
ANESTESIA LOCAL - EM CIRURGIA ORIFICIAL

JOÃO CARLOS MAGI, ASBCP*
JOSÉ HYPPOLITO DA SILVA, TSBCP
KAISER DE SOUZA KOCK
SÉRGIO HENRIQUE COUTO HORTA

MAGI JC, SILVA JH, KOCK KS & HORTA SHC - Anestesia local
Em cirurgia orifical. *Rev bras Colo-Proct*, 1996;16(2):70-73

RESUMO: Cento e dez pacientes de afecções orificiais foram operados no Hospital Heliópolis, no período de abril a dezembro de 1995 utilizando-se anestesia local. Descrevemos a técnica anestésica utilizada, as operações realizadas, a idade, o sexo, a avaliação pré-operatória e o preparo dos pacientes. A anestesia local apresenta início rápido e efeito prolongado, oferece boas condições operatórias e recuperação rápida, além de baixo risco anestésico. Como decorrência, obtém-se maior rotatividade de pacientes, menor risco de infecção hospitalar e menor custo. Concluímos que o uso da anestesia local em cirurgias orificiais é uma boa opção.

UNITERMOS: anestesia local; cirurgia orifical; colo-proctologia

Ao escolhermos a melhor opção de tratamento para pacientes com doença orifical analisamos a doença e os recursos de trabalho que nos são oferecidos. Diante disso, o método de eleição será aquele que ofereça melhor qualidade e baixo custo.

A cirurgia dita orifical, que trata as doenças do orifício anal, é sítio apropriado para a anestesia local.

Acreditamos que a conjuntura atual, econômica e social, exija maior uso de procedimentos com anestesia local. Dado o sucesso na utilização desse método, resolvemos transmitir a nossa experiência.

PACIENTES E MÉTODOS

No período de abril a dezembro de 1995, 110 doentes portadores de afecções orificiais, foram operados no Hospital Heliópolis utilizando-se a anestesia local.

A doença, a operação, o número de casos e as respectivas porcentagens encontram-se na Tabela 1.

A idade dos pacientes variou de 20 a 83 anos, com a média de 43,6 anos e mediana de 42 anos. Quanto ao sexo, 57% pertenciam ao masculino e 43% ao feminino.

A avaliação pré-operatória constou de exames clínico, proctológico e laboratoriais pertinentes. Dez apresentaram hipertensão arterial sistêmica, dois cardiopatias, um epilepsia, um diabetes, um bócio tireoidiano e um doença pulmonar obstrutiva crônica. Todos foram tratados e compensados.

O preparo pré-operatório constou de tricotomia anal, preparo intestinal utilizando "fleet" enema doze horas antes do ato cirúrgico e jejum de seis horas.

Todos os pacientes encontravam-se emocionalmente estáveis e orientados quanto ao procedimento.

A anestesia consistiu na cateterização venosa com jelo número 14 e manutenção desse acesso venoso com soro glicosado a 5%. Em seguida, injetou-se 5 mg de midazolam endovenoso lentamente e uma ampola de 75 mg de diclofenaco de sódio intramuscular. Após a colocação do paciente na mesa operatória em posição ginecológica, procedeu-se à anti-sepsia da região anal com solução de povidine tópico e colocação de campos estéreis. A seguir procedeu-se a aplicação nas hemircunferências anterior e posterior, em leque (Fig. 1), entre os esfínteres interno e

* Trabalho realizado no Hospital Heliópolis - Serviço de Colo-proctologia, São Paulo, SP.

Tabela 1 -

Doença	Operação	Nº de casos	Porcentagem (%)
Hemorróidas	Hemorroidectomia	62	56,4
Fístula anal	Fistulotomia anal	22	20,0
Fissura anal	Esfincterotomia anal	23	20,9
Condiloma anal	Exérese e cauterização de condiloma anal	1	0,9
Papila fibromata	Exérese de papila fibromata	1	0,9
Procidência retal	Anel de Thiersch	1	0,9
Total		110	100,0

