

Uso da anestesia tópica na cirurgia de anomalias oculomotoras

Carlos Alberto Rodrigues-Alves*; Dina B. W. Regensteiner**;
Pedro José Monteiro Cardoso***

INTRODUÇÃO

O uso da anestesia tópica na cirurgia do estrabismo é pouco freqüente¹⁻⁴, tendo sido referido na literatura inicialmente por Miller e Cols. em 1965⁵.

Desde há alguns anos temos empregado tal conduta. Este trabalho apresentará nossas técnicas e resultados.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

17 adultos de ambos os sexos foram submetidos a 18 atos cirúrgicos de anomalias oculomotoras de causas diversas, con-

forme o quadro n.º 1. Os pacientes eram informados com antecedência de que se manteriam despertados durante a cirurgia e recebiam orientação quanto à movimentação dos olhos. Era-lhes indicado que a finalidade do uso da anestesia tópica era a de isentá-los da anestesia geral e de poder testar per-operatoriamente a modificação do desvio ocular. Não foi ministrada nenhuma medicação pré-operatória. Antes de serem levados para a cirurgia os doentes tiveram vários contatos com o cirurgião em consultas prévias, foram avaliados pelo clínico e tiveram estudados o hemograma, tempo de sangramento e coagulação e glicemia.

TABELA 1
Causuística, tipos de estrabismo e cirurgias realizadas com anestesia tópica

Caso	Idade/sexo	Anomalia — M.E.	Cirurgia
1	35/F	XT — Ambliopia	OD — Retr. RL — Ress. RM
2	27/F	Hipertr. — EE	Desistiu
3	30/F	ET-EE	OE — Retr. RM
4	28/F	Retração palp. — EE	OD — Miot. elev.
5	61/F	Hipotr. — EE	OE — Retr. RI
6	52/F	Retração palp. — EE	OE — Miot. elev.
7	59/F	Hipotr. — EE	OE — Retr. RI
8	48/F	ET — Defic. elev. — EE	AO — Retr. RI — Retr. RM
9	42/F	Retração palp. — EE	OD — Miot. elev. pálp.
10	41/F	Defic. elev. — EE	AO — Retr. RI
11	36/F	ET-EE	OE — Retr. RM
12	18/M	Paral. dupla elev.	OD — Knapp
13	58/M	ET-EE	AO — Retr. RM
14	30/F	ET	OE: Retr. RM — Ress. RL
15	18/M	Paralisia IV.º par	OE: Mict. OI
16	55/F	Hipotr. EE	OE: Retr. RI
17	46/M	Defic. elev. — EE; ET	AO: Retr. RI

Abreviaturas usadas:

XT = exotropia
ET = Esotropia
EE = exoftalmia endócrino
RM = m. reto medial

RI = m. reto inferior
RL = m. reto lateral
OI = m. oblíquo inferior

Tendo em mãos o planejamento antecipado da cirurgia, o paciente era instalado na mesa cirúrgica. Um fluxo de oxigênio em contato com a região oromentoniana era mantido durante toda a cirurgia. A seguir efetuava-se a assepsia e a coloração dos campos. Deixava-se a opção de se poder descobrir os 2 olhos per-operatoriamente. O procedimento cirúrgico desenvolveu-

se como se costuma fazer com o paciente sob anestesia geral, expondo-se, entretanto, o menor campo operatório possível. Durante o ato cirúrgico gotejava-se colírio anestésico descontinuadamente: cloridrato de proximetacafna 0,5% ou cloridrato de proparacafna 0,5%. Comumente durante a cirurgia entabulava-se alguma explicação ou conversa entre médico-paciente. Periodica-

* Professor Livre-Docente — Chefe do Serviço de Neuroftalmologia da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Médica Colaboradora do Serviço de Neuroftalmologia da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*** Residente do 3.º ano do Serviço de Estrabismo da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

mente a enfermeira era solicitada para medir o pulso radial. Depois de passados os pontos e apertados frouxamente os nós, efetuávamos rotações binoculares, o cover-test e convergência, usando como ponto de fixação alguma marca no teto da sala ou o polegar do cirurgião. Nos casos 4, 6 e 9 a avaliação do efeito da cirurgia era estudado sobre o posicionamento palpebral. Quando achávamos suficientes os testes, a cirurgia era encerrada, como de hábito.

RESULTADOS

Dos 17 indivíduos encaminhados para a cirurgia, 16 foram operados. Uma paciente recusou o prosseguimento do ato cirúrgico no momento em que se colocou o blefarostato. As propostas cirúrgicas pré-operatórias foram efetuadas, variando-se a quantificação dos retrocessos, ressecções, miotomias e miectomias conforme as exigências demonstradas pelas rotações binoculares e "cover test". Dor e eventualmente náuseas foram referidas na tração dos músculos com o gancho, na sutura da conjuntiva e, mais raramente, na secção do tendão muscular. Não houve referência à dor na passagem de fios pelos músculos e na inserção de pontos esclerais.

COMENTARIOS

Apesar de nossa reduzida casuística pudemos concluir que o uso da anestesia tópica na cirurgia do estrabismo do adulto tem seu lugar na prática clínica do oftalmologista. Surpreende verificar que esta técnica anestésica tem sido muito pouco referida na literatura médica. São raras as pesquisas publicadas¹⁻¹⁴ e, com exceção do trabalho de Weiss com 100 pacientes¹⁸ os demais apresentam pequenas casuísticas^{1-12,14}, assim como o nosso. De fato, as vantagens da anestesia tópica na cirurgia do estrabismo são certamente muitas, e, entre elas, destacaríamos:

- Aferição das modificações do desvio e das rotações oculares per-operatoriamente, conservando integras a vigília e a propriocepção muscular.
- Permitir maior liberdade nas manipulações musculares em cirurgias de estrabismos não concomitantes, nos quais o planejamento cirúrgico pré-operatório é de per-si problemático.
- Redução do tempo de cirurgia.
- Redução do tempo de permanência do paciente no hospital.
- Ausência de uso de drogas utilizadas na anestesia geral.

