

Anestesia Local para Mamaplastia

*Antonio Fernando Carneiro**

Introdução

A mamaplastia configura-se na mais usual cirurgia plástica de médio e grande porte. Este procedimento vai além da indicação estética em várias circunstâncias: síndrome álgicas, pescoço, dorso e alterações na pele e dermatites.

A mama é um órgão simétrico, par e superficial, constituído de glândulas que, juntas forma a glândula mamária. Além da sua função fisiológica, apresenta um indiscutível valor estético e de representação da sexualidade feminina.

Situada na fascia pectoralis, estendendo-se da borda superior da terceira costela até a sexta e sétima costelas, inferiormente. O tamanho normal pode variar de acordo com a constituição física individual, não apresentando uma simetria perfeita entre o par.

Nas jovens, as mamas pesam em média entre 150 e 200g cada e possuem uma consistência firme e elástica, sobretudo nas nulíparas. O homem também possui mamas, porém atrofiadas devido à diferenciação sexual. Em algumas circunstâncias podem se desenvolver, caracterizando a ginecomastia, podendo se tornar dolorosas, com produção de leite e até mesmo serem sede de tumores.

A superfície cutânea pode ser dividida em três regiões: papila, aréola e periferia. A irrigação arterial da glândula mamária é proveniente da artéria axilar, torácica interna e ramos intercostais da artéria aorta. A drenagem venosa da mama é realizada por dois sistemas: superficial e profundo. O superficial é subcutâneo (areolar) inserido no conjunto das veias toracoepigástricas, que se estende por toda a fase anterior do tronco. A drenagem profunda basicamente acompanha os vasos artérias.

* Prof. de Anestesiologia da Universidade Federal de Goiás
Especialista em Medicina Intensiva
Membro da CET/SBA
Anestesiologista da Clínica de Anestesia-GO

A drenagem linfática é conduzida de forma similar e admite-se que o conteúdo proveniente da metade lateral drene com preferência para axila, e o proveniente da metade medial para os linfonodos paraesternais.

A inervação da mama se faz de plexos superficiais provenientes do segundo e terceiros ramos intercostais, de ramos do plexo braquial e de filamentos infraclaviculares. A sensibilidade da porção superior da mama é dada pelos ramos supraclaviculares provenientes do terceiro e quarto ramos do plexo cervical. A inervação do complexo aréolo-mamilar provém da cadeia lateral intercostal e, por isso, deve ser preservada o máximo possível. O conhecimento da anatomia serve como um guia para a realização da anestesia local da mama, assim como, das conseqüências que podem ocorrer decorrentes das secções nervosas durante o procedimento, levando a uma provável anestesia cutânea na superfície inferior da porção lateral do braço e da parede torácica na margem posterior da axila, sendo muitas vezes transitórias ou definitivas.

Estruturalmente, as mamas são glândulas sudoríparas especializadas e efetoras, controladas por fatores locais, sistêmicos e externos guiados pelo eixo endócrino, que regula o sistema reprodutor em geral. Após a menopausa, com a privação dos hormônios sexuais, as glândulas e ductos submetem-se as alterações atroficas, sendo que a maior proporção passa a ser composta de células adiposas.

A principal motivação consciente(aparentemente) para a cirurgia plástica da mama é a insatisfação da paciente com seu aspecto de seu seio. Isto nem sempre coincide com a forma como os outros vêm seu aspecto físico. Algumas vezes vários sentimentos estão relacionados: vergonha, timidez, ou insegurança nas relações efetivas por defeitos nem sempre observáveis tanto por seus parceiros quanto por outras pessoas. A forma do seio que mais atrai a observação positiva de seus membros está ligada à idade. Há culturas que privilegiam as formas corporais jovens, o que fez com que, no decorrer do envelhecimento, algumas mulheres sintam diminuição na atratividade sexual e aceitação social. Com isto, muitas buscam muitas vezes uma cirurgia reparadora, com objetivo de retornar ao corpo jovem mais aceito pela cultura.

As cirurgias de mamoplastias apresentam uma gama enorme de indicações, três são as principais motivações: aspectos funcionais(onde o peso da mama pode alterar a postura e desvios na coluna vertebral), aspectos morfológicos(nas assimetrias pequenas e acentuadas) e aspectos emocionais(onde de uma forma consciente ou não a mulher encontra-se insegura e principalmente com a perda da auto-estima).

