

# Bloqueios anestésicos úteis em cirurgia dermatológica

Procedimentos de rotina que necessitam de aprimoramento diário. Exemplos práticos e bem ilustrados mostram formas de utilização dos bloqueios anestésicos

Vamos nos deter a um pequeno grupo de bloqueios, uma vez serem estes os que mais facilitam nossa rotina de consultório, otimizando o tempo e reduzindo a dor sofrida pelo paciente em procedimentos cada dia menos invasivos, mas não menos dolorosos.

Os bloqueios de tronco e plexos nervosos maiores são quase sempre associados à sedação pré-operatória e necessitam de um treinamento cotidiano nem sempre fácil de ser mantido. Atualmente, mesmo entre os anestesiológicos, há certa resistência em indicá-los, uma vez que a sedação se tornou um procedimento mais seguro, rápido, eficaz e menos trabalhoso.

Vantagem a favor dos bloqueios é a possibilidade de analgesia intra e pós-operatória prolongada (4 a 6 horas), quando se usam drogas anestésicas de eliminação mais tardia, como a bupivacaína ou ropivacaína com vasoconstritor que retarda a sua absorção.

## 1. Bloqueio dos Nervos Supra-orbitário e SupratrocLEAR

### INDICAÇÕES

Amplamente utilizado para sutura de ferimentos, retirada de tumores e blefaroplastia. Útil no transplante capilar quando o bloqueio do nervo supra-orbitário é feito com cloridrato de bupivacaína ou de ropivacaína, que conferem duração analgésica extra de 6 horas, o que reduz a quantidade de lidocaína na solução tumescente. Da mesma forma nos proporciona uma analgesia mais confortável nas ablações faciais por laser, fenol ou ácido tricloroacético.

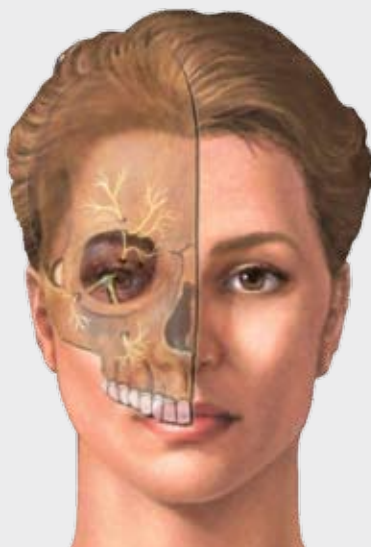
**COMPLICAÇÕES** São muito raras, mas podem incluir infecção, hematomas ou hiperemia cutânea.

### TÉCNICA

**NERVO SUPRATROCLEAR** Usa-se para o bloqueio 1 ml a 1,5 ml

### INERVAÇÃO

#### VISTA FRONTAL

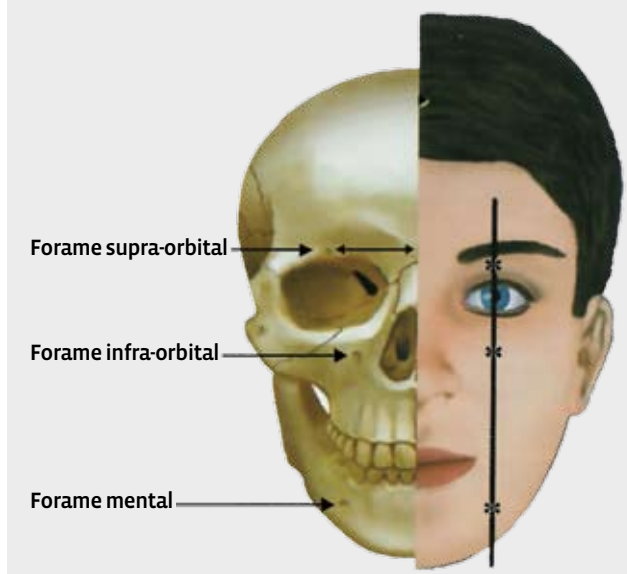


#### VISTA EM PERFIL



**NERVO FACIAL (DIVISÃO SUPERIOR)**  
 ramo temporal  
 ramo zigomático  
 forame estilomastóideo  
**NERVO FACIAL (DIVISÃO INFERIOR)**  
 ramo auricular posterior  
 ramo bucal  
 ramo mandibular  
 ramo cervical

## REFERÊNCIAS ANATÔMICAS



de solução anestésica com vasoconstritor com agulha fina (13 x 4,5 ou 30 G) sob o ângulo súpero-medial da borda orbitária, até a porção superior da tróclea do músculo oblíquo superior.