externo (Fig. 2), profundamente e sob orientação de toque retal de uma solução de 10 ml de lidocaína a 2% e de uma solução de 10 ml de bupivacaína a 0,5% com epinefrina 1:200.000. Injetou-se esta solução diretamente a 3 cm de profundidade num volume de aproximadamente 1 cc em cada ponto. Em seguida, a agulha é remanejada até a pele e reintroduzida, de novo, até outro ponto profundo. Ao final, temos oito pontos profundos e de dois a quatro orifícios de entrada, um anterior, um posterior e, às vezes, um lateral direito e um lateral esquerdo. Não infiltramos pele, subcutâneo ou tronco nervoso como o do pudendo interno. Em todos os procedimentos tivemos à disposição o medicamento flumazenil (antagonista de benzodiazepínicos), aparelhos para ressuscitação cardiorrespiratória e um elemento da equipe destacado para vigilância clínica.

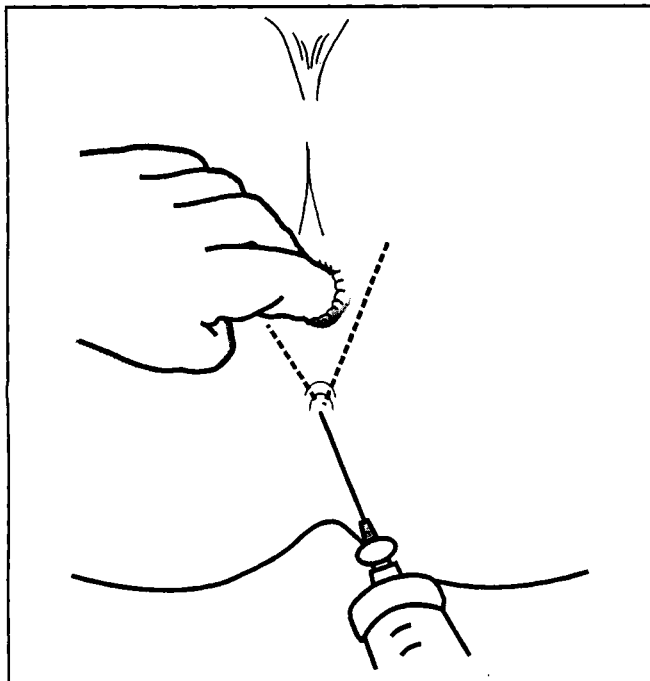


Fig. 1 - Representação esquemática frontal mostrando a distribuição em leque do anestésico.

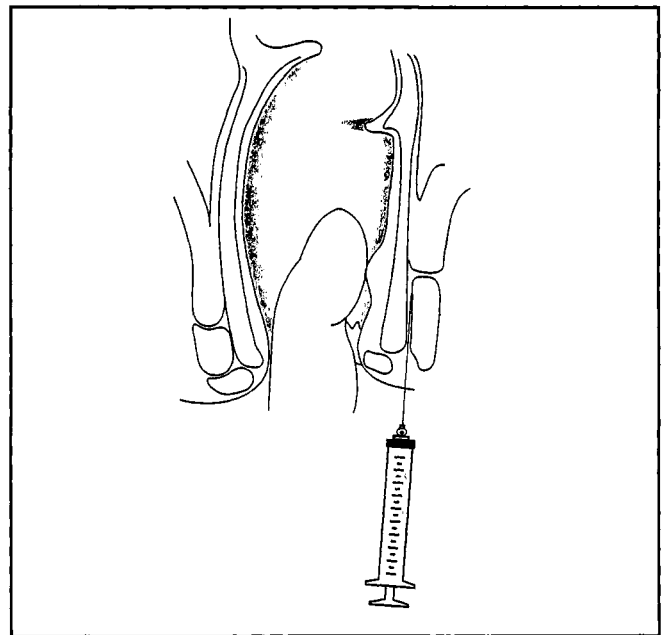


Fig. 2 - Representação esquemática em corte lateral mostrando a aplicação do anestésico entre o esfíncter interno e externo.

RESULTADOS

Tivemos um caso de depressão respiratória relacionado com a sedação por midazolol, revertido com a administração de flumazenil, sem nenhuma consequência para o paciente. Não tivemos outra complicação anestésica.

O efeito anestésico, em média, iniciou-se em menos de dois minutos e prolongou-se por duas horas.

O midazolol provocou certo grau de amnésia nos pacientes em relação ao ato operatório.