As exigências com segurança e qualidade em anestesia fazem com que novos fármacos e técnicas sejam sempre pesquisadas. É sempre importante salientar que, por mais seguro que pareça administrar uma anestesia e por mais simples que seja o procedimento cirúrgico, a presença do anesthesiologista é obrigatória. Quando uma técnica de anestesia local for indicada para qualquer procedimento, devemos estar cientes das resoluções e implicações federais vigentes sobre esta prática.

Aspectos pré-operatórios da anestesia

O principal objetivo da avaliação pré-operatória é com certeza diminuir a mortalidade e morbidade anestésico-cirúrgica. O resultado de todo esse cuidado depende da atenta avaliação e preparo per-operatório. Em vista de oferecer maior qualidade e segurança, deve-se incentivar a prática do consultório de anestesia mesmo quando se programa uma técnica anestésica com anestesia local. A consulta pré-anestésica beneficia e conforta a paciente, à medida que esclarece suas dúvidas acerca do ato anestésico. Na avaliação pré-anestésica, o risco cirúrgico, a orientação sobre

medicações em uso, a segurança e tempo de jejum e uma rotina mínima de exames laboratoriais, devem ser reforçadas.

Anestesia Local

Consiste em produzir anestesia por infiltração dos tecidos da área a ser operada. Pode-se optar pela infiltração local e ou associá-la à sedação e analgesia (midazolam, propofol dexmetomidina e/ou opióides). Para que seja satisfatória uma sedação, é indispensável boa infiltração de toda a área a ser manipulada. Qualquer anestésico local pode ser utilizado na infiltração. A escolha dependerá de vários fatores: paciente, tempo cirúrgico e da técnica operatória a ser empregada. As soluções de anestésico locais são adicionadas de um vasopressor, quase sempre a adrenalina com finalidades de diminuir o sangramento local, diminuir sua absorção e melhorar o campo operatório. A infiltração anestésica só deve ser feita após demarcação da técnica na pele, instalação de uma venoclise e monitorização adequada, assim como, todo material de ressuscitação na sala operatória. Normalmente um volume de 200ml de lidocaína a 0,2% adicionada com adrenalina é suficiente para infiltrar as duas mamas. A infiltração de anestésico local pode ser repetida no decorrer do procedimento sempre que se manifestar dor, obedecendo à farmacodinâmica e farmacocinética do fármaco. É aconselhável, para evitar uma absorção maciça, a infiltração de uma mama de cada vez. Em algumas situações como nas mastopexias, podemos infiltrar as duas mamas ao mesmo tempo.

A cada dia é mais comum a realização de cirurgias plásticas com anestesia local. A presença do anesthesiologista faz-se indispensável. Sendo precioso o relacionamento anestésico-cirúrgico, abrindo espaço para discussões acerca de eventuais limitações a qualquer técnica

Referências Bibliográficas

1. DE Jong RH. Local anesthetics. St.Louis.Mosby-Year Book,Inc.,1994
2. Groban L, Deal DD, Vernon JC, et al. Cardiac resuscitation after incremental overdosage with lidocaine, bupivacaine, levobupivacaine and ropivacaine in anesthetized dogs. *Anesth Analg*, 2001; 92:37-43.
3. Morgan, EGJ; Mikhail, MS; Murray, MJ., *Clinical Anesthesiology*, pg233-240, Third Edition, 2002.
4. Stoelting, RKS., *Pharmacology and Physiology in Anesthetic Practice*, pg158-180, Third Edition, 1999.
5. Tetzlaff J. *Clinical pharmacology of local anesthetics*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann, 2000.
6. Ronald j. Faust , et al. *Anesthesiology Review*. Third Edition, 2002.
7. Nocite JR et al-Dexmetomidina associada a propofol em sedação durante anestesia local para cirurgia plástica. *Ver Brás Anestes*;2003;53:2:198-208.
8. Barash, PG;Cullen, BF; Stoelting,RK., *Clinical Anaesthesia*, pg449-469, Fourth Edition, 2001.
9. Tucker GT. Pharmacokinetics of local anesthetics. *Br J Anaesth* 58:717-31, 1986

