
BLOQUEIO PERIDURAL EM CIRURGIA COLO-PROCTOLÓGICA DE GRANDE PORTE

HERMES DE JESUS SANTANA, TSBCP
JUVENAL DA ROCHA TORRES NETO, TSBCP
MÁRIO AUGUSTO DO N. VIDAL
NELMA MARIA BARBOSA DA SILVA SANTANA
JOSÉ JEOVÁ DE OLIVEIRA FILHO
CELSO MARQUES DOS SANTOS
ENEDINO FERREIRA DA SILVA FILHO
RAQUEL DA SILVA MENDONÇA

SANTANA HJ, TORRES NETO JR, VIDAL MAN, SANTANA NMBS, OLIVEIRA FILHO JJ, SANTOS CM, SILVA FILHO EF & MENDONÇA RS - Bloqueio peridural em cirurgia colo-proctológica de grande porte. *Rev bras Colo-Proct*, 1985; 15(4): 178-181

RESUMO: Foi realizado um estudo retrospectivo de 110 anestésias para procedimentos cirúrgicos colo-proctológicos de grande porte efetuados no período de 1990 a 1994. No grupo estudado evidenciou-se um predomínio de cirurgias do tipo Duhamel-Haddad, com incidência em torno de 33% e uma faixa etária que variava de dois a 77 anos. Os bloqueios peridurais foram utilizados em 73,6% dos indivíduos (sendo que 11,1% destes tiveram que ser associados a anestesia geral) e raquídeos em 15,5%. O decorrer das anestésias foi geralmente sem intercorrência e com pequeno número de complicações pós-operatórias. Os resultados apresentados tendem a mostrar que esta técnica merece ter seu uso difundido e que constitui uma boa opção para o anestesiológico em sua prática diária.

UNITERMOS: anestesia; cirurgia colo-proctológica

Tanto o bloqueio subaracnóideo quanto o peridural foram descritos no final do século passado, quando Corning relacionou anestesia subaracnóidea e medicações locais na medula, permanecendo dúvidas até o atual momento se ele havia produzido um bloqueio subaracnóideo ou peridural com a injeção de cocaína entre os processos espinhosos do cão. No princípio houve maior progresso da anestesia subaracnóidea que da peridural. Esta veio tornar-se mais popular somente nos últimos anos, principalmente devido a sua ampla aplicabilidade em obstetrícia. Mas, a anestesia

peridural possui algumas vantagens e desvantagens sobre a raquídea. Entre as vantagens estão incluídas: a possibilidade de anestesia segmentar, raramente desencadeia cefalalgia, menor probabilidade de hipotensão, maior duração do bloqueio. Entre as desvantagens encontram-se a exigência de maior habilidade técnica, maior volume de anestésico injetado, possibilidade de bloqueios mais altos. A anestesia peridural também possui algumas vantagens sobre a anestesia geral, pois proporciona um relaxamento muscular suficiente com retorno mais rápido do peristaltismo intestinal, pode ser realizada em pacientes que possuam contra-indicações para bloqueios neuromusculares, oferece uma recuperação mais suave, além de que possibilita manter analgesia pós-operatória através do uso de catéter. A eficácia dos bloqueios peridurais depende de fatores ligados: ao paciente (idade, anatomia), à técnica em si (local da punção, velocidade da injeção) e da solução anestésica (PH, dose). As principais complicações deste bloqueio são: injeção acidental no espaço subaracnóideo (raquí total), injeção intravascular, perfuração da dura-máter, dose tóxica, hipotensão, lesão medular.

Esse trabalho destina-se a analisar os resultados de 81 bloqueios peridurais realizados para intervenções cirúrgicas colo-proctológicas de grande porte, em pacientes de várias faixas etárias, durante os últimos quatro anos, no referido serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados 110 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia colo-proctológica de grande porte no Serviço de Colo-Proctologia no Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite no período de 1990 a 1994. As cirurgias realizadas no Serviço, bem como suas incidências entre 1990 a 1994 são ilustradas na Tabela 1. Tais procedimentos cirúrgicos foram realizados sempre pela mesma equipe cirúrgica e obedecendo às normas do Serviço de Colo-Proctologia. O tempo cirúrgico variava com o tipo de cirurgia e eventuais intercorrências per-operatórias (Tabela 2).

