

ANALGESIA DE CONDUÇÃO NA CIRURGIA ANORRETAL. ASPECTOS TÉCNICOS

LUIZ TAGLIOLATTO Jr., TSBCEP

TAGLIOLATTO Jr. L - Analgesia de condução na cirurgia anorretal. Aspectos técnicos. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(3): 113-116.

RESUMO: O autor apresenta detalhes da técnica de analgesia de condução em cirurgia anorretal.

UNITERMOS: cirurgia proctológica no ambulatório; cirurgia ambulatorial; analgesia condutiva

Atualmente, um dos problemas enfrentados pelos cirurgiões é a manutenção da qualidade do tratamento cirúrgico frente à necessidade de se conter os custos. A realização da cirurgia anorretal sob “anestesia local”, mais apropriadamente chamada de analgesia de condução, tem demonstrado satisfazer tais necessidades e tem sido objeto de diversas publicações (4, 9, 10).

Trabalhos científicos têm demonstrado que a cirurgia proctológica sob “anestesia local” em regime ambulatorial é exequível em mais de 90% das cirurgias anorretais (4). Outros demonstram que mais de 60% destas cirurgias podem ser realizadas a nível de consultório, sem qualquer prejuízo para o paciente (10). A morbidade operatória é semelhante às realizadas por bloqueios raquimedulares ou sob anestesia geral (4). Ela se mostra segura e eficiente quanto à analgesia e seu custo é de aproximadamente 50% em relação às cirurgias convencionais (4).

O conforto psicossocial do paciente também é relevante, bem como a desburocratização do sistema de saúde (10).

Observamos, no entanto, que as publicações têm se prendido à análise de resultados e passam rapidamente pela técnica anestésica empregada (4, 6, 10-15).

O objetivo deste trabalho é apresentar, com detalhes, a técnica de analgesia condutiva, tal como a utilizamos ambulatorialmente.

Aspectos técnicos

Foi originalmente descrito por Braun, na Alemanha, em 1907, e modificado por Allen, em 1918, por De Takats, em 1928, e Werner, em 1935, como técnica de

infiltração anestésica (1, 5, 16). Posteriormente, em 1938, Bacon divulgou a técnica denominada *analgesia de condução* (2). Este termo parece ser mais correto que “anestesia local” porque as injeções são realizadas deliberadamente para analgesia das vias nervosas de condução para o anorreto. Como procedimento planejado, difere da infiltração por injeções aleatórias que caracterizam a anestesia local (2).

Analgesia condutiva, de bloqueio ou regional, caracteriza a situação em que se injeta uma solução anestésica local perto dos nervos a fim de inibir a transmissão nervosa; inclui a anestesia espinhal, anestesia epidural, o bloqueio nervoso e a anestesia do bloqueio de campo, mas não inclui a anestesia de infiltração ou tópica.

A anestesia local ou de infiltração é a anestesia regional produzida por infiltração direta de solução de anestésico local no lugar da operação.

A palavra analgesia é utilizada para denominar a abolição da sensação de dor sem perda da função cerebral (3). O termo anestesia caracteriza a perda de todas as sensações, incluindo a dor, resultado da depressão farmacológica da função nervosa, enquanto que analgesia é a privação unicamente da sensação da dor, ou seja, é a condição em que se percebem os estímulos nociceptivos, porém não são interpretados como dor; podem ser acompanhados por sedação sem perda da consciência.

Na analgesia a sensação protopática é retida, mas a episcrítica é perdida (2). Desde que as vias de condução são envolvidas pela solução anestésica, os nervos são afetados por difusão (3).

Em nosso meio o termo “anestesia local” é utilizado muitas vezes com o sentido de analgesia condutiva.

Preparação

Os pacientes não recebem nenhum tipo de medicação pré-anestésica. São colocados na posição de Sims. A tricotomia prévia não é realizada. O anoderma e a pele ao redor são desinfetados com clorexidine. A seguir campos estéreis são posicionados.

A solução analgésica utilizada é a lidocaína a 2% com vasoconstritor (epinefrina) ou o cloridrato de prilocaína a

3% com felipressina em tubetes, aplicados com seringa de Carpule e agulha de uso odontológico (G-30).

