

Fórum: Anestesia em Cirurgia Plástica

Estamos publicando o fórum sobre anestesia que contou com a participação dos seguintes anestesistas:

- ◆ Marildo Gouveia
- ◆ Luiz Fernando Sansumann
- ◆ Jaime Araujo
- ◆ Marco Antonio Garambone

Foram selecionadas as perguntas:

1. Qual sua anestesia de preferência para ritidoplastias?
2. Qual sua anestesia de preferência para mamoplastias?
3. Qual sua anestesia de preferência para mamoplastias de aumento?



1. Qual sua anestesia de preferência para ritidoplastias?

Marildo Gouveia: Anestesia geral. Cirurgião e anestesista não devem disputar o mesmo território. Duas cirurgias são quase iguais, duas anestesias são totalmente diferentes. A anatomia se parece mais que a farmacologia, fisiologia, biodisponibilidade de drogas, etc., sem falar na eventual necessidade de modificar o sistema de ventilação do paciente. Problemas com ventilação e intubação podem ser calmamente resolvidos na indução da anestesia, e são emergências dramáticas se necessário intervir no meio da cirurgia. Os casos são raros, mas basta um para detonar a clínica de todos nós.

Luiz Sansumann: Anestesia geral porque provê segurança para o paciente (oxigenação e ventilação adequadas) e tranqüilidade necessária ao cirurgião. As drogas anestésicas e correlatas de última geração propiciam indução suave e despertar rápido da anestesia, com baixa incidência de náusea e vômito. O cirurgião dispõe de tempo, pois não necessita de colaboração por parte do paciente.

A anestesia local com sedação pode ser empregada em pacientes selecionados e operados por cirurgiões experientes e rápidos. Pacientes com indicação de um “minilifting”, portadores de psiquismo favorável, capazes de compreender a técnica proposta (que lhes será detalhada durante consulta ou visita pré-anestésica) podem ser operados sob anestesia local e sedação.

A sedação deverá ser leve, pois sedação profunda equivale à depressão respiratória. O cirurgião deve estar consciente de que é ele o responsável pela analgesia. A solução de anestésico local não poderá atingir ou exceder a dose tóxica da droga empregada. A infiltração deve ser cuidadosa, aspirando sempre a fim de evitar injeção intravascular de anestésico local. Caso o paciente sinta dor sob sedação, ele certamente ficará agitado e o aprofundamento da sedação trará como complicações: depressão respiratória, retenção de CO₂, hipóxia e mais agitação.

A anestesia local, quando empregada, deverá respeitar os seguintes pontos:

1. enriquecimento da mistura inspirada com cateter nasal de oxigênio;
2. dose máxima de anestésico local – lidocaína 7 mg.kg⁻¹ ou bupivacaína 2 mg.kg⁻¹;
3. sedação leve;
4. conforto do paciente: proteção dos pontos de pressão (cotovelos); evitar o repouso de instrumentos (fibra ótica, cautério, afastadores, etc.) sobre o tórax e/ou abdome; procedimento não superior a duas horas.

Jaime Araujo:

Anestesia geral, quando se trata de cirurgia de longa duração com necessidade de muitas doses na sedação.

Marco A. Garambone:

Utilizo local mais sedação. Após aproximadamente 30 anos trabalhando com cirurgia plástica, a minha preferência recai sobre esta técnica anestésica pelas seguintes vantagens:

1. diminuição da incidência de hematomas no pós-operatório imediato;
2. não ocorrência de alterações hemodinâmicas oriundas da intubação orotraqueal;
3. menor sangramento per-operatório;
4. maior mobilidade da cabeça do paciente pelo cirurgião sem risco de extubação acidental e/ou lesões de corda vocal pela mobilização do tubo;
5. menor incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório;
6. diminuição dos riscos durante a infiltração com adrenalina pelo não uso de anestésicos halogenados;
7. evitamos o uso de ventilação mecânica e todas as suas respectivas alterações/complicações hemodinâmicas e respiratórias;

8. despertar mais tranqüilo do paciente;
9. menor resposta endócrino-metabólica ao trauma cirúrgico.

