

2506

## NEUROLISE COM FENOL: USO DA VIA PERIDURAL NO TRATAMENTO DA DOR DE CÂNCER

DR. IZSO GRUNWALD (\*)

AP1940

*Descreve-se o emprego de soluções aquosas de fenol por via peridural no tratamento da dor bilateral em 221 pacientes portadores de câncer abdominal e pelviano. A obtenção de 44.3% de bons resultados, 31.2% de resultados parciais e 24.5% de resultados nulos consideram-se aceitáveis levando-se em conta a simplicidade da técnica a inoperância de outros procedimentos e a condição lesional orgânica.*

Desde que Doppler em 1928 introduziu o uso de fenol para a simpatectomia química periarterial, muitos clínicos utilizaram este agente neurolítico para interromper a condução nervosa dos sistemas autônomo e somático no tratamento de diversas doenças (2).

As técnicas que empregam o fenol são muitas, sendo a de maior destaque e difusão o uso do fenol hiperbárico por via subaracnoidea, técnica introduzida por Maher em 1955, para o tratamento da dor em doenças malignas e não malignas e para o tratamento da espasticidade muscular de diversas etiologias (3). Várias publicações posteriores, e nossa experiência pessoal confirmaram os resultados obtidos com esta técnica.

Para o tratamento da dor bilateral produzido pelos cânceres viscerais intra-abdominais faz-se necessário o emprego de neurólise subaracnoidea em forma bilateral que deve ser realizada em dois tempos geralmente com intervalo de 24 a 48 horas.

Em 1957 Maher publica o uso de soluções de fenol no espaço peridural; publicações anteriores haviam relatado o uso do álcool etílico pela mesma via no tratamento da dor de câncer. No entanto, considera-se que os bloqueos sub-

(\*) Anestesiologista em Montevideo, R. O. Uruguai.

aracnoideos com agentes neurolíticos constituem uma técnica mais precisa, assegurando menos riscos potenciais e tecnicamente mais fácil de realizar. Em algumas ocasiões por dificuldades técnicas de chegar ao espaço subaracnoideo, tentou-se buscar alívio da dor bilateral do câncer por via extradural conseguindo-se resultados suficientemente bons para continuar utilizando-se esta via de forma rotineira quando a dor é bilateral (1,4,5).

#### TÉCNICA

Com o paciente em decúbito lateral esquerdo localiza-se o espaço peridural pela via mediana ou paramediana, preferindo-se esta última na região dorsal, mediante o procedimento da perda de resistência ou da gota pendida no ponto médio correspondentes aos dermatomos envolvidos. Quando é muito difícil ou impossível chegar ao espaço peridural no nível calculado, principalmente na região dorsal, realizamos a punção mais abaixo e introduzimos um catéter de polivinil com mandril de aço e tentamos que a ponta do mesmo chegue a altura necessária; utilizamos mandril de aço para evitar que o catéter se enrole e não chegue ao nível desejado, também serve para realizar o controle radiológico mediante uma radiografia antero-posterior, evitando o uso de contraste. Confirma-se a colocação correta do catéter mediante a injeção de 4 a 5 ml de lidocaína a 1% e asseguramos que a agulha ou o catéter não estejam no espaço subaracnoideo. Espera-se vinte minutos para que a solução anestésica local seja absorvida e em continuação injeta-se de 4 a 6 ml de fenol diluído em água a uma concentração entre 6% e 10%. Geralmente um volume de 6 ml é suficiente para produzir um bloqueio de 4 dermatomos. Quando é necessário bloquear mais de 4 dermatomos, prefere-se realizar outra punção no terceiro espaço abaixo ou acima de acordo com a necessidade. Para o tratamento da dor visceral, é suficiente uma concentração de fenol a 6%; quando existe dor somática associada empregamos concentrações de fenol a 8% não excedendo nunca uma concentração de 10%. Obtém-se melhores resultados e menos complicações quando se aumenta a concentração em 1 a 2% a partir da solução padrão 6%. A extensão do bloqueio não tem relação linear entre o volume da solução e sua concentração; 6 ml de fenol em água e concentrações aumentadas não vão bloquear mais segmentos nervosos, a não ser bloquear fibras mais grossas; tampouco aconselhamos volumes superiores a 6 ml por injeção.

