

Retrobulbar ou Peribulbar: Uma Questão de Nomenclatura?

O trabalho de Soares e col.¹ publicado neste número da Revista Brasileira de Anestesiologia despertou antigas indagações a respeito das técnicas de anestesia em uso para cirurgia ocular: retrobulbar, peribulbar, extraconal, periconal e subtenoniana.

As técnicas de anestesia têm como objetivo depositar o anestésico local num determinado ponto, a partir do qual a difusão possa alcançar os nervos ciliares, que são responsáveis pela sensibilidade do globo ocular, o gânglio ciliar e os nervos motores, que inervam toda a musculatura responsável pela movimentação do mesmo. Assim, pode-se obter um curto período de latência, analgesia, bloqueio de reflexos autonômicos e imobilidades do globo ocular. Na dependência do volume injetado, o anestésico pode difundir-se para o segmento anterior do olho e prover analgesia das pálpebras e acinesia do músculo orbicular ocular. O efeito concentração e o poder de difusão também são importantes na determinação da latência.

Alidocaína a 2%, fármaco com alta difusibilidade, determina menor tempo de latência do que a bupivacaína e a ropivacaína. No trabalho de Soares e col.¹ onde foi utilizada a mesma concentração (0,5%) de bupivacaína racêmica, levobupivacaína e mistura enantiomérica de bupivacaína (S75/R25) não houve diferença significativa quanto ao volume anestésico mínimo (VAM) entre os três fármacos utilizados no bloqueio retrobulbar, mostrando perfis semelhantes quanto à difusão. Apesar dessas drogas, naquela concentração, não serem as mais utilizadas no bloqueio retrobulbar, mostra que elas apresentaram um bom índice de acertos quando o anestésico local foi depositado atrás do globo ocular.

Retro significa atrás e retrobulbar é atrás do bulbo, ou do globo ocular. Nessa técnica o anestésico local é depositado atrás do globo ocular, além do equador do mesmo. Deve-se esperar assim menor latência da analgesia, do bloqueio motor e menor índice de falhas.

Algumas complicações descritas (hematoma retrobulbar, perfuração do globo ocular e injeção na bainha do nervo óptico) tornam-se extremamente raras, observando-se detalhes técnicos como: o paciente manter o olho na posição primária; não cruzar, com a agulha, o plano sagital que passa pelo eixo visual; não introduzir a agulha mais do que 30mm; observar as contra-indicações do bloqueio; usar material adequado (agulhas não cortantes com bisel curto). Um estudo englobando 5000 casos de retrobulbar, mostrou apenas três casos de hematoma retrobulbar (0,06%) e nenhuma outra complicação². No estudo de Soares e col.¹ na técnica descrita, a agulha de 25 mm ultrapassa o equador ocular, sendo introduzida na direção do vértice do cone, caracterizando uma injeção retrobulbar.

O bloqueio peribulbar com dupla punção surgiu como alternativa mais segura do que o bloqueio retrobulbar. Preconizava-se a injeção ao redor do bulbo ocular, nas proximidades do equador do globo. Neste local a probabilidade da difusão do anestésico local para o segmento anterior é maior, daí a maior incidência de quemose, maior latência do bloqueio motor e a necessidade freqüente do uso do baroftalmo. Aprofundando-se mais a agulha a incidência de quemose e de falhas é menor.

A probabilidade maior de perfuração do globo ocular com dupla punção fez surgir trabalhos preconizando o uso de uma única punção infero-lateral e maiores volumes, utilizando-se agulhas de 25mm de comprimento. Interessante de se observar é que a palpação do ponto infero-lateral, na maioria das vezes o ponto de injeção, corresponde ao equador do globo. Assim, a introdução da agulha já alcança o polo posterior e o anestésico é depositado no espaço retrobulbar. Isso equivale dizer que quando o índice de falhas, a latência e os volumes forem menores, está se fazendo bloqueio retrobulbar.

Outro aspecto deve ser considerado é que a injeção retrobulbar promove proptose mais acentuada do que a peribulbar. A proptose mostra que o anestésico não está sendo injetado no forâmen óptico, constituindo-se em sinal útil na profilaxia de complicações³.

Fato importante é que o que se relaciona com a introdução da agulha além do equador do globo ultrapassando a porção membranosa do cone. Na dependência do tipo de agulha utilizada, a perfuração da membrana é perceptível, especialmente em pacientes jovens. Assim, ao ultrapassá-la a injeção tomará preferencialmente a direção do cone músculo-membranoso, banhando o espaço retrobulbar.

Pelo exposto, é necessário definir a nomenclatura e detalhar minuciosamente a técnica anestésica no método para que se observe os resultados de acordo com a exata colocação da agulha, que no caso do artigo de Soares e col. não deixou dúvidas tratar-se de anestesia retrobulbar, técnica comum em alguns artigos sendo, entretanto rotulada como peribulbar.

Unitermos: TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: peribulbar, retrobulbar

Dr. Luiz M. Cangiani, TSA
Membro do Conselho Editorial
Chefe do Deptº de Anestesiologia e Terapia da Dor do
Centro Médico de Campinas
Av. Andrade Neves, 611
13013-161 Campinas, SP