

Raquianestesia Hipobárica com Tetracaína 0,1%

Prezado Sr. Editor

Atualmente a raquianestesia hipobárica é uma técnica de indicação e restrita, porém de alto valor clínico em pacientes críticos que dela se beneficiam mais que qualquer outro.

De 1966 a 1976 a praticamos convencionalmente^{1,2,4,5} e nunca chegamos a ter uma satisfação plena com os resultados, já que a simples diluição da solução isobárica de tetracaína com água destilada, seguida de injeção no espaço subaracnóideo nos mostrava um resultado que deixava algo a desejar. Dava sempre a impressão de raquianestesia isobárica. O próprio Lund² também se queixava de falta de seletividade da técnica.

A partir de 1976, passamos a usar uma variante recomendada por Moore³ que consiste em retirar um volume de LCR igual ao volume a ser injetado no espaço subaracnóideo.

Em uma seringa de 10 ml aspira-se 1 ml de solução isobárica de tetracaína a 1% (10 mg. ml⁻¹) + 0,5 ml (0,5 mg) de adrenalina em solução milesimal (1:1000) e completa-se o volume para 10 ml com água destilada. Tem-se então 10 ml de solu-

ção hipobárica de tetracaína a 0,1% com adrenalina.

O paciente é colocado na mesa cirúrgica na posição operatória, com o lado a ser operado para cima. As melhores indicações são para as cirurgias anorretais e sobre o sacro, com o paciente em decúbito ventral (posição em canivete), ou prótese parcial de membros inferiores e quadril, como na prótese parcial de Thompson, quando se opera com o paciente em decúbito lateral.

O nível da coluna é mais importante que o nível da mesa. A coluna deve estar com um declive de 5 a 10 graus. O nível do bloqueio pode ser manipulado pelo grau de cefalodeclive da mesa.

Realizamos a punção lombar, com o paciente na posição operatória e por via lateral (L₃/L₄), após os preparativos padronizados. Ao se observar líquor na agulha, aspira-se um volume igual ao volume da dose a ser injetada, previamente calculada segundo a altura do paciente e o nível desejado para o bloqueio.

Os últimos 12 casos (relativos ao ano passado) fizeram um grupo de 11 pacientes com idades entre 32 e 92 anos (média 67 + 15 anos), candidatos a cirurgias abaixo de T₁₂, que seriam operados em

décubito lateral ou decúbito ventral. O peso médio foi de 58 ± 12 kg e a altura média foi de 158 ± 7 cm. Nove eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Dez foram bloqueados em decúbito lateral para cirurgias de Thompson e 1 bloqueado duas vezes em decúbito ventral para tratamento cirúrgico de escara sacra por queimadura acidental por cautério sem terra em cirurgia de ponte de safena. A concentração da solução de tetracaína foi de 0,1%. Adrenalina foi adicionada em 9 casos. Cada paciente recebeu um volume de 4 ml (correspondência a 4 mg). O nível da analgesia ficou entre T₁₁ e T₁₂ nos pacientes em decúbito lateral, com bloqueio sensitivo motor unilateral, e em L₃ para o paciente em decúbito ventral, com bloqueio sensitivo puro e bilateral, já que nestes casos, a solução atinge somente as raízes posteriores, porém de ambos os lados.

É importante injetar-se a solução lentamente, numa velocidade padronizada de 0,5 ml por segundo³, pois a injeção rápida faz um turbilhamento no LCR e prejudica o resultado da técnica.

Moore recomenda uma dose de 6 a 8 mg (6 a 8 ml da solução 0,1%) e prevê um nível unilateral de T₈ a T₆.

Como a maioria de nossos pacientes apresentava estatura por volta de 160 cm, tentamos observar os resultados com o volume de 4 ml. É verdade que em anos anteriores já ocorreu nível insuficiente e pelo menos em meia dúzia de casos tivemos que proceder a intubação traqueal e passar para narcose em cirurgias na posição lateral. Em decúbito ventral o nível é sempre suficiente para cirurgias orificiais ou sobre o sacro.