Realizada a injeção de fenol coloca-se o paciente em decúbito dorsal, e toma-se a pressão arterial até 60 minutos,

a anestesia produzida pela lidocaína a 1% aumenta em profundidade, desaparecendo no final de 60 a 120 minutos. O paciente fica em repouso por 24 horas; devendo-se vigiar atentamente a função vesical.

Para esta técnica dispomos de ampolas de 10 ml de fenol em água a 6% e ampolas de 10 ml de fenol em água a 10%; esta última solução, na realidade não é uma solução aquosa pura, como se sabe, o fenol em água é saturado a 6%; para se obter concentrações maiores, até 10% como o nosso caso, é necessário adicionar à solução uma pequena quantidade de glicerina, que não modifica a qualidade aquosa da solução, sendo facilmente injetável através do catéter peridural. Estas ampolas podem ser guardadas indefinidamente com proteção à luz; quando há necessidade do uso do fenol a 8%, dilui-se a solução a 10% com água destilada.

### INDICAÇÕES

A indicação mais importante da neurólise peridural com fenol é a dor bilateral em abdome e pelve produzido por câncer visceral ou por metástases látero-aórticas e retro-pancreáticas. Esta técnica deve ser reservada para quando outros procedimentos analgésicos de longa duração tenham mais riscos, estão contra-indicadas, não são acessíveis ou não se tem consentimento do paciente.

As localizações mais frequentes de cânceres que produzem dor bilateral são os da bexiga, reto, útero, estômago, vesícula biliar, pâncreas e colon. Na nossa causística observamos que as localizações mais frequentes de dor abdominal bilateral são produzidas pelos cânceres da bexiga, reto e metástases retro-pancreáticas (tabela I).

TABELA I

#### CASUÍSTICA PESSOAL COM FENOL POR VIA PERIDURAL

Origem do câncer	casos
Bexiga .....	61
Reto .....	32
Estômago .....	17
Pâncreas .....	11
Útero .....	11
Vesícula biliar .....	8
Metastase retro-pancreáticas .....	47
Metastase látero-aórticas .....	34
Total .....	221

Indicamos e realizamos a neurólise peridural com fenol quando outros procedimentos analgésicos como a administra-

ção de analgésicos não narcóticos, a radioterapia e a quimioterapia se mostraram ineficientes. Esta técnica indica-se somente quando se tem certeza que o paciente poderá voltar a vida normal pelo menos a vida familiar; do contrário, quando o prognóstico vital é muito mau pela extensão lesional e presume-se que a sobrevida seja pequena, então preferimos recorrer a administração não restrita de narcóticos associados com drogas neurolépticas; nestas condições acreditamos que é muito mais humano além de suprimir a dor física, produzir um estado de indiferença intelectual diminuindo ou suprimindo a angústia da morte próxima.

Esta técnica, como muitos outros procedimentos em medicina pode ser objeto de muitas e graves objeções; mas nós acreditamos, a luz dos resultados e porque até agora não apareceram procedimentos melhores que ela deve ser empregada levando-se em consideração um balanço objetivo entre os benefícios possíveis, as complicações que se arriscam e as possibilidades de uma ação nula, antepondo sempre o máximo de sentido comum de nossa parte, tendo em conta fundamentalmente que tratamos um paciente, um ser humano e não uma doença.