Técnica de analgesia condutiva

Passo 1 - É realizado na linha média posterior de 1,5 a 2 cm da margem anal um pequeno botão anestésico. Para isto uma quantidade mínima de anestésico é necessária.

Passo 2 - A seguir introduz-se o dedo indicador esquerdo no canal anal como um guia, se o cirurgião for destro, e a agulha avança lentamente paralela e posteriormente ao canal anal por uma distância de aproximadamente 4 cm. Neste local meio tubete de anestésico é injetado enquanto a agulha é lentamente retirada. Se o paciente sente desconforto, uma quantidade mínima de anestésico pode ser injetada enquanto a agulha avança. A agulha é então retirada até a superfície da pele.

Passo 3 - Com o dedo no reto como guia, esta mesma agulha é lentamente inserida no lado esquerdo, profundamente, por toda a extensão da agulha. A solução anestésica é infiltrada lentamente enquanto se traciona a agulha, mas novamente sem retirá-la totalmente da pele. Meio tubete é utilizado neste tempo.

Passo 4 - A agulha é então inserida no lado direito e o mesmo processo é seguido como no Passo 3. O quadrante posterior foi agora completamente infiltrado, meio tubete sendo usado na linha média e meio tubete em cada lado.

Passo 5 - Com a técnica descrita no Passo 1, uma segunda injeção subcutânea é realizada na linha média anterior, aproximadamente entre 1,5 e 2 cm da margem anal.

Passo 6 - Com o dedo no canal anal como guia, a agulha é delicadamente avançada paralela ao canal anal por uma distância de aproximadamente 4 cm. Meio tubete é injetado enquanto a agulha é tracionada, mas sem sair através da pele.

Passos 7 e 8 - São semelhantes aos passos 3 e 4, a agulha sendo inserida primeiro de um lado, depois pelo outro, profundamente na massa muscular do músculo elevador do ânus por uma distância de aproximadamente 4 cm. Em cada área é utilizado meio tubete de solução anestésica.

Desta forma completa-se a analgesia com a utilização de três tubetes.

Analgésia pós-operatória

Os pacientes são operados ambulatorialmente e, após a cirurgia, a grande maioria é liberada imediatamente, tomando-se o cuidado apenas de que haja um acompanhante para transportar o paciente à sua residência.

O analgésico utilizado é a dipirona por via oral e em raras situações associamos um antiinflamatório não hormonal, também por via oral.

Em uma série de mais de 100 pacientes tratados ambulatorialmente por essa técnica pelo autor, todos obtiveram boa analgesia.

Experiência semelhante tem sido relatada há mais de 50 anos (2).

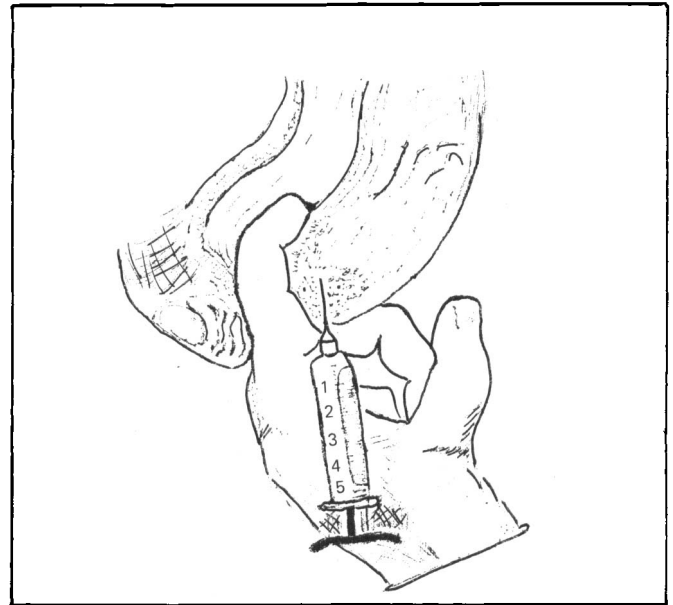


Fig. 1 - Corte sagital. Infiltração de musculatura tendo o dedo como guia.

