

## Anestesia Peridural

Sr Editor:

“Todo aquele que se interessa por qualquer atividade científica tem o dever intelectual e a responsabilidade moral, junto a comunidade que integra, de divulgar os resultados obtidos em seus estudos. Qualquer informação científica traz conseqüências. Em se tratando de trabalho de pesquisa a metodologia empregada poderá servir de base para o desenvolvimento de novos trabalhos de outros pesquisadores. A metodologia utilizada deve ser descrita com maior precisão, de modo que possa ser reproduzida por outros estudiosos do assunto.

Na discussão os resultados obtidos pelo autor serão discutidos e comparados com outros já publicados na literatura”.

Estas considerações obrigam a que se faça defesa da técnica da punção lombar com agulha 80 x 8, sem prévia

anestesia local, comentada como dolorosa,<sup>9</sup> e sumamente cruel.<sup>5</sup>

Pela observação diária, concluí ser perfeitamente suportável a dor da referida punção. Entretanto, aproveito a oportunidade para apresentar dados concretos que comprovam minhas afirmativas.

Disse ser a dor da punção venosa, para a prévia hidratação profilática, de intensidade equivalente a dor da punção lombar, quando se usam agulhas de igual calibre e com pontas idênticas.

Resolvi solicitar a cooperação dos pacientes, que iriam se submeter a anestesia peridural, pois somente eles poderiam fornecer informações mais precisas.

Usando as referidas agulhas, indagou-se de 150 pacientes a impressão sobre a intensidade das dores. Os resultados foram:

	n.º de casos	%
a) dor da punção lombar de intensidade menor que a da venosa	49	32,666
b) dor da punção lombar de intensidade igual que a da venosa	48	32
c) dor da punção lombar de intensidade pouco maior que a da venosa	45	30
d) dor da punção lombar de intensidade muito maior que a da venosa	8	5,333
total	150	99,999

Entretanto, apesar de 45 pacientes acusarem dor de intensidade “um pouco maior” e 8 “muito maior”, em nenhum caso houve referência de dor forte e insuportável.

Não se deve esquecer de que duas punções venosas numa mesma paciente, podem ser acompanhadas, também de sensações dolorosas de maior ou menor intensidade.

Com referência a complicações neurológicas por injeção acidental de anestésicos no espaço peridural<sup>9</sup>, verifiquei que de fato a Clorprocaína é responsável por lesões neurológicas extensas, podendo levar a paraplegia permanente.<sup>8</sup> Felizmente este produto não existe entre nós e mesmo nos E.E.U.U., não está disponível para o seu emprego.<sup>6</sup>

A lidocaína não produz estas lesões, pois a complicação neurológica citada foi devido administração de solução fisiológica, contendo álcool benzílico.<sup>2</sup> como preservativo, injetada no espaço peridural, para o tratamento prolifático dá cefaléia, após perfuração acidental da dura-máter.

Já com a bupivacaína, em todos os 4 casos citados, somente houve retardo para a recuperação da atividade motora, que dentro de 36 horas voltou ao normal.<sup>3</sup>

Para o laboratório fabricante da Clorprocaína<sup>1</sup>, parece ser o baixo pH das soluções anestésicas, o responsável por lesões neurológicas. Segundo o Laboratório de Anestesiologia da Universidade Columbia,<sup>1</sup>, as soluções anestésicas têm o seguinte pH:

Bupivacaína	a 0,5 %	4,975
Bupivacaína	a 0,5 % + adrenalina	3,781
Clorprocaína	a 2 % + adrenalina	3,167
Clorprocaína	a 3 % + adrenalina	3,126
Lidocaína	a 1 %	6,137
Lidocaína	a 1 % + adrenalina	3,869
Lidocaína	a 2 %	6,128
Lidocaína	a 2 % + adrenalina	4,057
Prilocaína	a 2 %	6,378

No serviço onde trabalho, após mais de 5.000 anestésias peridurais com a lidocaína a 2% e mais de 4.000 com a bupivacaína a 0,5 %, ambas com adrenalina a 1:200.000, não se observou nenhum caso com evidência de lesão neurológica

Acreditando estar contribuindo com informações

úteis, agradeço a atenção.

Edmundo Zarzur, EA  
Praça Carlos Gomes, 107  
01501 - São Paulo - SP

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Covino B G, Marx G F, Finster M, Zsigmond E K. Editorial: Prolonged Sensory / Motor Deficits Following Inadvertente Spinal Anesthesia. *Anesth Analg* 59: 399-400 - 1980.
2. Craig D B, Habib G G: Flaccid Paraparesis Following Obstetrical Epidural Anesthesia: Possible Role of Benzyl Alcohol. *Anesth Analg* 56: 219 - 221 - 1977.
3. Cuerden C, Buley R, Downing J W: Delayed recovery after epidural block in labour. A report four cases. *Anaesthesia* 32: 773-776 - 1977.
4. Duarte D F, Divulgação de trabalhos científicos. *Rev Bras Anest* 28: 261 - 1978.
5. Fortuna A - Bloqueio Peridural Duplo - Carta ao Editor *Rev Bras Anest* 31: 165 - 1981.
6. Moore D C - Regional Block. Springfield, Illinois - Charles C Thomas - Publisher - 1981 - 425.
7. Ravidran R S, Bond V K, Tasch M D, Gupta C D, Luerssen T G, Prolonged Neural Blockade Following Regional Analgesia with 2 - Chloroprocaine *Anesth Analg* 59: 447-451 - 1980.
8. Reisner L S, Hochman B N, Plumer M H, Persistent neurologic deficit and arachnoiditis following intrathecal 2 - Chloroprocaine injection. *Anesth Analg* 59: 452-454 - 1980.
9. Spiegel P - Sobre "Bloqueio Peridural Duplo" - Carta ao Editor *Rev Bras Anest* 31: 168 - 1981.