

Tratamento da Dor Oncológica: Relato de Um Caso*

Magnólia Leão da Nóbrega¹, Mariângela de Freitas Ribeiro¹,
Manoel Jacobsen Teixeira², Joaquim José Gama Rodrigues³,
Cláudio Fernandes Corrêa⁴, Ruy Vaz Gomide do Amaral⁵

Nóbrega ML, Ribeiro MF, Teixeira MJ, Rodrigues JJG, Corrêa CF, Gomide do Amaral RVG -
Management of Cancer Pain: Case Report

KEY WORDS: ANALGESICS: morphine; ATARACTICS: imipramine; NSAID;
ANESTHETIC TECHNIQUES: Regional: continuous epidural; PAIN: cancer;
SURGERY neurolysis

SEQÜÊNCIA TERAPÊUTICA EM ALGIA ONCOLÓGICA

Numerosas modalidades terapêuticas são possíveis para o tratamento da dor. Aproximadamente 3,5 milhões de pessoas¹ em todo o mundo padecem anualmente de dor oncológica, sendo freqüentemente tratadas de forma inadequada. Relatamos o caso de uma doente com dor provocada por carcinoma epidermóide do estômago que, acompanhada na clínica de Dor do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, seqüencialmente foi tratada com fármacos, procedimentos anestésicos e neurocirúrgicos antálgicos possíveis de serem empregados regularmente em nosso meio.

* Trabalho realizado na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

1 Médica Assistente da Divisão de Anestesia e Membro da Clínica de Dor do HCFMUSP

2 Prof Assistente Doutor do Depto de Neurologia da FMUSP e Médico Chefe da Clínica de Dor do HCFMUSP

3 Prof Adjunto do Depto de Gastroenterologia do HCFMUSP

4 Médico colaborador da Clínica de Dor do HCFMUSP

5 Prof Titular da Disciplina de Anestesiologia da FMUSP

Correspondência para Cláudio Fernandes Corrêa
R Sena Madureira 1123 ap 112
Vila Mariana
04021-051 São Paulo - SP

Apresentado em 6 de maio de 1993

Aceito para publicação em 18 de maio de 1994

© 1994, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 29 anos de idade e de cor branca, foi admitida no serviço com queixa de 2,5 meses de dor lombar em queimação contínua, irradiada para o abdômen superior. Agravava-se com a alimentação e o decúbito dorsal e era parcialmente aliviada com o decúbito ventral, administração de analgésicos e anti-espasmódicos. Referia vômitos pós-prandiais, emagrecimento de 20 kg desde o início da sintomatologia, astenia e fraqueza.

Ao exame físico a doente estava normotensa, taquicárdica (190 bpm), emagrecida (34,2 kg), descorada e desidratada. Foi observado um tumor de 5 x 3 cm no quadrante superior interno da mama direita; massa irregular, dura e dolorosa à palpação no epigástrico e hipocôndrio esquerdo, em continuidade com o fígado, que era palpável à distância de 3 cm da reborda costal direita.

Dentre os exames laboratoriais de rotina estavam alterados as plaquetas (560 mil/mm³), fosfatase alcalina (431 U/L), gama - GT (202 U/L) e a albumina (2,8 g/dl). O exame contrastado do esôfago, estômago e duodeno revelou processo infiltrativo predominante do corpo gástrico. Ao exame endoscópico observou-se lesão ulcerada de contornos irregulares, com 5 cm de diâmetro, com fundo fibroso e bordas bem delimitadas e endurecidas, ini-

ciando-se a 1 cm da cárdia, acompanhando a pequena curvatura gástrica e parte da parede anterior e posterior do estômago. O exame ultrassonográfico do abdômen revelou comprometimento ganglionar e aumento do volume do fígado. A tomografia computadorizada do abdômen mostrou derrame pleural, ascite, dilatação das vias biliares e presença de massa sólida na região epigástrica com infiltração gástrica, pancreática e ovariana direita. A laparoscopia demonstrou infiltração da serosa gástrica, metástases regionais, ascite e provável infiltração do lobo esquerdo do fígado.