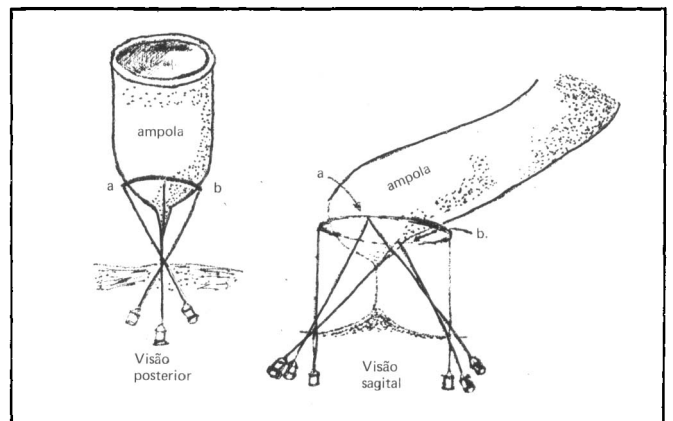


Fig. 2 - Visão posterior e sagital de ampola retal mostrando sua relação com a agulha.

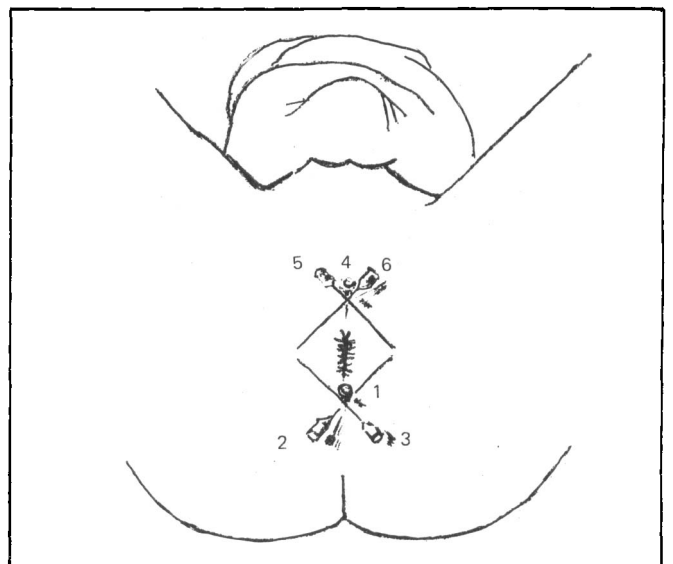


Fig. 3 - Apresentação de angulação da agulha para anestesia de condução de acordo com os passos descritos no texto.

DISCUSSÃO

Este método de analgesia tem sido empregado com excelentes resultados no tratamento cirúrgico de casos seletos de hemorróidas internas e externas, prolapso, procedência moderada (cirurgia de Thirsch), pólipos, fístulas perianais, fissuras, estenoses, criptites, papilas hipertrofiadas e condilomas (2). Na divulsão e remoção de certos corpos estranhos pode ser também utilizada (2). Não é aplicável, no entanto, quando a extensão do processo da doença não foi determinada antes da operação, quando supurações livres estão presentes, quando existem condilomas maciços, fístulas múltiplas e complicadas, ou tumores malignos os quais requerem extensas intervenções cirúrgicas e seu crescimento está localizado acima da reflexão peritoneal. Estas e outras condições, como estenoses severas, procidência de reto, anomalias congênitas e corpos estranhos profundos, são melhor tratadas sob anestesia geral ou analgesia espinal (2).

O aspecto psicológico do paciente e a sensibilidade do médico na seleção dos mesmos é de fundamental importância para o sucesso da cirurgia com analgesia condutiva.

É importante que o cirurgião também conheça e se familiarize com o uso do anestésico local e saiba tratar suas complicações. Os anestésicos locais estabilizam a membrana neural e previnem o início e a transmissão dos impulsos nervosos, resultando desta maneira a ação anestésica local. Devemos sempre usar um anestésico de baixa toxicidade. Utilizamos os anestésicos com vasoconstritor para aumentar o tempo de analgesia. As agulhas que usamos são finas e com pelo menos 4 cm de comprimento, e a seringa de Car-pule é a que permite a aspiração do conteúdo do tubete para se evitar a infiltração do anestésico na luz dos vasos hemorroidários.