No entanto, na maioria dos casos, fomos bem sucedidos e tivemos uma duração de até 3 horas.

Algumas vezes também já a utilizamos para amputação de membro inferior em pacientes com gangrena diabética, em condições clínicas muito precárias. Nestes casos, após um tempo de fixação de 15 minutos em posição lateral o paciente foi colocado em decúbito dorsal. O bloqueio se mantém unilateral com o mínimo de repercussões circulatórias.

Interessante observar a rigorosa seletividade da técnica, não observada anteriormente. Mesmo após o decúbito dorsal o paciente exhibe bloqueio sensitivo e motor de um lado contra ausência de bloqueio do outro. Também apresenta a vantagem de limitar o bloqueio do simpático a apenas um dos lados quando se realiza a raquianestesia em decúbito lateral, ou não apresenta bloqueio simpático, quando se realiza do bloqueio em decúbito ventral, que com freqüência tem limite superior em L₃.

Praticamente não há hipotensão. A própria posição de cefalodeclive facilita o retorno venoso, melhorando as condições circulatórias. O emprego de

vasopressores é virtualmente teórico, mas chegamos a empregá-lo em alguns pacientes críticos em que houve hipotensão associada a perdas e que não responderam a reposição. É aí que os pacientes se beneficiam desta técnica maravilhosa, que é tão pouco divulgada entre nós.

Devido as condições clínicas e tipo de patologia, além de idade freqüentemente acima de 50 anos, não houve aparecimento de cefaléia pós-raqui. Foram utilizadas agulhas 22G e 25G.

Nestes oito anos (de 1976 a 1984) fizemos pouco mais de 100 casos, o que representa pouco mais de 10 pacientes por ano. Uma indicação muito restrita, mas foi importante para cada paciente que a recebeu. Além disso tivemos oportunidade de ensiná-la a nossos residentes, e mostrar-lhes a confiabilidade da técnica, que poderá ser utilizada depois de anos de intervalo, sem que se sinta a menor insegurança ao aplicá-la.

Atualmente estamos empregando a dose de 6 mg nas cirurgias em posição lateral e observamos que os níveis não são tão mais altos que os anteriores mas são mais uniformes e constantes. Temos a impressão de que as eventuais falhas de nível que tivemos no passado não ocorrerão mais nos dias de hoje.

Complementações com narcose e intubação traqueal servirão para facilitar a manutenção do paciente em posição lateral nas cirurgias mais prolongadas, sem necessariamente complementar a anestesia propriamente dita.

Nas cirurgias em posição ventral mantemos a dose de 4 mg (4 ml) e usamos pré-anestésico leve. A posição em canivete não chega a ser desconfortável e evitamos deprimir o paciente nesta posição.

M. A. Gouveia, TSA*
G. M. Labrunie, TSA
Chefes de Equipe Técnica do
Serviço de Anestesiologia do
Hospital Central do IASERJ

* Correspondência para
Visconde de Pirajá, 379/404
22410 - Rio de Janeiro - RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lund P C, Cameron J D — Hypobaric Pontocaine: A New Technic in Spinal Anaesthesia. *Anesthesiology*, 1945; 6: 565 - 573.
2. Lund P C, Rumball A C — Hypobaric Pontocaine Spinal Anaesthesia. 1.640 Consecutive Cases. *Anesthesiology*, 1947; 8: 181 - 199.
3. Moore D C — Comunicação pessoal (carta) de 08.04.76
4. Ruben J E, Kistler An Evaluation of Hypobaric Pontocaine for Spinal Anesthesia With Report of 200 Cases. *Anesthesiology*, 1949; 10: 621 - 624.
5. Snyder J J — Hypobaric Spinal Anesthesia: A Review of the Literature and some Clinical Observations. *Anesthesiology*, 1951; 12: 301 - 307.