

*Clinica Cirúrgica*

## EFICÁCIA DA INFILTRAÇÃO PRÉ-INCISIONAL DE BUPIVACAÍNA NO ALÍVIO DA DOR APÓS APENDICECTOMIA: ESTUDO DUPLO-CEGO, PROSPECTIVO E RANDOMIZADO

O controle da dor pós-operatória é ainda um dos aspectos mais conflitantes nos dias de hoje. Em estudo duplo cego, prospectivo e randomizado, realizado em 123 pacientes submetidos a apendicectomia, com idades entre 13 e 45 anos, avaliou-se a eficácia da infiltração pré-incisional da bupivacaína. Depois de submetidos a anestesia geral, os indivíduos foram divididos em dois grupos: o primeiro (61 pacientes) submetido a infiltração de 10 ml de bupivacaína a 0,5% sem adrenalina na pele e sub cutâneo, 5 minutos antes da incisão cutânea e mais 10 ml no plano muscular após abertura do tecido subcutâneo; o segundo compunha-se de grupo controle submetido apenas a apendicectomia sem a infiltração local (62 casos). No pós-operatório eram avaliados pelo grupo de enfermagem, que desconhecia quais pacientes estavam entrevistando. A dor foi avaliada utilizando-se uma escala visual analógica, em que ausência de dor era igual a zero e a pior dor possível era igual a 10. Nas primeiras 48 horas, os questionários foram feitos com 2, 4, 6 e 8 h de pós-operatório e a seguir a cada 4 h enquanto estavam deitados; quando vinham a sentar-se eram avaliados com 24 e 48 h após a cirurgia. A todos os pacientes era administrado sulfato de morfina 0,1 mg/kg/dose até a cada 4 h se o escore de dor estivesse acima de 5, durante as primeiras 48 h ou até quando a dor fosse controlável com paracetamol via oral. O escore de dor durante as primeiras 6, 12, 24 e 48 h foi significativamente menor no grupo tratado ( $p < 0,001$ ). O mesmo ocorreu com o número de injeções de morfina necessárias.

### Comentário

*Trata-se de estudo bastante interessante, o qual demonstra que aparentemente ocorre uma inibição da cascata inflamatória com a infiltração, levando a uma menor necessidade de analgésicos, muitos dos quais com efeitos colaterais tais como a toxicidade gástrica e renal dos antiinflamatórios e a obstipação provocada pelos opióides. O método é bastante útil e facilmente aplicável mesmo em hospitais com menor resolutividade. Apesar do preço da bupivacaína em nosso meio ainda ser relativamente elevado, parece-nos que possa haver uma redução de custos com analgésicos no pós-operatório. O método pode ser aplicado a vários outros tipos de cirurgia eletiva.*

PAULO KASSAB  
ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referência  
Lohsiriwat V, Lert-akyamane N, Rushshatamukayanunt W. World J Surg, 28, 947-950, 2004.

*Medicina Baseada em Evidência*

## DISFUNÇÃO SISTÓLICA TRANSITÓRIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO POR ESTRESSE AGUDO

A associação de disfunção sistólica ventricular esquerda grave e reversível, temporalmente relacionada a eventos estressantes agudos é denominada cardiomiopatia de estresse ou de "Tako-tsubo". Reconhecida a partir de série de casos na literatura<sup>1,2</sup>, a apresentação clínica, laboratorial e eletrocardiográfica por vezes indistinguível das síndromes coronarianas agudas (SCA), ocorre na ausência de doença coronariana obstrutiva significativa e leva ao grave acometimento da função ventricular sistólica, com acinesia / discinesia dos segmentos médio-apicais do ventrículo esquerdo (VE) e hipercontratibilidade compensatória dos segmentos basais, conferindo aspecto peculiar de abaulamento apical transitório (*apical ballooning*) à ventriculografia, além de viabilidade miocárdica à ressonância magnética. A ocorrência de gradientes intraventriculares dinâmicos não é incomum e até 40% desses pacientes necessitam de algum suporte inotrópico e/ou vaso-pressor, ou mesmo uso de balão intra-aórtico na fase aguda. Marcadores de necrose miocárdica são positivos, embora em níveis inferiores aos encontrados no IAM, e prolongamento do QTc e supra ou infradesnível do segmento ST e inversão da onda T são as alterações eletrocardiográficas mais comuns. Na evolução, recuperação completa da função ventricular é a regra, assim como é rara a recorrência, sendo o prognóstico geralmente favorável.

Wittstein et al., da Johns Hopkins University, em Baltimore, abordam os aspectos neurohumorais da síndrome em série de 19 pacientes admitidos de 1999 a 2003, 95% mulheres, com idade média de 63 anos e sinais e sintomas compatíveis com SCA<sup>3</sup>. Os pacientes foram submetidos a ecocardiograma e cinecoronariografia, e alguns também a biópsia miocárdica e ressonância magnética. As dosagens dos níveis séricos de catecolaminas de 13 pacientes e sua correlação com os valores encontrados em sete pacientes com IAM Killip III foram comparados. Os níveis de catecolaminas à admissão do primeiro grupo foram muito mais elevados do que nos paciente com IAM comprovado (medianas da epinefrina de 1264 pg/ml vs. 376 pg/ml, da norepinefrina de 2284 pg/ml vs. 1100 pg/ml e da dopamina de 111 pg/ml vs. 61 pg/ml). Os autores discutem os possíveis mecanismos fisiopatológicos desta forma de atordoamento miocárdico, enfatizando a atividade simpato-neural suprafisiológica levando a níveis excessivos de catecolaminas plasmáticas como causa central. Espasmo da microvasculatura, dano miocitário direto induzido por catecolaminas, além de liberação de espécies