— Redução do custo.

- Como desvantagens, aventaríamos:
- Possibilidade de desistência da cirurgia por parte do paciente no início da operação, como ocorreu em um dos casos. Pior será evidentemente ocorrer a desistência no per-operatório.
- Paciente agitado no per-operatório.
- Interferência do reflexo óculo-cardíaco, induzindo alterações do pulso.
- Complicações de ordem geral: tosse, vômito, anomalias respiratórias, etc.
- Necessidade de boa experiência cirúrgica do cirurgião. Realmente, a anestesia tópica não oferecerá ao médico a mesma liberdade de manipulação que aquela conseguida com a anestesia geral.
- Referência a fenômenos subjetivos (dor, náusea, etc.).

Evidentemente que, sendo a anestesia tópica na cirurgia de estrabismo um procedimento novo entre nós, teremos que aperfeiçoar nossas técnicas. Como proposta a melhoramentos futuros citaríamos:

- Medicação sedativa leve pré-operatória.
- Manutenção de soro glicosado 5% endovenoso per-operatório para manter veia. Esta conduta permitira a administração de drogas no caso de alguma emergência (convulsão, por exemplo).
- Monitorizar o eletrocardiograma durante toda a cirurgia para avaliar sobretudo o ritmo cardíaco, possivelmente alterável pela manipulação da motilidade extrínseca ocular.
- Infiltrar a conjuntiva bulbar, reduzindo uma importante fonte de dor durante a secção, tração e sutura desta estrutura.
- Efetuar a cirurgia em meio hospitalar suficientemente equipado para atender eventuais complicações sistêmicas.

Como comentário final parece-nos fundamental que o médico e o paciente tenham várias entrevistas pré-operatórias e sejam dadas informações ao doente, destacando a importância da colaboração do mesmo. Concomitantemente o profissional avaliará a disponibilidade emocional do doente para o ato cirúrgico. Mesmo tomando este cuidado poderemos ter imprevistos. A paciente de caso n.º 2 recusou a cirurgia no momento da colocação do blefarostato!

RESUMO

Dezesseis indivíduos adultos portadores de estrabismo de causas diversas foram operados, usando-se a anestesia tópica. A forma de aplicação foi a instilação de colírio de proximetacaina ou proparacaina a 0,5%. Não ocorreram intercorrências graves e as cirurgias foram realizadas sem grandes dificuldades.

SUMMARY

0,5% proparacaine or proxymetacaine eye drops were used in the topic anaesthesia of 17 carriers of se-

veral forms of strabismus. No difficulties occurred during the surgeries, although one patient gave up of being operated on.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APERS, R. C. & BIERLAAGH, J. J. M. — Indications and results of eye muscle surgery in thyroid ophthalmopathy. *Ophthalmologica* (Basel), 173: 171-179, 1976.
2. BOERGEN, K. P. — Operation in Oberflächennästhesie bei endokriner Orbitopathie. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 178: 453-456, 1981.
3. DYER, J. A. — The oculorotatory muscles in Graves disease. *Trans. Amer. Ophthal. Soc.* 74: 425-456, 1976.
4. DYER, J. A. — Ocular muscle surgery in Graves' disease. *Trans. Amer. Ophthal. Soc.*, 76: 125-139, 1978.
5. HARPER, D. G. — Topical anaesthesia for inferior rectus recession in thyroid ophthalmopathy. *Ann. Ophthal.*, 10: 499, 1978.
6. HERZAU, V. — Zur Ophthalmologischen Symptomatik der endokriner Orbitopathie. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 169: 226-230, 1976.
7. KRUSE, M. & RUFSMAN, W. — Management of vertical squint in endocrine orbitopathy. *Proc. 3rd Int. Symp. on Orbital Disorders* pag. 356, Amsterdam, 1977.
8. LONG, J. C. — Surgical management of the tropias of thyroid exophthalmos. *Arch. Ophthal.* (Chicago), 75: 634-638, 1966.
9. MILLER, J. E.; Van HEUVEN, W. & WARD, R. — Surgical correction of hypotropias associated with thyroid dysfunction. *Arch. Ophthal.* (Chicago), 74: 509-515, 1965.
10. PRATT-JOHNSON, J. A. & DRANCE, S. M. — Surgical treatment of dysthyroid restriction syndromes. *Canad. J. Ophthal.*, 7: 405-412, 1972.
11. SCHIMEK, R. A. — Surgical management of ocular complications of Graves' disease. *Arch. Ophthal.* (Chicago), 87: 655-664, 1972.
12. THORSON, J. C.; JAMPOLSKY, A. & SCOTT, A. B. — Topical anaesthesia for strabismus surgery. *Trans. Amer. Acad. Ophthal. and Otolaryngol.*, 70: 968-972, 1966.
13. WEISS, J. B. — Strabismus surgery with topical anaesthesia. A review of 100 cases. *Scientific Program and Abstracts. First Congr. Intern. Strabismol. Assoc.*, pg. 62, Rome, 1986.
14. ZAUBERMAN, H. & MAGORA, A. — Surgery of paretic muscles in ophthalmoplegia of thyroid origin. *Ophthalmologica* (Basel), 159: 333-338, 1969.