmente em pacientes idosos, com disfunção renal ou hepática e gestação.⁵ O principal objetivo de uma técnica contínua deve ser administrar a menor dose total de um anestésico local que seja eficaz para prevenir os efeitos indesejáveis devido à toxicidade; pois, caso contrário, não considero que essa técnica forneça benefício adicional em comparação com uma técnica baseada em *bolus* administrados no PTA.⁶ Em nossa instituição, portanto, usamos cateteres bilaterais para PTA guiados por ultrassom e inseridos no Triângulo de Petit ou no nível póstero-subcostal, de acordo com o tipo de incisão cirúrgica, com base em infusão contínua bilateral de ropivacaína a 0,2% (2 mL.h⁻¹) por até 50 h, com administração prévia de *bolus* de 5 mL de ropivacaína a 0,2% e 10 mL através de ambos os cateteres, antes de removê-los, com excelentes resultados.

De forma semelhante, os autores declararam que, “embora concentrações plasmáticas tóxicas de anestésico local tenham sido detectadas, não há relatos de sinais clínicos de toxicidade sistêmica associada a anestésico local”; porém, estudos prévios relataram vários casos de toxicidade sintomática a anestésicos locais.^{4,7}

Além disso, os autores afirmaram que “embora o PTA proporcione analgesia superior em comparação com placebo, a dor visceral, etc., permanece, o que exige a adição de analgésicos opióceos ao bloqueio”. Devemos lembrar que a abordagem posterior do PTA permite a difusão da solução do anestésico local para o espaço paravertebral e que parte dessa solução também resulta em algum grau de difusão peridural do anestésico local. Esta expansão para o sistema nervoso central pode explicar a necessidade mínima de analgesia adicional dos pacientes no pós-operatório.⁸

O local ideal para a inserção de cateteres no PTA e a solução, volume e taxa de infusão ideais de anestésico local ainda precisam ser determinados, o que requer uma investigação científica mais rigorosa.

Referências

1. Lima IF, Linda F, Dos Santos A, et al. Continuous bilateral TAP block in patient with prior abdominal surgery. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:422–5.
2. McDonnell JG, O'Donnell B, Curley G, et al. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. *Anesth Analg.* 2007;104:193–7.
3. Sharkey A, Finnerty O, McDonnell JG. Role of transversus abdominis plane block after caesarean delivery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013;26:268–72.
4. Hessian EC, Evans BE, Woods JA, et al. Plasma ropivacaine concentrations during bilateral transversus abdominis plane infusions. *Br J Anaesth.* 2013;111:488–95.
5. Gómez-Ríos MÁ. Continuous transversus abdominis plane catheter technique for postoperative analgesia after abdominal surgery. *Anaesth Intensive Care.* 2013 (In press).
6. Niraj G, Kelkar A, Jeyapalan I, et al. Comparison of analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane blocks with epidural analgesia following upper abdominal surgery. *Anaesthesia.* 2011;66:465–71.
7. Griffiths JD, Le NV, Grant S, et al. Symptomatic local anaesthetic toxicity and plasma ropivacaine concentrations after transversus abdominis plane block for Caesarean section. *Br J Anaesth.* 2013;110:996–1000.
8. Finnerty O, McDonnell JG. Transversus abdominis plane block. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2012;25:610–4.

Manuel Ángel Gómez-Ríos

Departamento de Anestesiologia e Tratamento Intensivo,
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,
A Coruña, Espanha
E-mail: magoris@hotmail.com (M.A. Gómez-Ríos).

Disponível na Internet em 26 de setembro de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.02.005>