

## *Bloqueio Peridural Duplo*

Sr Editor:

Acabei de receber a Revista Brasileira de Anestesiologia de dezembro de 1980 e li, com atenção, o artigo inti-

tulado "Bloqueio Peridural Duplo", assinado pelo Dr. Edmundo Zarzur, EASBA. (Rev Bras Anest 30:6:449 -

453, 1980).

Como se trata de assunto que sempre desperta muito interesse, dada a importância e a frequência do uso da anestesia peridural entre nós, gostaria de fazer os comentários abaixo:

1) A técnica de duas agulhas para bloqueio peridural foi descrita, como tal, por George Turner em 1952<sup>1</sup>. Bromage<sup>3</sup>, em 1961, modificou o método de dois catéteres de Cleland, um caudal e outro epidural lombar, para dois epidurais lombares, em níveis distintos, um dirigido em sentido cefálico e outro caudal.

O próprio George Turner<sup>2</sup>, em 1959, considera o procedimento com duas agulhas superado, devido aos "novos avanços em anestesia peridural".

Não se trata, portanto, de uma idéia original;

2) Os fracassos da anestesia peridural não são, como diz o autor, causados por relaxamento muscular incompleto. Com os anestésicos que dispomos hoje e em concentrações adequadas (bupivacaína 0,75%, lidocaína 2% e etidocaína 1,5%) o silêncio abdominal, após o bloqueio peridural pode ser considerado como equivalente ao da raquianestesia;

3) Parece-me sumamente cruel e contraproducente a execução de duas punções com agulhas calibre 18, sem prévia anestesia local da região. Também a sugestão de que qualquer agulha serve e que podem ser dispensadas as especiais, fabricadas para este tipo de anestesia, é incorreta e, se for seguida, acarretará forçosamente uma série de acidentes desnecessários e evitáveis;

4) O autor considerou somente 85,18% das anestésias como satisfatórias. Isto me parece um resultado muito pouco animador;

5) Não encontrei comprovação da afirmativa de que os tempos de latência, tanto para bloqueio motor quanto para o sensitivo, fossem consideravelmente diminuídos.

Não houve comparação com um segundo grupo de pacientes, anestesiados com doses equivalentes, introduzidas através de uma única agulha;

6) A alegação de que a difusão do líquido anestésico do espaço peridural para o subaracnóideo é mais rápida com esta técnica carece de qualquer substrato. Não foram feitas dosagens ou determinações líquóricas que comprovassem tal hipótese;

7) São citadas 21 gastrectomias. Ora, o bloqueio peridural, assim como o subaracnóideo, não anestesia o vago, frênico ou a totalidade do simpático. Independente do agente ou método utilizado este se revelará falho, na grande maioria das vezes. Na cirurgia de abdômen superior, para se ter sucesso com bloqueios vertebrais, é necessário empregar a associação com anestesia geral, de preferência a inalatória, por via endotraqueal.

Acreditando ter colaborado com V. Sa, chamando a atenção para pontos que julgo fundamentais, firmo-me, mui sinceramente.

Armando Fortuna  
Caixa Postal 29, CEP 11100 - Santos, SP

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turner G – Anestesia peridural alternante bisegmentária. *El Dia Médico*, 34, n.º 60, set 1952.
2. Turner G – Anestesia Peridural ao alcance do Cirurgião. Buenos Aires, Editorial Martinez de Murguia, 1959, pag 249.
3. Bromage P – Epidural Analgesia. Philadelphia, W B Saunders Co, 1978, pag 544.