A dor apresentada pela doente foi controlada inicialmente com a administração oral de imipramina (75 mg/dia), clorpromazina (40 mg/dia) e Indometacina (100 mg/dia). Após 8 semanas a dor tornou-se refratária a este esquema medicamentoso e foi temporariamente controlada com meperidina por via intravenosa, com freqüência progressivamente maior. A intensidade do desconforto justificou o implante de um cateter peridural dorsal inferior para administração de sulfato de morfina a 0,1% diluído em bupivacaína a 0,25% na dose de 2 mg cada 12 horas. Estas medidas resultaram em melhora acentuada da dor por 19 dias, quando foi indicado a neurólise do plexo celíaco. Como agente neurolítico utilizou-se 50 ml de álcool etílico a 96° GL associado a cloridrato de lidocaína sob apresentação de sal monohidratado (figuras 1 e 2). Devido à recorrência precoce da dor, por instalação de carcinomatose peritoneal, uma semana após à neurólise do plexo celíaco procedeu-se ao implante de uma câmara de morfina modelo *Infusaid*® no tecido celular subcutâneo da região inframamária esquerda.

A infusão de sulfato de morfina no compartimento peridural lombar (figura 3) com a dose de 3 mg duas vezes ao dia propiciou alívio completo da dor (figura 4). A paciente evoluiu com aumento da ascite, edema dos membros inferiores, dispnéia progressiva e queda do estado geral em decorrência da progressão da doença primária. Ocorreu óbito 8 dias após o implante da câmara.



Fig 1- Cateter peridural tunelizado.



Fig 2- Injeção de solução analgesia pelo cateter peridural.

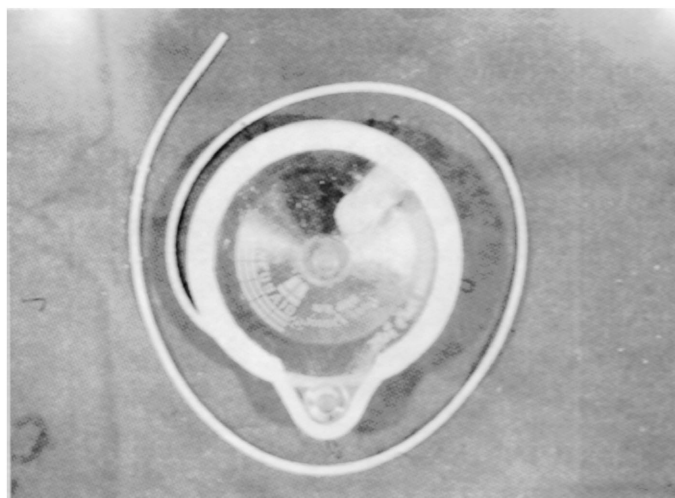


Fig 3- Bomba *Infusaid* ®.

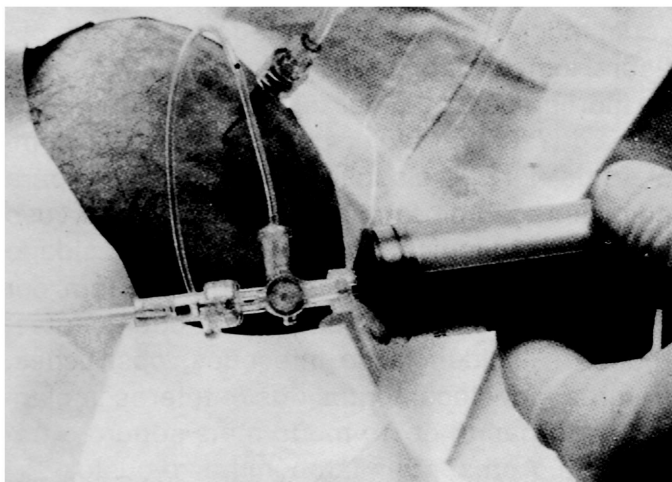


Fig 4- Preenchimento do reservatório da Bomba *Infusaid*® com solução de morfina.

DISCUSSÃO

Este caso ilustra situação freqüente na prática médica, qual seja a existência de doentes com dor oncológica rebelde às medidas habituais de analgesia. O tratamento inicial consistiu da administração sistêmica de um medicamento antidepressivo tricíclico (ADT), associado a neuroléptico (NL) e anti-inflamatório não esteróide (AINE). Estas medidas são amplamente justificáveis. Paoli e Col⁸ demonstraram que os ADT são úteis para o tratamento da dor crônica devido à potente ação analgesia que se manifesta mais rapidamente (3 a 7 dias) que o efeito antidepressivo (14 a 21 dias), mesmo em pacientes não deprimidos³. Os ADT apresentam ainda atividades sedativa hipnótica e orexígena que contribuem para o alívio da agitação, insônia, da fadiga e da anorexia.

