

Associação Bupivacaína-Morfina para Cirurgia Vascular. Relato de um Caso

Luiz Eduardo Imbeloni, EA[¶] & Reinaldo José Gallo[§]

A identificação por Pert e Snyder de receptores específicos dos opiáceos na substância gelatinosa do corno posterior da medula¹ possibilitou novos conceitos no tratamento da dor pós-operatória^{2,3,4} assim como no pós-operatório⁵.

O sucesso da utilização de morfina peridural no tratamento da dor aguda, crônica e pós-operatória^{2,3,4} tem estimulado numerosos investigadores.

Analgésicos do tipo narcótico derivados do fenantreno, (alcalóides do ópio) são empregados com certa frequência no pós-operatório com objetivo de aliviar a dor, não só isquêmica, como também da incisão cirúrgica⁷. A necessária deambulação precoce do paciente e os exercícios ventilatórios (reflexo da tosse) ficam no entanto prejudicados pela aplicação mesmo em pequenas doses de morfina (2 mg)⁷ por via venosa.

Nós avaliamos a utilização peridural de bupivacaína associada à morfina para obter não só anestesia operatória para derivação fêmoro-poplíteo, mas também para minimizar a dor no pós-operatório imediato em um paciente ciente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 55 anos, 80 kg, internou-se para tratamento cirúrgico de isquemia do membro inferior direito. Relatava ser hipertenso sem controle clínico. Os exames laboratoriais mostraram: Hm = 4.480.000 mm³, Hb = 12,8 g%; Ht = 39%; Glicemia = 140 mg%; Uréia = 40 mg%; Creatinina = 1,3 g%; Colesterol = 158 mg%.

A radiografia de torax era normal e o ECG revelou isquemia sub-epicárdica.

A técnica anestésica escolhida foi a associação de bupivacaína com morfina no espaço peridural. Punção em decúbito lateral direito com agulha 15 F e injeção única de 25 ml de bupivacaína 0,5%* com 3 mg de cloridrato de morfina (diluído com solução salina 0,9%) num total de 28 ml. O nível obtido foi T₄ avaliado pelo teste da agulha. Associou-se diazepam para sedação.

* Sem Adrenalina

¶ Anestesiologista do Hospital de Ipanema - INAMPS. Intensivista do Hospital Municipal Miguel Couto. Rio de Janeiro

§ Cirurgião Vascular do Hospital de Ipanema - INAMPS

Correspondência para Luiz Eduardo Imbeloni
Av. Epitácio Pessoa, 2566 apto. 410 - A
22471 Rio de Janeiro, RJ

Recebido em 13 de abril de 1982

Aceito para publicação em 13 de agosto de 1982

© 1982, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

A cirurgia realizada foi uma simpatectomia direita mais derivação fêmoro-poplíteo direito com duração de 345 minutos, não sendo necessário a utilização de sangue. A monitorização durante a anestesia consistiu da medida da pressão arterial média, através da canulização da artéria radial esquerda, permanecendo sempre em torno de 14,63 kPa (110 mm Hg).

Após o término da cirurgia o paciente foi encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde permaneceu até o dia seguinte. A dor foi pesquisada numa escala de 0 (ausência de dor) até 3 (dor intolerável) a cada hora do pós-operatório até completar 8 horas e no dia seguinte com 24 horas após o bloqueio, sendo o paciente seu próprio testemunho. Permaneceu sem qualquer queixa dolorosa nas primeiras 24 horas.

COMENTÁRIOS

Em nosso hospital os pacientes submetidos à cirurgia de derivação permanecem um tempo mínimo de 24 horas na sala de recuperação pós-anestésica. Durante este período a dor e o desconforto são frequentemente (intensos) e requerem repetidas injeções de hipnoanalgésicos venosos.

Pacientes com dor no pós-operatório que são controlados com injeção repetidas de anestésicos locais através de cateter peridural, tem pequena, mas significativa incidência de hipotensão, assim como redução na capacidade do paciente em se locomover⁶.

A utilização de 2 mg de morfina diluída em 10 ml de solução salina 0,9% por via peridural foi estudada em comparação com bupivacaína pela mesma via, para pós-operatório de prostatectomia⁶. Esses autores encontraram o dobro de duração de ação no grupo da morfina em relação ao grupo da bupivacaína. Ocorreu hipotensão significativa em 5% dos pacientes que receberam bupivacaína, não sendo observado nenhum caso de hipotensão no grupo da morfina.

Outros autores⁵ estudaram em 30 pacientes submetidos a prostatectomia a utilização de injeção epidural de 4 mg de morfina associada a bupivacaína 0,5% (16 a 20 ml) comparado com a utilização pela mesma via de bupivacaína 0,5%. O grupo (15 pacientes) da associação de morfina-bupivacaína apresentou uma melhora da dor com média de duração de 27 horas e não houve necessidade de analgesia adicional. O grupo da bupivacaína teve uma melhora da dor com média de 6,2 horas após a cirurgia. Todos os pacientes necessitaram de hipnoanalgésicos no pós-operatório.

A associação de adrenalina (1:200.000) à solução com narcótico não altera nem a latência nem a duração de ação⁴, podendo causar vasoconstrição periférica, motivo pelo qual não associamos à solução injetada.

A vasodilatação periférica devido à morfina, pós injeção venosa, parece não ser devida a ação direta sobre o SNC, e sim mediada pela liberação de histamina, que sendo uma amina vasoativa age em concentrações mínimas⁷. Nesse paciente não ocorreu queda da pressão arterial a níveis que poderia acarretar trombose do enxerto, mantendo a PAM em torno de 14,63 kPa (110 mm Hg) durante as primeiras 24 horas.

A injeção de morfina peridural não determina bloqueio

simpático, bloqueio motor nem perda da força muscular, causando assim pouco risco de estase venosa⁵.

Apesar do relato ser apenas de um caso, o resultado obtido foi bastante satisfatório e poderá inclusive trazer novas perspectivas naqueles pacientes onde a cirurgia arterial direta, está sendo feita como tentativa para salvar uma perna isquêmica com circulação colateral precária, e índices pressóricos abaixo de 25%⁸ nos troncos arteriais abaixo do joelho (limb salvage).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pert C B and Snyder S H – Opiate receptor: demonstration in nervous tissue. *Science* 179: 1011 - 1014, 1973.
2. Behar M, Oslwang D, Magora F, Davidson J T – Epidural morphine in treatment of pain. *Lancet*, March 10: 527 - 8, 1979.
3. Wang J K, Nauss L A, Thomas J E – Pain relief by intrathecally applied morphine in man. *Anesthesiology* 50: 149 - 51, 1979.
4. Bromage P R, Camporesi E, Chestnut D – Epidural narcotics for postoperative analgesia. *Anesth Analg* 59: 473 - 80, 1980.
5. Shapiro L A, Hoffman S, Jedeikin R, Kaplan R – Single injection epidural anesthesia and bupivacaine and morphine for prostatectomy. *Anesth Analg* 60: 818 - 20, 1981.
6. Graham J, King R, Mc Caughey W – Postoperative pain relief using epidural morphine. *Anaesthesia* 35: 158 - 60, 1980.
7. Goodman A G, Goodman L S, Gilman A – *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 6th Edit. London, Mac Millan, 1980. Chapter 22, 1980: 494.
8. Bernstein E F – *Noninvasive Diagnostic Technique in Vascular Disease*, 1st Edition 288: 1978.