## RESULTADOS

Foi utilizado o fenol por via peridural no tratamento da dor em 221 pacientes cancerosos. Classificamos de um bom resultado aqueles casos que não necessitam nenhum analgésico pelo menos durante 30 dias, totalizando 98 casos. Em 69 casos o resultado foi parcial, necessitando a administração de analgésicos não narcóticos ou uma dose de narcótico diário. Resultado nulo, foi observado em 54 pacientes; neste grupo se incluem os pacientes que não foram beneficiados em nada com o bloqueio e aqueles em que o benefício durou menos de 30 dias (tabela II).

TABELA II

### RESULTADOS OBTIDOS COM FENOL POR VIA PERIDURAL

	Casos	%
Resultado bom .....	98	44.3
Resultado parcial .....	69	31.2
Resultado nulo .....	54	24.5
Total .....	221	100%

Em 105 pacientes realizou-se mais de um bloqueio, durante a mesma internação ou em internações diferentes. A

maior parte destes bloqueios foi realizado por dor ao mesmo nível, e outros por dores em outras áreas (tabela III).

TABELA III

## NÚMEROS DE BLOQUEIOS COM FENOL POR VIA PERIDURAL

N.º de injeções	N.º de pacientes
1 .....	116
2 .....	54
3 .....	38
4 .....	6
mais de 4 .....	7

Classificamos as complicações desta técnica em dois grupos: complicações temporárias e permanentes (tabela \$V).

TABELA IV

## COMPLICAÇÕES OBSERVADAS COM FENOL POR VIA PERIDURAL

Complicações temporárias	N.º de pacientes
Urinárias (incontinência ou retenção) .....	57
Debilidade muscular .....	14
Incontinência anal .....	21
<b>Complicações permanentes</b>	
Urinárias (retenção) .....	17
Debilidade muscular .....	3
Incontinência anal .....	8

Cinquenta e sete pacientes tiveram complicações urinárias que consistiram em retenções e incontinências sendo necessário o uso de uma sonda vesical. Quando foi necessário manter a sonda vesical por mais de 15 dias, considerou-se como uma complicação permanente, e isto ocorreu em 17 casos, a maioria em homens. Em dois casos uma ressecção endoscópica da próstata aumentada por adenoma permitiu retirar a sonda vesical.

Ocorreu debilidade muscular nos membros inferiores em 14 pacientes, dos quais em três se prolongaram por mais de 7 dias considerando-se como uma complicação permanente.

Observou-se somente incontinência anal para gases e em presença de matérias líquidas em 21 casos, dos quais em 8 esta complicação durou mais de 15 dias.

## CONCLUSÕES

O bloqueio peridural com fenol ou neurólise peridural é uma técnica simples e útil para tratar a dor bilateral produzido por câncer de abdome e pelve incontrolável ao trata-

mento etiológico da doença ou procedimentos analgésicos menores.

Considerando os resultados em relação as falhas e as complicações trata-se de uma técnica aceitável levando-se em conta as circunstâncias lesionais orgânicas pré-existentes.

### SUMMARY

#### NEUROLYSIS WITH PERIDURAL INJECTION OF PHENOL FOR THE TREATMENT OF CANCER PAIN

Aqueous fenol solutions (6% to 10%) were injected in the peridural space in 221 patients with bilateral cancer pain of abdominal or pelvic origin. Results were good in 44,3%, partially satisfactory in 31,2%, while no results were obtained in 24,5%. These results are considered acceptable in view of the simplicity of the procedure, and the lack of better methods that could attain satisfactory relief without complications especially with pain of such a variable origin as cancer pain.

### REFERÊNCIAS

1. Bromage P H — Extradural analgesia for pain relief. *Brit J Anaesth* 39:721, 1967.
2. Doppler K, citado por Mandl F — *Bloqueos Paravertebrales* J Janés, 1950, Barcelona.
3. Maher R M — Relief of pain in incurable cancer. *Lancet* 1:16, 1955.
4. Maher R M — Neurone selection in relief of pain. Further experiences with intrathecal injections. *Lancet* 1:16, 1957.
5. Maher R M -- Further experiences with intrathecal and subdural phenol. *Lancet* 1:895, 1960.