Tabela 1 - Operações realizadas - 1990-1994.

Tipo de cirurgia	Nº de casos	Incidência
Duhamel-Haddad	36	32,72%
Reconstituição de trânsito	20	18,18%
Colectomias	19	17,27%
Op. Hartmann	14	12,72%
Ostomias	12	10,90%
Op. Miles	9	8,18%
Total	110	

Tabela 2 - Média de tempo cirúrgico das cirurgias de grande porte colo-proctológicas.

Cirurgias	Tempo médio
Duhamel Haddad	3½ à 4 h
Colectomias	2½ à 3½ h
Miles	3 h
Colostomias	2½ h
Retossigmoidectomia à Hartman	2½ h
Reconstituição de trânsito	1 h

Dos 110 prontuários analisados, 52 casos eram do sexo masculino e 58 casos do sexo feminino, compreendidos numa faixa etária que variava de dois a 77 anos (Tabela 3).

Tabela 3

Faixa etária	Nº de casos	%
01 - 09	3	2,72
10 - 19	4	3,63
20 - 29	3	2,72
30 - 39	14	12,72
40 - 49	36	32,72
50 - 59	17	15,45
60 - 69	20	18,18
70 - 79	13	11,81
Total	110	100

Na grande maioria das vezes possuíam estado físico ASA II ou III e foram submetidos a diferentes tipos de anestesia, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Técnicas anestésicas empregadas.

Técnica	Nº	%
Peridural	72	65,4
Peridural + anest. geral	09	8,2
Raquianestesia	17	15,4
Anestesia geral	12	11
Total	110	100

Desse total de 110 anestésias foram realizadas 81 bloqueios peridurais. A punção era feita no segmento torácico ou lombar (com predominância do segmento torácico) (Tabela 5). A posição do paciente para realização do bloqueio

variava com a preferência do anesthesiologista (sentada ou em decúbito lateral). A agulha usada era a tuohy BD 12-F ou 10-F.

A técnica escolhida para identificação do espaço peridural foi a de Dogliotti. O anestésico local utilizado foi a bupivacaina e 0,5% com adrenalina, havendo uma variação do volume empregado de acordo com os diferentes procedimentos cirúrgicos (Tabela 5). Na maioria das vezes o bloqueio peridural era associado a sedação com benzodiazepínicos e/ou narcoanalésicos (Tabela 6).

Tabela 5 - Variação da técnica de bloqueio peridural de acordo com o procedimento cirúrgico.

Anestesia	Volume	Local da punção	Tipo de cirurgia
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	20 a 30 ml	T8 a L1	Duhamel Haddad
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	15 a 25 ml	T11 a L3	Reconst. de trânsito intestinal
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	20 a 30 ml	T8 a L1	Colectomias
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	18 a 25 ml	T10 a L3	Retossigmoid. a Hartmann
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	15 a 25 ml	T10 a L2	Ostomias
Bupivacaina a 0,5% c/adrenalina	20 a 30 ml	T8 a L2	Miles

Tabela 6 - Agentes utilizados para sedação e a média da dose empregada.

Agente	Dose
Fentanil	100 a 150 mcg
Fentanil + Midazolam	100 mcg + 10 mg
Midazolam	5 a 10 mg

Os pacientes foram monitorizados através de sinais vitais, diurese, leito ungueal, esfigmomanômetro, estetoscópio precordial e eletrocardioscópio.

RESULTADOS

Dos 81 bloqueios epidurais realizados, 13 apresentaram pequenas complicações pós-operatórias (Tabela 7). Nove tiveram que ser associados a anestesia geral, na maioria das vezes após um período de mais ou menos três horas de cirurgia. As causas desta associação foram principalmente falha do bloqueio ou relaxamento muscular insuficiente precoce (antes de 150 min de cirurgia) ou tardio (depois de 150 min de cirurgia) (Tabela 8).

