

## **Bloqueio do Plexo Lombar pela Via Posterior para Analgesia Pós-operatória de Artroplastia Total do Quadril: Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% com Epinefrina e Ropivacaína a 0,5%**

(Rev Bras Anestesiol, 2009;59:273-285)

Lemos o artigo "Bloqueio do Plexo Lombar pela Via Posterior para Analgesia Pós-operatória de Artroplastia Total do Quadril: Estudo Comparativo entre Bupivacaína a 0,5% com Epinefrina e Ropivacaína a 0,5%", de Duarte e col.,<sup>1</sup> publicado nesta revista, com muito interesse. Os autores concluíram que 0,5% ropivacaína e 0,5% bupivacaína produziram controle eficaz e prolongado da dor após artroplastia total de quadril, sem diferenças clínicas, quando doses equivalentes são administradas. Entretanto, a EVA foi significativamente menor no grupo da ropivacaína 8, 12 e 24 horas após a punção quando comparada com a do grupo da bupivacaína. Seus resultados foram semelhantes aos obtidos por nosso grupo;<sup>2</sup> entretanto, existem algumas diferenças entre os dois estudos. Apesar de a EVA em nosso estudo ter sido discretamente maior, o uso de opioides de resgate foi necessário em apenas 11% dos pacientes, sugerindo um fator de potência analgésica do bloqueio do nervo ciático nesse tipo de cirurgia. As diferenças mais marcantes na EVA foram observadas no grupo da ropivacaína. No estudo de Duarte e col., 136 mg de ropivacaína (média) foram injetados no compartimento do psoas em comparação a 180 mg de ropivacaína (combinados com 45 mg na área do nervo ciático) administrados em nosso estudo. Entretanto, a EVA do grupo da ropivacaína no estudo de Duarte (média = 0) foi significativamente menor do que a EVA do grupo da ropivacaína de nosso estudo. Em nossa opinião, essa diferença não pode ser explicada pelo consumo cumulativo de 10,2 mg de morfina nas primeiras 24 horas, no estudo de Duarte, ou a diferença na abordagem posterior do bloqueio do plexo lombar (Capdevila vs. Chayen).

Ainda existe um grande debate sobre a equivalência da potência da ropivacaína e bupivacaína nos bloqueios periféricos. Em nossa opinião, como doses muito elevadas de anestésicos locais são utilizadas, a expressão "doses equipotentes" se torna menos exata nos bloqueios periféricos. Mais estudos sobre a redução das doses dos anestésicos locais nos bloqueios regionais (guiado pela ultrassonografia) são necessários para fornecer informações mais confiáveis a respeito da equipotência dos anestésicos locais de longa duração usados nos bloqueios regionais.

Marcel A. de Leeuw  
Departamento de Anestesiologia, Terapia Intensiva e Dor.  
Zaans Medical Centre. Zaandam. Holanda

Roberto GSM Perez  
Wouter WA Zuurmond  
Departamento de Anestesiologia.  
VU University Medical Centre.  
Amsterdam. Holanda

### **RÉPLICA**

Agradeço o interesse de Leeuw e col. pelo nosso estudo. Entendo também que a discussão acerca da equipotência da bupivacaína e da ropivacaína em bloqueios de nervos periféricos permanece em aberto e demanda novos estudos. Nosso estudo teve como objetivo principal comparar o impacto clínico da administração desses anestésicos locais em concentração e doses semelhantes no bloqueio do compartimento do psoas. Com isso, testamos a hipótese de que bupivacaína e ropivacaína seriam equipotentes e promoveriam analgesia comparável após artroplastia total do quadril.

Deve haver muito cuidado com a comparação dos resultados encontrados em nosso estudo com aqueles demonstrados no estudo de Leeuw e col. Apesar da conclusão dos dois estudos ser semelhante, de que bupivacaína e ropivacaína produziram alívio eficaz e prolongado da dor após artroplastia total do quadril, as concentrações e doses anestésicas administradas no estudo de Leeuw e col. foram diferentes entre os anestésicos estudados e também maiores que as usadas em nosso estudo. Além disso, a combinação do bloqueio do nervo isquiático provavelmente impossibilita a comparação. Apesar de o bloqueio do plexo lombar ser o principal responsável pelo controle da dor pós-operatória, o bloqueio do componente sacral certamente otimiza a analgesia, especialmente nas primeiras horas após a artroplastia do quadril, e pode explicar o menor consumo de morfina no estudo de Leeuw e col. Por fim, a adição de adrenalina ( $5 \mu\text{g} \cdot \text{mL}^{-1}$ ) à bupivacaína também pode ser motivo de críticas no estudo da equipotência dos dois anestésicos, uma vez que pode exercer efeito analgésico aditivo. Diferenças no delineamento dos dois estudos podem explicar as diferenças encontradas nos escores de dor e consumo de opioides no pós-operatório.

Em nossa opinião, não podemos concluir definitivamente que esses dois anestésicos são equipotentes no bloqueio do compartimento do psoas apenas com base nos resultados de estudos clínicos como esses aqui referidos. Conclusão mais embasada somente poderá ser dada após estudo que determine e compare a dose anestésica mínima desses anestésicos no bloqueio do compartimento do psoas. Ainda assim, diferentes variáveis podem ser avaliadas, tais como a extensão do bloqueio, a intensidade do bloqueio anestésico ou o alívio da dor pós-operatória. Todavia, desconheço até o momento a existência desse estudo no bloqueio do compartimento do psoas.

Leonardo T. D. Duarte  
Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

#### REFERÊNCIAS – REFERENCES

01. Duarte LTD, Paes FC, Fernandes MCBC et al. – Posterior lumbar plexus block in postoperative analgesia for total hip arthroplasty. A comparative study between 0.5% Bupivacaine with epinephrine and 0.5% ropivacaine. Rev Bras Anestesiologia 2009;59:273-285.
02. Leeuw de MA, Dertinger D, Hulshoff L et al. – The efficacy of levobupivacaine, ropivacaine, and bupivacaine for combined psoas compartment – sciatic nerve block in patients undergoing total hip arthroplasty. Pain Practice 2008;8:214-247.