DISCUSSÃO

Parte dos serviços de colo-proctologia preconizam o uso de anestesia local como escolha para a maioria das cirurgias orificiais⁽¹⁻¹¹⁾.

A técnica usada consiste não só na privação da dor na região anal, bloqueando os filetes nervosos locais entre os esfíncteres interno e externo, mas também através de sedação prévia dando certa depressão da função nervosa e grau variável de amnésia quanto ao ato operatório. O prolongamento da analgesia no pós-operatório foi auxiliado pelo uso prévio de antiinflamatórios bloqueadores da atividade de prostaglandinas.

As vantagens deste procedimento são:

1 - Menor custo. Não é necessário o uso do centro cirúrgico e da equipe anestésica, bastando uma sala adequada para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e poucas horas de observação. Alguns autores chegam a referir uma economia de 50 a 80% nos custos^(1, 7, 10).

2 - Recuperação rápida e baixo risco anestésico. Como a anestesia é restrita à região anal e com o uso de quantidade mínima de drogas, os efeitos secundários como vômitos e hipotensão são nulos. Além disso, o reflexo vagal, segundo observação de Marti⁽⁵⁾, está abolido neste tipo de anestesia.

3 - Possibilidade de anestesia local prolongada. A solução usada deixa o local anestesiado em média por duas horas. Alguns autores, como Marti⁽⁵⁾, afirmam que a bupivacaína tem efeito até 15 horas. Associada à administração do diclofenaco, antes do início do procedimento, causa maior conforto ao paciente e diminui o uso de analgésicos.

4 - Rápido início da ação anestésica após a administração. A lidocaína começa a agir em menos de dois minutos, como foi observado também por Marti⁽⁵⁾.

5 - Propicia boas condições de cirurgia. O uso de epinefrina 1:200.000 provoca vasoconstrição que diminui o sangramento, fato observado também por vários autores^(2, 5).

O esclarecimento prévio do paciente quanto à anestesia, informando que ele retornará precocemente ao lar, permanecendo pouco tempo no hospital, evitando contato com doentes mais graves e menor risco de infecção hospitalar, faz com que se sinta mais seguro, calmo e colaborativo, aceitando melhor a cirurgia e a anestesia propostas. Este é um cuidado tomado também por vários autores^(1, 2, 7, 8, 10, 11).

Este procedimento relaxa o esfíncter anal e anestesia o canal anal, além de ser de simples execução. Como observa Celoria & col.⁽²⁾, para os cirurgiões que preferem operar os pacientes em decúbito ventral a anestesia pode ser dada nesta posição, não havendo necessidade de mudança de decúbito.

6 - O uso de midazolol possibilita além da sedação, um aumento do limiar para convulsão, que é uma complicação da superdosagem das drogas anestésicas usadas e certo grau de amnésia quanto ao ato cirúrgico, tendo efeito benéfico no pós-operatório. Este benefício foi observado também por Celoria & col. e por Ribeiro & col. com o uso de benzodiazepínicos^(2, 9).

7 - Esta anestesia propicia uma maior rotatividade de casos, liberando os leitos hospitalares para casos mais graves, menor burocracia com menos papéis para preencher e melhor aproveitamento do tempo do médico. Estas vantagens foram observadas também por vários autores^(1, 6-8, 10, 11).

As desvantagens deste procedimento são a dor no momento da aplicação do anestésico e a possibilidade do

paciente se mexer durante a cirurgia, mas isto pode ser contornado tomando-se alguns cuidados como a utilização de agulhas finas, não diluindo a droga, aspirando a seringa antes de injetar e utilizando o menor volume possível da substância injetando-a diretamente entre o esfíncter interno e externo profundamente sem fazer botões subcutâneos e distribuindo bem a droga. Deve ser injetada com cuidado e lentamente, evitando edema, hematomas e distensão abrupta dos tecidos locais, isto é, mantendo a configuração anatômica do canal anal. Em alguns casos conseguimos ótima anestesia com 8 ml de anestésico. Alguns autores preferem a injeção subcutânea, submucosa e nos troncos nervosos como do pudendo interno, em vez da interesfínteriana⁽¹⁻¹¹⁾.