**NERVO SUPRA-ORBITÁRIO** A referência é o forame supra-orbitário, palpado na borda superior da órbita a 2,5 cm da linha média. A quantidade de 1 ml a 2 ml, injetados através de agulha fina (13 x 4,5) ou gengival 30 G é suficiente para a analgesia.

Estes bloqueios podem ser obtidos, também, através de uma infiltração anestésica mais volumosa (5 ml), via subcutânea, na região anatômica da emergência dos plexos nervosos.

Após a infiltração, uma leve compressão e o massagem da área ajudam a difusão da solução anestésica.

## 2. Bloqueio do Nervo Infra-orbitário

### TÉCNICAS

**EXTRA-ORAL** A agulha é introduzida em um ponto da face, localizado a 1 cm lateralmente à porção média da asa nasal. Assim que a agulha passa pelo forame infra-orbitário, a agulha deve ser direcionada para cima, para trás e lateralmente ao plano axial definido pelo dedo guia. Quando a agulha encontra a maxila, abaixo do forame, a mão é abaixada e a agulha é introduzida através do forame, pelo canal infra-orbitário por uma distância não superior a 1 cm quando deve ser feita a aspiração e conseqüente injeção do anestésico. Quando a localização não for fácil, deve-se injetar pequenas doses de solução anestésica nas proximidades do forame, tornando a cateterização do forame um ato não doloroso.

Nos casos em que não se deseja analgesia da maxila e dentes anteriores, o ato anestésico deve ficar limitado à região periférica à emergência do nervo.

**ORAL** O forame é localizado como já foi descrito pelo dedo indicador. O lábio superior é levantado pelo polegar da mesma mão.

A introdução de uma agulha 13 x 4,5 ou 30 G é introduzida pela mucosa em direção ao dedo indicador já posicionado. ▶

## BLOQUEIO DO NERVO INFRA-ORBITÁRIO



### TÉCNICA EXTRA-ORAL



### TÉCNICA INTRA-ORAL



### 3. Bloqueio do Nervo Nasociliar

Este bloqueio é de interesse para a cirurgia dermatológica, para a cirurgia de tumores, fotoablação a laser de CO<sub>2</sub> no rinofima ou na ablação total (quando se bloqueia toda a face) e nas cirurgias de septo (com associação do bloqueio do maxilar), além de ser usado para analgesia da nevralgia do trigêmio.

Está em um ponto 4 mm acima do canto interno da órbita. Com uma agulha 13 X 4 a 2 cm de profundidade, consegue-se anestesia com 0,5 a 1,0 ml de solução com vasoconstritor.

### 4. Bloqueio do Nervo Mentoniano

#### INDICAÇÕES

Cistos mucosos, tumores labiais, da região mentoniana, ablação perioral por laser de CO<sub>2</sub> ou de Erbyum, abrasão química setorial da face, aplicação de colágeno, ácido hialurônico, politetrafluoretileno (Goretex®) e outros materiais para preenchimento cutâneo.

#### TÉCNICAS

**INTRA-ORAL** Esta via de acesso é considerada potencialmente contaminada e por isso devemos utilizá-la para procedimentos que envolvam o tratamento das doenças da mucosa. Caso seja usada para analgesia da pele, a boa prática consiste em trocar a agulha antes de novas infiltrações pela pele e proceder à anti-sepsia e assepsia antes do início da cirurgia.

🔥 O cirurgião deve fazer anti-sepsia e pode calçar luvas não-estéreis. Assepsia da região perioral com solução aquosa de clorhexidina.

🔥 Pré-anestesia tópica da mucosa a ser infiltrada, utilizando-se dois pequenos pedaços de algodão embebidos em solução anestésica ou pomada de uso odontológico (lidocaína a 4%) sobre os pontos de emergência dos nervos mentonianos por 2 minutos.

🔥 Palpa-se o forame mentoniano, com o paciente mantendo os dentes cerrados. Infiltra-se uma agulha gengival até o plano ósseo, evitando-se adentrar o forame.

🔥 Aspira-se o êmbolo da seringa de Carpulli e injeta-se cerca de 0,5 a 1 ml de solução anestésica com vasoconstritor em cada área de emergência do nervo mentoniano.

#### EXTRA-ORAL

🔥 Pré-anestesia tópica com creme à base de prilocaína

### BLOQUEIO DO NERVO MENTONIANO



#### TÉCNICA EXTRA-ORAL



#### TÉCNICA ORAL



por 30 a 60 minutos pode ser usada em indivíduos muito sensíveis à dor e/ou psicologicamente muito instáveis.

🔥 O cirurgião deve preparar-se fazendo a anti-sepsia, calçando luvas estéreis e procedendo à assepsia de toda a área perioral, mentoniana e cervical.

