

## CARTA AO EDITOR

### Perspectivas acerca do bloqueio PECS I em cirurgias de mama

Caro Editor,

Li com profundo interesse o artigo sobre o estudo clínico de bloqueio PECS I em cirurgias de aumento de mama publicado recentemente.<sup>1</sup> Reconheço o grande valor dos autores pela ótima investigação clínica sobre bloqueio PECS I em procedimentos de aumento de mama. Desejo apresentar meus pontos de vista sobre o artigo, que acredito trariam mais clareza ao tópico.

Os autores desse estudo concluíram que o bloqueio PECS I não foi superior a placebo no alívio da dor pós-operatória quando os pacientes participaram também como seus próprios controles. Também concluíram que o papel do bloqueio PECS I deve ser “reconsiderado” em cirurgia de aumento de mama, assim como em procedimentos para câncer de mama.<sup>1</sup> Entretanto, acredito firmemente que o bloqueio PECS I (componente peitoral do PECS II) definitivamente tem algum papel no alívio da dor pós-operatória em cirurgias de mama, particularmente em procedimentos de aumento de mama. Isso se deve ao fato de que os nervos peitorais têm um papel em pelo menos o aspecto “miofascial” da dor, embora não inervem a pele e tecidos subcutâneos da mama.<sup>2</sup> Além disso, o bloqueio PECS I sozinho não seria suficiente em cirurgias de câncer de mama envolvendo o aspecto lateral da mama com ou sem dissecação axilar, na medida em que cobriria principalmente o aspecto medial da mama somente. Assim, é uma distorção afirmar que o bloqueio PECS I precisa de “reconsideração” nas cirurgias de câncer de mama também, na medida em que as cirurgias variam entre pacientes tanto na extensão da incisão quanto na profundidade (multidimensional). Temos que oferecer bloqueio PECS II (PECS I mais injeção do peitoral menor-serrátil anterior) ou bloqueio PECS I mais bloqueio do plano anterior do serrátil (SAPB) para cirurgias extensas de mama envolvendo o aspecto lateral da mama, dissecação axilar. Novamente, acredito que o componente peitoral do PECS II (isto é, PECS I) apresentaria contribuição de pelo menos trinta por cento no alívio de dor.

Os autores afirmaram que esse estudo foi o primeiro a analisar o papel do bloqueio PECS I em procedimento de aumento de mama.<sup>1</sup> Entretanto, outro estudo por Ekinci M et al, de fato foi também publicado em fevereiro de 2019 e também avaliou a eficácia do bloqueio PECS I no mesmo procedimento.<sup>3</sup> Ekinci M et al compararam 20 mL com 30 mL de bupivacaína a 0,25% com placebo, e observaram que tanto os grupos 20 mL quanto 30 mL reduziram significativamente o consumo de fentanil quando comparados ao grupo placebo, em contraste ao atual estudo. Também, não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos 20 mL e 30 mL com relação ao consumo de fentanil.<sup>3</sup> Não obstante, a principal diferença é que Ekinci M et

al3 não usaram os mesmos indivíduos também como controles, como feito no estudo em questão, que concordo ser característica “singular” desse estudo.

Concluindo, temos a opção de escolher os vários bloqueios de plano interfascial disponíveis na última década, tais como os bloqueios PECS, bloqueio do plano do músculo eretor da espinha (ESP), SAPB, etc. A base está em dois fatores importantes, a saber, o tipo e extensão da incisão cirúrgica, cobertura sensorial dos bloqueios. Assim, devemos considerar cirurgias de mama como “entidade multidimensional” e escolher entre os bloqueios de plano interfascial disponíveis, apropriadamente, mais do que como impulso de abordá-los somente de duas formas, isto é, bloquear ou não bloquear? <sup>4</sup>

## Referências

1. Jean Desroches, Maxim Roy, Marc Belliveau, Benoit Leblanc, Pierre Beaulieu. PECS I block for postoperative analgesia in patients undergoing breast augmentation surgery: a randomized double-blind placebo-controlled study, *Rev Bras Anesthesiol* 2020;70:333-342, <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.07.004>;
2. Woodworth GE, Ivie RMJ, Nelson SM, Walker CM, Maniker RB. Perioperative breast analgesia: a qualitative review of anatomy and regional techniques. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42:609-631;
3. Ekinci M, Ciftci B, Celik EC, Karakaya MA, Demiraran Y. The Efficacy of Different Volumes on Ultrasound-Guided Type-I Pectoral Nerve Block for Postoperative Analgesia After Subpectoral Breast Augmentation: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Apr;43(2):297-304. doi: 10.1007/s00266-019-01322-8. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30756142;
4. Maniker RB, Johnson RL, Tran De Q. Interfacial Plane Blocks for Breast Surgery: Which Surgery to Block, and Which Block to Choose? *Anesthesia & Analgesia.* 130(6):1556-1558, June 2020.

## Raghuraman M. Sethuraman

Sree Balaji Medical College & Hospital, Bharat Institute of Higher Education & Research, Department of Anesthesiology, Chennai, India  
E-mail: [drraghuram70@gmail.com](mailto:drraghuram70@gmail.com)

0104-0014 / © 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).