O efeito analgésico deve-se, entre outros, à inibição da recaptação de neurotransmissores tais como serotonina e noradrenalina, presentes nas vias supressoras da dor dos tratos descendentes inibitórios que, oriundos do tronco encefálico, atuam em circuitos segmentares nociceptivos do corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal¹⁰. Os NL

agem sobre o componente afetivo da dor, causam assimbolia do sofrimento e potencializam a ação dos antidepressivos tricíclicos⁶. Os AINE¹¹ proporcionam alívio da dor por atuarem em vários estágios do processo inflamatório, incluindo a vasodilatação e a formação de edema. Talvez tenham alguma ação sobre as vias nociceptivas presentes no sistema nervoso central. Parte de seu mecanismo de ação está relacionado à inibição da enzima ciclo-oxigenase, importante na síntese das prostaglandinas, envolvidas na gênese e aumento da resposta à dor nociceptiva,

Como esquema terapêutico inicial mostrou-se, com o passar do tempo, insuficiente para, isoladamente, controlar a dor, mesmo quando medicação narcótica foi regularmente adicionada, optou-se pelo implante de cateter peridural para administração de morfina, técnica que permite que o agente narcótico atinja os receptores da encefalina presentes no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal sem que os efeitos indesejáveis observados com a via sistêmica sejam observados. As soluções empregadas por via peridural consistiram da associação de sulfato de morfina com anestésico local (lidocaína). Além do efeito analgésico, a solução de lidocaína tem ação bacteriostática o que contribui para a prevenção da infecção². Utilizaram-se 2 mg de sulfato de morfina a intervalos adequados. O alívio proporcionado sem efeitos adversos manteve-se durante vários dias. Retenção urinária, prurido, tremores, vômitos e depressão respiratória que eventualmente se manifestam quando da administração de morfina peridural habitualmente são controlados através do ajustamento das doses ou através da administração de fármacos antagonistas específicos². O cateter peridural necessita cuidados especiais para sua manutenção, pois pode romper-se, infectar-se ou obstruir-se. Estes fatos exigem, muitas vezes, sua troca periódica o que torna o método inconveniente quando esta modalidade terapêutica é necessária durante período de tempo prolongado. Com a finalidade de proporcionar menor dependência da equipe de saúde uma

vez que o doente residia em região desprovida de assistência especializada, foi realizada a neurólise do plexo celíaco. Este método proporciona resultados satisfatórios em até 90% dos casos quando a dor é resultante da ativação das vias nociceptivas das vísceras do abdômen superior^{9,4,7}. Está indicado nos quadros álgicos decorrentes de neoplasias ou afecções inflamatórias gástricas, pancreáticas, vias biliares, pelve renal e do retroperitônio. A regeneração das fibras nervosas periféricas ocorre meses após a neurólise e pode resultar na recidiva da dor. O agente neurolítico empregado foi o álcool etílico 96° GL.

Seu poder lítico é diretamente proporcional à desidratação que induz e inversamente à difusão nos tecidos orgânicos. Isto permite tornar a lesão mais circunscrita. Como a realização do procedimento associa-se a dor intensa, anestésicos locais associados a analgésicos sistêmicos são indicados, com a desvantagem de aumentar a probabilidade de hipotensão arterial e de depressão respiratória⁹. Para minimizar a redução da potência neurolítica do álcool absoluto, utilizamos 400 mg de sal de cloridrato de lidocaína, diluídos em 80 ml de álcool etílico, com o que observamos mínimo desconforto à injeção⁷. Algumas complicações podem decorrer da neurólise do plexo celíaco. A hipotensão postural é prevenida e/ou tratada pela infusão intravenosa de expansores de volume (soluções cristalóides ou colóides), meias elásticas, enfaixamento e/ou elevação dos membros inferiores ou fármacos normalizadores da pressão arterial. A aceleração do trânsito intestinal, a dor torácica e lombar e o derrame pleural regridem sem grande expressão clínica em poucos dias na maioria dos casos. Mais raramente é observada irritação das raízes T₁₂, L₁ ou L₂, paraplegia, lesão da artéria radicular de Adamkiewicz e conseqüente isquemia medular⁵. A disseminação peritoneal e parietal da doença aparentemente foi a causa da recorrência da dor após a neurólise. Assim, devido à perspectiva de a doente apresentar sobrevida por alguns meses, optou-se pela implantação de reservatório subcutâneo