As contra-indicações para o uso da anestesia local, estão de acordo com as descritas na literatura^(2, 5, 11) e são:

1 - Doenças orificiais extensas que exigem grandes volumes de anestésico devido a enorme área a ser operada.

2 - Pacientes que não podem colaborar, como os psiquiátricos, os emocionalmente instáveis e os pediátricos. Nestes casos a anestesia local pode ser usada como coadjuvante para diminuir o volume de drogas a serem usadas na anestesia geral ou na sedação profunda, dependendo do caso.

Alguns autores^(2, 5), preconizam o uso de hialuronidase para diminuir o edema e melhorar a penetração do anestésico, de bicarbonato para neutralizar a acidez das drogas e diminuir a dor na sua aplicação e de atropina no pré-anestésico para prevenir arritmias entretanto nós não utilizamos tais drogas nesta série, mesmo porque não houve necessidade.

CONCLUSÕES

A anestesia local pode ser usada na maioria dos procedimentos cirúrgicos do canal anal, estando contra-indicada nas doenças orificiais extensas e nos pacientes que não podem colaborar.

A anestesia local quando administrada dentro dos rigores técnicos preconizados, oferece um baixo risco anestésico e facilita o ato operatório.

O esclarecimento ao paciente sobre o procedimento é fator importante para seu equilíbrio emocional no momento da anestesia.

A associação da lidocaína com bupivacaína oferece uma anestesia prolongada e um início rápido do efeito anestésico após a administração.

A sedação prévia além de diminuir a ansiedade, promove amnésia melhorando o pós-operatório do paciente.

MAGI JC, SILVA JH, KOCK KS & HORTA SHC - Local anaesthesia - In orifical surgery.

SUMMARY: A hundred and ten patients with ano-rectal disease were operated on at the Hospital Heliópolis. They underwent different procedures under local anaesthesia. We evaluated the utilized anaesthesiology technique the operations, age, sex, preoperative valuation and the prepare of the patients. The local anaesthesia was indicated in the totality of cases. It had a quick beginning and prolonged effect, offering satisfactory

conditions of operation and good recovery. Furthermore we had low incidence anaesthesia hazard. We concluded that local anaesthesia in anorectal surgery is a 6000 option. With low incidence of infections complications an hospitalization period.

KEY WORDS: local anaesthesia; anorectal surgery; coloproctology

REFERÊNCIAS

1. Buffara VA, Najar N, Frare RC, Marchesini JB. Cirurgias anais ambulatoriais sob anestesia local. Rev bras Colo-Proct 1991; 11: 67-8.
2. Celoria G, Falco E, Nardini A, Gianardi M, Poletti G, Di Alesio L. L'anestesia locale nella chirurgia anale. Minerva Chir 1993; 48: 1103-6.
3. Kratzer GL. Improved local anaesthesia in anorectal surgery. Ann Surg 1974; 40: 609-12.
4. Marti MC. Anesthésie locale en proctologie. La Nouvelle Presse médicale, 1976; 5: 2075-7.
5. Marti MC. Anesthésie loco-régionale en chirurgie proctologique. Ann Chir 1993; 47: 250-5.
6. Medeiros RR, Peres MAO. Tratamento ambulatorial das doenças anais. Rev bras Colo-Proct 1988; 8: 133-4.
7. Pinho M. Cirurgia anorretal ambulatorial - uma evolução necessária. Rev bras Colo-Proct 1987; 7: 5-6.
8. Ramos JR, Pinho M, Valory E, Nascimento ML, Souza PCT. Cirurgia ambulatorial em colo-proctologia. Rev bras Colo-Proct 1988; 8: 11-13.
9. Ribeiro MC, Ribeiro PC, Equipe de anestesia Oswaldo Cruz. Método anestésico em cirurgia proctológica. ARS Curandi 1973; 6: 72-84.
10. Ribeiro PC, Ribeiro MC. Cirurgia proctológica em consultórios. Rev bras Colo-Proct 1988; 8: 59-61.
11. Tagliolatto JL. Analgesia de condução na cirurgia anorretal. Aspectos técnicos. Rev bras Colo-Proct 1993; 13: 113-6.

Endereço para correspondência:

José Hyppólito da Silva
Rua Frei Caneca, 1212 cj. 91
01307-000 - São Paulo - SP