Não contra-indico qualquer outra técnica anestésica, pois a melhor anestesia é aquela com que o anestesista se sente mais seguro e tem maior experiência.

2. Qual sua anestesia de preferência para mamoplastias?

Marildo Gouveia: Prefiro anestesia geral ou local. Mamas pequenas podem ser resolvidas com anestesia local, se a paciente for cooperativa e tranqüila. Na maioria dos casos, prefiro anestesia geral. Deve-se ter em conta que a posição sentada empregada é extremamente desconfortável para a paciente acordada e instável para a paciente sedada. Em anestesia local, a cooperação é essencial.

Luiz Sansumann: Prefiro anestesia geral por causa da segurança do procedimento e maior conforto para a paciente e cirurgião. Contra-indico a peridural alta porque:

1. o bloqueio do sistema nervoso simpático provoca bradicardia intensa que não responde a drogas vagolíticas (atropina);
2. a hipotensão arterial acentuada (decorrente do bloqueio simpático), agravada pela posição sentada necessária à realização da cirurgia, provoca hipóxia cerebral (cuja menor consequência é náusea e vômito).

A anestesia local associada à sedação ficaria restrita a pequenas mastopexias realizadas por cirurgiões “experientes” em pacientes “especiais”, respeitadas as observações contidas na resposta ao quesito primeiro.

Jaime Araujo: Geral. Melhor ventilação na posição de aclive e menos alterações hemodinâmicas. Não gosto de peridural quando o tempo cirúrgico é longo.

Marco A. Garambone:

Bloqueio epidural torácico. Vantagens:

1. evita manobras de intubação orotraqueal e suas respectivas complicações;
2. diminuição do sangramento per-operatório;
3. melhor anestesia pós-operatória;
4. diminuição das alterações hemodinâmicas e respiratórias no paciente advindas da posição sentada quando comparado à anestesia geral pelo não uso da ventilação mecânica;
5. diminuição da liberação de catecolaminas advindas do trauma cirúrgico;
6. deambulação precoce com diminuição do risco de trombose venosa profunda;

7. sendo uma anestesia segmentar, o paciente responde a qualquer estímulo doloroso realizado fora do segmento torácico, evitando assim queimaduras pelo bisturi elétrico e compressão de nervos periféricos;
8. diminuição de náuseas e vômitos pós-operatórios;
9. altera menos a motilidade do trato gastrointestinal quando comparado à anestesia geral, podendo o paciente se alimentar precocemente.

Não contra-indica qualquer outro tipo de anestesia. É muito importante na anestesia peridural torácica a integração do cirurgião com o anestesista.

3. Qual sua anestesia de preferência para mamoplastia de aumento?

Marildo Gouveia: Para maior conforto da paciente e melhor desempenho do cirurgião, prefero anestesia geral. A anestesia local, embora possível, depende de colaboração da paciente e maior disponibilidade de tempo do cirurgião, que deverá trabalhar em paciente comunicação com sua cliente. Sob narcose, a cirurgia anda mais rápido e a paciente pode ir para casa cerca de seis horas depois. Não há nenhuma contra-indicação de alta.

Como a paciente será operada em decúbito dorsal horizontal, não há contra-indicação técnica específica. Considero que o bloqueio de nervos intercostais não oferece vantagem sobre a anestesia local.

Luiz Sansumann: A preferência novamente é pela anestesia geral. A anestesia local complementada com anestesia geral superficial é uma opção bastante interessante. A paciente é monitorizada (ECG, SgO₂, PA, FC): a consciência é abolida com propofol e fentanil; a seguir, introduz-se uma máscara laríngea (LMA), e a anestesia é mantida com baixas concentrações de anestésico inalatório (enflurano, isoflurano ou sevoflurano). A máscara laríngea é bem tolerada em plano de anestesia superficial (ao contrário da cânula traqueal); não provoca dor de garganta nem náusea e vômito. A analgesia é promovida pela infiltração local (cirurgião) e a inconsciência pela anestesia (superficial). O despertar normalmente é suave e rápido.

Jaime Araujo: Pelas mesmas razões.

Marco A. Garambone:

Idem resposta 2.