conectado ao cateter implantado no espaço peridural lombar para infusão de morfina. A injeção de morfina passou a ser feita por punção percutânea do reservatório do que resultou alívio completo da dor. Os dispositivos implantáveis para administração de fármacos no sistema nervoso central estão indicados quando há necessidade de analgesia por tempo prolongado². Têm por objetivo permitir maior autonomia dos doentes, reduzir a incidência de infecções, obstruções, fraturas e deslocamentos dos cateteres implantados, tornando deste modo mais seguro o tratamento. Apresentam também baixo custo.

O sistema utilizado necessita ser punccionado percutaneamente sempre que necessário. Há, entretanto, no mercado nacional, bombas mecânicas, a gás e eletrônicas, das quais temos feito uso regular para situações similares. Estas permitem que a administração do agente analgésico seja feita automaticamente sem a necessidade de repetida punção da câmara.

Este caso ilustra claramente que, em nosso meio, dispomos de fármacos e recursos técnicos que permitem o controle adequado da dor no doente oncológico. A seqüência descrita que consistiu do uso de analgésicos anti-inflamatórios e psicotrópicos, narcóticos por administração sistêmica ou espinhal peridural, subaracnóidea ou intra-ventricular e quando necessária a interrupção das vias nociceptivas é a mais lógica e segura em situações similares.

Nóbrega ML, Ribeiro MF, Teixeira MJ, Rodrigues JJG, Corrêa CF, Gomide do Amaral RVG - Tratamento da Dor Oncológica: Relato de Um Caso.

UNITERMOS: ANESTÉSICOS: morfina, AINE; ATARÁDICOS: imipramina; CIRURGIA: neurólise; DOR: câncer; TÉCNICA ANESTÉSICA, Regional: peridural contínua

REFERÊNCIAS

01. Alívio Del Dolor en el Cancer - Organizacion Mundial de La Salud - Genebra, 1987; 7-8.
02. Erdine S, Yücel A, İzyalcin S, Aldemir P - Long-term results of opioid analgesia with implantable peridural and intrathecal catheters with reservoir systems. *Regional Anesth*, 1992; 17 (Suppl 69): 35.
03. Gmani A, Ross MR, Luchini SR, Merskey C - Abdominal Pain and Depression. Epidemiologic Findings in the United States. *Hispanic Health and Nutrition Examination Survey*. *Pain*, 1992; 49:77-85.
04. Gonçalves OR, Strauss CRR, Seavedra MGC, Ribeiro CT, Oliveira LF - Bloqueio neurolítico do gânglio celíaco no controle da dor do câncer abdominal. *Rev Bras Anestesiologia*, 1987; (Suppl 7): 37.
05. Hilgier H - Coeliac mighilger plexus neurlysis by anterior aproach. *Regional Anesth*, 1992; 17: 35.
06. Nicholas G - Pain and Depression, em: Bonica JJ, *The Management of Pain*. 2ª ed, 1990; 1: 310-319.
07. Nóbrega ML, Andrade MP, Teixeira MJ, Oliveira Jr JO, Corrêa CF, Cremonesi E, Amaral RVG - Emprego de solução alcoólica de lidocaína para bloqueio neurolítico do plexo celíaco. *Rev Bras Anestesiologia*, 1991; (Suppl 13): 41.
08. Paoli F, Darcourt G, Cossa P - Note préliminaire sur l'action de L'imipramine dans les états douloureux, *Rev Neurol*, 1960; 102: 503-504.
09. Rykowski JJ, Hilgier M - One needle transcrural celiac plexus bloock single - shot and continous thecnique. *Regional Anesth*, 1992; 17 (Suppl 52): 35.
10. Teixeira MJ - Dor Crônica, em: Nitrini R, *Condutas em Neurologia*. São Paulo - Clínica Neurológica do HCFMUSP, 1989; 1: 143-148.
11. Vane LBS - Antidepressivos - *Farmacologia do Lítio*, em: *Farmacologia Integrada*. Livraria Ateneu Editora, 1991; 2: 77-86.