🔥 Colocação de campos cirúrgicos estéreis.

🔥 Com o paciente mantendo a boca fechada, traçamos uma linha imaginária através da comissura labial perpendicular à margem inferior da mandíbula. O forame

mentoniano estará posicionado entre as margens superior e inferior da mandíbula (ou seguindo os desvios possíveis, já mencionados, nas crianças ou idosos). Pode-se em alguns pacientes mais magros sentir-se o pulso da artéria mentoniana.

➤ Introdução de agulha fina (13 x 4,5 ou 30 G), aspiração do êmbolo da seringa e injeção de 0,5 ml a 1,0 ml de solução anestésica com vasoconstritor.

## 5. Bloqueio da Orelha

### INDICAÇÕES

Para a maioria das cirurgias dermatológicas, como, por exemplo, retirada de tumores cutâneos benignos e malignos, reconstrução dos lóbulos inferiores (lacerados pelo uso de brincos), redução estética dos lóbulos auriculares, crioterapia e cauterizações químicas para tumores ou ceratoses actínicas, só há necessidade de anestesia da pele da orelha anterior e/ou posteriormente. Para tanto, utiliza-se agulha 25 x 6 ou 30 G sobre os pontos descritos abaixo.

### TÉCNICAS

**EXTERNA** Através da infiltração subcutânea “em leque” da região posterior da orelha desde o polo inferior da orelha até a inserção músculo esternocleidomastoideo no processo mastóide. Desta forma, cerca de 2 ml de solução anestésica chegam aos nervos auricular maior e occipital menor, além de atingir-se o ramo aurículo-temporal. Para anestesia da porção anterior do conduto auditivo pode ser realizada punção externa à frente do tragus auricular.

**ENDAURAL** Quando se deseja a anestesia das paredes anterior e/ou posterior do conduto auditivo, inclusive da membrana timpânica, pode-se usar esse acesso, conseguido através da aplicação, com agulha 13 x 4 ou 25 x 6, de 0,5 ml de solução anestésica na junção ósseo-cartilaginosa.

Esse tipo de bloqueio é mais utilizado pelos otorrinolaringologistas, mas pode ser útil quando se deve adentrar o conduto na ressecção de tumores extensos do pavilhão auricular ou na cirurgia micrográfica de Mohs.

## 6. Bloqueio dos Nervos digitais das mãos

Quando só é necessária a anestesia de um ou dois dedos ou

uma falange e essas são as situações mais freqüentes, o dermatologista deve lançar mão do bloqueio isolado dos dedos das mãos.

Os ramos digitais palmares são oriundos dos nervos radial, mediano e ulnar, seguem ventralmente até as falanges distais, onde se dividem em ramos que vão em direção às matrizes ungueais.

A abordagem deve ser feita com agulha de insulina ou 30 G na face ventral ou na face lateral de cada dedo da mão, de acordo com a necessidade da anestesia.

## 7. Bloqueio dos Nervos digitais dos pés

### TÉCNICA

Palpando-se a face ventral de cada dedo, estaremos longe do contato traumático direto com filetes nervosos e estruturas vasculares. Nessa região punciona-se rapidamente com agulha 13 x 4 ou 30 G (Carpulli) até sentir-se o contato com a estrutura óssea. Aspira-se o êmbolo da seringa e injeta-se cerca de 1 ml a 2 ml de solução anestésica sem vasoconstritor nesse espaço. Isso proporcionará anestesia por tempo suficiente para uma pequena cirurgia. Podemos também bloquear, seletivamente, uma só face do dedo através de punção na face lateral correspondente. Às vezes há necessidade de complementação com a punção na face ventral do dedo para a completa anestesia da falange distal em nível peri-ungueal.

Pelo fato de ser região de circulação terminal e sangramento abundante, nas cirurgias dos dedos sempre lançamos mão do recurso do torniquete (feito em borracha macia ou com dedo de luva), que restringe o sangramento e aumenta a duração do bloqueio anestésico por diminuir a reabsorção do anestésico.

### INDICAÇÕES

Cirurgia de unhas encravadas, calosidades, retiradas de granulomas e tumores cutâneos dos artelhos. ➤

### BIBLIOGRAFIA

- COSTA, I. M. C.; Gadelha. A. R. *Cirurgia Dermatológica em Consultório*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. v. 1. 650 p.
- Atlas de Técnicas de Bloqueios Regionais- Revista Brasileira de Anestesiologia Vol.45:Supl.nº20, Novembro,1995
- SOBOTA *Atlas de Anatomia Humana* Vol 1 e 2 -18ª Edição Guanabara Koogan- 1984
- GRAY *Anatomia* 29ª Edição Guanabara Koogan