A injeção intradérmica anterior e posterior serve para bloquear os filamentos nervosos da pele e impedir subsequente dor à infiltração. A injeção na linha média posterior interrompe os ramos posteriores do nervo hemorroidal inferior, os nervos anococcígeos justamente abaixo de sua perfuração através do ligamento sacrotuberoso, e o ramo perineal do IV nervo sacral no local onde penetra no músculo coccígeo.

A injeção póstero-lateral serve para bloquear os nervos hemorroidários inferiores em um nível mais alto, junto com o nervo perineal e seus ramos escrotal ou labial posterior, e ramos musculares do nervo dorsal do pênis ou clitóris.

A injeção na linha média anterior inibe os nervos escrotal posterior, seus filamentos comunicantes com os ramos perineais do nervo cutâneo femoral posterior e seu ramo muscular para o músculo transverso perineal superficial.

As injeções ântero-laterais bloqueiam os ramos terminais do nervo perineal, os ramos musculares do nervo dorsal

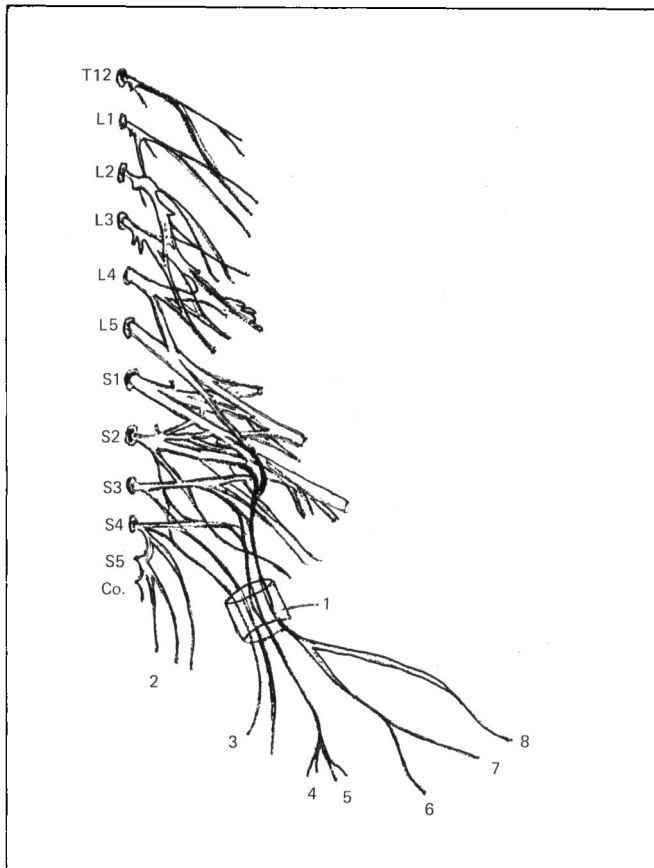


Fig. 4 - Nervos para a área anorretal e sua origem no plexo sacropudendo. 1, nervo pudendo interno, 2, nervos anococcígeos, 3, para o músculo coccígeo, 4, para o músculo elevador do ânus, 5, nervos hemorroidais inferiores, 6, para músculo transverso perineal superior, 7, nervo escrotal posterior e 8, nervo dorsal do pênis.