Tabela 7 - Principais complicações ocorridas no pós-operatório dos bloqueios peridurais.

Complicação	Nº	% em relação ao nº total de bloqueios (81)
Hipotensão	9	11,07
Náuseas e vômitos	4	4,93
Total	13	16,00

*A complicação retenção urinária não pode ser avaliada, uma vez que como rotina do serviço, realiza-se cateterismo vesical em todo paciente que é submetido a cirurgia colo-proctológica de grande porte.

Tabela 8 - Momento de associação peridural + anestesia geral/causa da associação.

Tempo/min.	Nº de casos	%	Causa
30	3	33,33	Bloqueio insuficiente
60	1	11,11	Relaxamento musc. insuficiente precoce*
123	1	11,11	Relaxamento musc. insuficiente precoce*
180	2	22,22	Relaxamento muscular insuficiente tardio**
210	1	11,11	Relaxamento muscular insuficiente tardio**
255	1	11,11	Relaxamento muscular insuficiente tardio**
Total	9	100	

*Precoce = Antes de 150 min de cirurgia.

**Tardio = Depois de 150 min de cirurgia.

DISCUSSÃO

Apesar dos muitos anos de utilização dos bloqueios peridurais, permanecem controvérsias quanto ao seu adequado emprego. A principal hesitação do anesthesiologista em relação a este procedimento anestésico é o temor de não conseguir oferecer um bom relaxamento muscular, indispensável para a prática do ato cirúrgico. Trabalhos recentes demonstram que a maioria dos procedimentos cirúrgicos realizados nos EUA e Inglaterra, são realizados sob anestesia geral, apesar de que os anesthesiologistas destes países dão preferência a anestesia regional para eles mesmos. Uma das razões deste paradoxo é uma compreensão incompleta desses médicos sobre o que devem esperar das anestésias regionais, pois ainda hoje há um conceito errado de que um bloqueio regional é "falho" se acompanhado de suplementação venosa ou inalatória. Este conceito pode ser único impedimento para o uso mais freqüente e adequado da anestesia regional.

O presente estudo nos mostra que o bloqueio peridural foi eficaz para a realização dos procedimentos cirúrgicos colo-proctológicos de grande porte, uma vez que dentro de uma casuística de 81 bloqueios, 88,8% possibilitaram um per-operatório sem intercorrências e apenas 11,11% (nove casos) tiveram a necessidade de associação à anestesia geral. Deste total de nove casos, a causa da associação foi em

33,33% devido a bloqueio insuficiente, em 22,22% devido a uma insuficiência precoce no relaxamento muscular e em 44,44% devido a uma insuficiência tardia no relaxamento muscular.

Sabe-se que uma das complicações do bloqueio peridural é a hipotensão. Porém na grande maioria das vezes a constante monitorização da tensão arterial, a fim de conservá-la em níveis desejados, bem como o emprego de vasopressores e a infusão de fluidos em volumes adequados, são suficientes para contornar tal complicação. Neste trabalho, a hipotensão pós-operatória ocorreu em apenas 11,07% do total de bloqueios peridurais realizados, enquanto náuseas e vômitos ocorrem respectivamente em 4,93%.

A combinação do bloqueio peridural com sedação endovenosa utilizando narcoanalésicos e/ou benzodiazepínicos se fez presente na maioria dos casos. Esta associação promove inconsciência e minimiza ou evita o bombardeio do sistema nervoso central por estímulos sensitivos e viscerais partidos da área operada. Pela interrupção das fibras motoras se obtém um relaxamento muscular intenso. O sistema nervoso simpático é atingido, produzindo uma tendência a hipotensão arterial que diminui, na maioria dos pacientes, o sangramento durante a cirurgia.

A anestesia peridural produz uma verdadeira simpatectomia química que contribui para proteger o paciente contra efeitos cardiovasculares de uma intubação endotraqueal (taquicardia, hipertensão), um aspecto de grande importância nos idosos e cardiopatas.