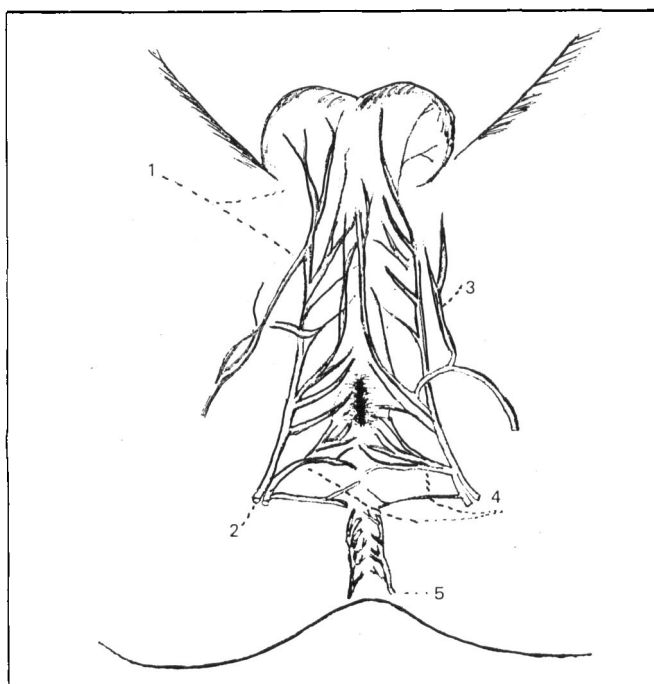


Fig. 5 - Distribuição dos nervos sensoriais da região perineal. 1, nervos escrotais posteriores, 2, nervo perineal, 3, ramo perineal do nervo fêmuro-cutâneo posterior, 4, nervos hemorroidais inferiores e 5, nervos anococcígeos.

para o pênis ou clitóris, e o ramo mais anterior do nervo hemorroidal inferior (2).

CONCLUSÃO

O sucesso da cirurgia anorretal com analgesia de condução depende, principalmente, da seleção cuidadosa de pacientes e de técnica cirúrgica apurada. Em nossas mãos os resultados foram surpreendentes. Mostrou ser método de valor e altamente recomendado. A abolição da dor e a não distorção dos tecidos, além de completo relaxamento muscular, equiparam-se, ao nosso ver, à técnica em pacientes bem selecionados e a outras de maior custo e risco.

TAGLIOLATTO Jr. L - Conduction analgesia in anorectal surgery.

SUMMARY: The author presents the technique of conduction analgesia in anorectal surgery.

KEY WORDS: outpatient anorectal surgery; ambulatory surgery; conduction analgesia

REFERÊNCIAS

1. Allen CW. Local Anesthesia, p. 413. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1918.
2. Bacon, HE. Conduction analgesia in surgery. Surg Gynecol Obstet, 1938; 105-107.
3. Bickham WS. Operative Surgery, vol. I, p. 85. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1924.
4. Buffara Jr. VA, Najar N, Frare RC, Marchesini JB. Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. Rev bras Colo-Proct 1991; (11-12): 67-69.
5. De Takats G. Local Anesthesia, p. 170. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1928.
6. Goligher J. Cirugía del año, recto y colon (2ª edición). Barcelona: Salvat Editores, 1987: 84.
7. Hertzler AE. The Technique of Local Anesthesia, 5ª edit., p. 22, St. Louis: C.V. Mosby Co., 1933.
8. Labat G. Regional Anesthesia, p. 54. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1922.
9. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em colo-proctologia. Rev bras Colo-Proct 1988; 8(1): 11-13.
10. Ribeiro PC, Ribeiro MC. Cirurgia proctológica em consultórios. Rev bras Colo-Proct 1988; 8(2): 59-61.
11. Rosser C. Diethane in surgery of anal canal, clinical survey of 100 cases. Surg Gynecol Obstet 1934; 59: 820.
12. Smith FC. The use of diethane as a local anesthetic in proctology. Med Rec 1935, 1939: 5817.
13. Schwartz S e col. Principles of Surgery, 1984: 1359-1362.
14. Todd IP. Cirugía de Colon, Recto y Ano. E. Panamericana, 3ª edición, 1983: 322-326.
15. Nunes W. Doenças do Reto e Ânus. Edit. Manole, 1981: 62-64.
16. Wener J. Local anesthesia in anorectal surgery, modified technic. Tr Am Proc Soc 1935: 203.

Endereço para correspondência:

Luiz Tagliolatto Jr.
Rua Ferreira Penteado, 1242 - ap. 143 - Centro
13010-041 - Campinas - SP