CONCLUSÕES

Apresentam-se e comentam-se os resultados de um estudo de 110 pacientes submetidos a cirurgias colo-proctológicas de grande porte sob diferentes técnicas anestésicas. Nesta série, a grande maioria das intervenções cirúrgicas foi realizada sob anestesia peridural (73,6%). Para tais bloqueios, o agente anestésico preferido foi a bupivacaína a 0,5% com adrenalina e a maioria dos bloqueios foi associado a sedação endovenosa com benzodiazepínicos e/ou narcoanalésicos, associado com cateter de O₂. Dos 81 pacientes submetidos a bloqueio peridural em 11,11% foi necessária a associação com anestesia geral devido a: relaxamento muscular tardiamente insuficiente (44,44%); relaxamento muscular precocemente insuficiente (22,22%) e bloqueio insuficiente (33,33%).

As complicações pós-operatórias foram mínimas, destacando-se a hipotensão (11,07%). A complicação retenção urinária não pode ser abordada, uma vez que, como rotina do serviço, realiza-se cateterismo vesical nos pacientes que se submetem a cirurgia colo-proctológica de grande porte.

Este estudo nos permite constatar que a anestesia peridural é uma boa opção anestésica para realização de procedimentos cirúrgicos colo-proctológicos de grande porte, necessitando porém, ser mais amplamente difundida pelos profissionais da área para que possamos chegar a um melhor aprimoramento da referida técnica anestésica. Esperamos que esse trabalho venha servir como um passo nesta direção.

Agradecimento - A Dr. Willen Alves Correia (In Memoriam).

SANTANA HJ, TORRES NETO JR, VIDAL MAN, SANTANA NMBS, OLIVEIRA FILHO JJ, SANTOS CM, SILVA FILHO EF & MENDONÇA RS - Epidural blockade in colo-proctologic surgery of great proportion.

SUMMARY: It is presented a series of one hundred ten cases of colo-proctologic surgical procedures managed under different anesthetic techniques between 1990 and 1994. In the group studied, the majority of surgical procedures was Duhamel-Haddad technique. The youngest patient was two and the oldest was seventy-seven years old. Epidural anesthetic technique was done in 73.6% (11.1% had to be associated to geral anesthesia) and raquidics in 15.4%. The course of anesthesia was smooth and the number of post operative complications was small. The results seem to show that this technique deserves more widely use and that it is good method for the practicing anesthetists.

KEY WORDS: anesthesia; colo-proctologic surgery

REFERÊNCIAS

1. Miller RD. Anestesia. Introdução a anestesia regional 1993; 2(44): 1369-1375.
2. Miller RD. Anestesia. Anestesia subaracnóidea, peridural e caudal 1993; 2(45): 1377-1402.
3. Nocite JR. Bloqueio insuficiente em anestesia peridural, ou subaracnóidea: prevenção e tratamento. Rev bras anest 1993; 43(3): 217-220.
4. Fortuna A, Fortuna AO. Narcoanalgesia: 1.000 casos de anestésias combinadas (narcose + peridural ou raquiianestesia). Rev bras Cir 1988; 78(2): 91-96.
5. Mendes F. Analgesia pós-operatória com infusão contínua de opióides e anestésicos locais: nossa experiência. Rev bras anest 1992; 42(15): 42.
6. Imbelloni LE. Estado atual do bloqueio combinado subaracnóideo - peridural. Rev bras anest 1993; 43(3): 213-216.
7. Scott DB. Introdução a anestesia regional. Bloqueio epidural 1991; (21): 80-94.
8. Moreira Filho L. Técnica combinada: analgesia epidural contínua e anestesia geral para cirurgias urológicas de longa duração. Rev bras anest 1992; 42(15): 26.
9. Barreto AGPS. Avaliação da latência do bloqueio epidural com solução alcalinizada de anestésicos locais. Rev bras anest 1992; 42(15): 75.
10. Barbosa JS. Anestesia peridural caudal em crianças: Proposta de uma tabela. Rev bras anest 1992; 42(15): 110.

Endereço para correspondência:

Hermes de Jesus Santana
Rua Ananias Azevedo, 100
Edf/ Piazza Fiorentina 301
49020-080 - Aracaju - SE