

TRATAMENTO DA DOR INCOERCÍVEL PELO BLOQUEIO PERIDURAL CONTÍNUO

DR. PAULO EDUARDO GUIMARAES DE FREITAS, E.A. (*)

AP 2430

O bloqueio peridural contínuo com xilocaína a 0.5% gôta a gôta foi realizado em nove pacientes portadores de dor incoercível por neoplasias (6 casos) ou perturbações circulatórias dos membros inferiores, (3 casos) por tempo variável de até 21 dias. Os bons resultados obtidos quanto à analgesia e melhora da irrigação periférica, bem como a ausência de efeitos colaterais, permitem ampliar a série para um estudo mais detalhado.

A anestesia com xilocaína a 0.5% perfundida gôta a gôta no espaço peridural, por meio de catéter e equipamento plástico padrão de administração de líquidos por via venosa, tem sido proposta no tratamento das dores pós-operatórias (3,4). O método permite, pelo contróle do gotejamento, uma boa analgesia e se acompanha de poucos efeitos colaterais. Deve ser utilizado apenas em pacientes que devam guardar o leito, enquanto inaptos para a deambulação. Por extensão, oferece possibilidades para doentes que sofrem de dor incoercível, estando as únicas desvantagens representadas pela permanência prolongada do catéter, o risco de infecções, o aparecimento de reações tóxicas ao anestésico, sendo possível contorná-los pelos cuidados de assepsia, antisepsia e contato constante com os doentes (1,2,5,6,7,8).

MATERIAL E MÉTODO

Receberam essa forma de tratamento, nove pacientes, seis mulheres e três homens com idades entre 42 e 71 anos, todos hospitalizados e portadores de processos dolorosos que os confinavam ao leito. (Tabela I). Os doentes 1-6 eram portadores de neoplasias inoperáveis; nos outros, além da busca ao alívio das dores, desejava-se um incremento da irrigação

(*) Do Serviço de Anestesia do Hospital Santa Isabel, Sta. Casa de Misericórdia, Salvador — Bahia.

sanguínea dos membros inferiores, evitando a amputação (casos 7 e 8) e para assegurar a permeabilidade de um enxerto da artéria poplítea (caso 9).

TABELA I

DISTRIBUIÇÃO GRUPADA DOS CASOS SEGUNDO O TEMPO EM QUE FOI MANTIDO O GOTEJAMENTO

N.º do caso	Idade	Diagnóstico principal	Altura da punção	Direção do catéter	Permanência do catéter (Dias)
1	55	Carcinoma broncogênico	T4-T5	↑	10
2	61	Carcinoma de colon	L1-L2	↑	5
3	67	» » »	L1-L2	↑	12
4	71	Carcinoma de reto	L3-L4	↑	14
5	69	» » »	L3-L4	↑	15
6	69	» » »	L3-L4	↑	21
7	61	Neurite diabética	L3-L4	↓	18
8	68	» »	L3-L4	↓	21
9	42	Fratura bi-óssea de perna direita.	L1-L2	↓	10

A altura da punção do espaço peridural, feita sempre em ambiente cirúrgico com agulha de Tuohy calibre 15 e após infiltração do local com xilocaína a 0.5%, foi em um caso entre T₄-T₅ e nos demais utilizaram-se os espaços compreendidos entre L₁-L₂. O catéter era introduzido, de modo que três centímetros dele permanecessem no espaço peridural, dirigindo-se a ponta em sentido cefálico nos casos 1 a 6 e caudal, nos pacientes 7, 8 e 9. Sua fixação foi feita por meio de esparadrapo até um dos ombros acolchoando-se o local de inserção do catéter com compressas de gaze, trocando-se o penço de 5 em 5 dias ou menos, se necessário. A solução a ser gotejada era preparada desprezando-se 125 ml do conteúdo de um frasco de 500 ml de solução de NaCl a 0,9%, adicionando-se igual volume de xilocaína a 2% sem vasoconstrictor. Vinte mililitros da solução a 0.5% assim obtidos (100mg) eram administrados por injeção, a cada doente, avaliados os seus efeitos por um período de uma

hora, como em qualquer procedimento habitual em anestesia. Depois, caso nenhum inconveniente impedisse, conectava-se o conjunto (ou equipo) plástico padrão ao catéter de vinil, regulando-se a frequência para oito gôtas por minuto na pinça apropriada e o paciente era encaminhado a seu quarto ou enfermaria, posicionado devidamente e instruído acêrca dos cuidados de manutenção do catéter. Daí em diante, a enfermagem verificou os parâmetros vitais de meia em meia hora, durante as primeiras vinte e quatro horas, e daí em diante de duas em duas horas; no caso da ocorrência de alguma alteração deveria ser pinçado o conjunto, chamado o médico plantonista do hospital e feito um aviso telefônico para o autor. Todos os pacientes receberam líquidos por via oral ou venosa na medida das necessidades, como uma das medidas para evitar o aparecimento de hipotensão arterial e um comprimido de Valium de 5 mg, de oito em oito horas, a fim de diminuir a ansiedade. Foram suspensos todos os analgésicos a partir do momento da punção.

RESULTADOS E COMENTARIOS

Quanto a analgesia, os resultados foram plenamente satisfatórios em todos os casos, não aparecendo a necessidade de injeções intermitentes ou de um aumento na concentração da xilocaína administrada. O catéter saiu do espaço peridural em uma doente de temperamento inquieto, sendo recolocado. A força da gravidade provou ser suficiente para a consecução do gotejamento pretendido em todos os casos (3,4). Entre todos os pacientes, nenhum solicitou suspensão do procedimento, revelando, ao contrário, receio de que o catéter se deslocasse da posição correta, efetuando as mudanças de decúbito com bastante cuidado. O tipo de acompanhamento clínico instituído mostrou-se suficiente.

Um problema que sempre surge é o das doses administradas, que sofrem variações consideráveis nas 24 horas, assim registradas nessa série: 550 ± 150 ml da solução, ou seja, 2750 ± 750 mg de xilocaína, devido às mudanças de posição. Não lamentamos nenhum para-efeito desagrável, pois a pressão arterial não oscilou anormalmente além dos limites de antes do bloqueio e nem ocorreram reações tóxicas ao anestésico local ou processos infecciosos, relacionáveis ao procedimento (6,7). Os óbitos, durante a aplicação do método, não se deveram à técnica instituída ocorrendo entre o 5º e o 21º dias de tratamento entre pacientes portadores de neoplasia, grupo no qual dois pacientes tiveram alta a pedido, bem como os demais após permanecerem sem dores

durante quarenta e oito horas com o catéter ocluído por pinça. Certamente, pelo bloqueio concomitante do simpático, produzido pela xilocaína, foi razoável a contribuição dada ao paciente de enxerto vascular (fratura bi-óssea de perna direita).

Na concentração usada o anestésico bloqueou apenas a condução pelas fibras nervosas mais finas e não mielinizadas ou pobres em mielina já que a motricidade foi pouco diminuída e a sensibilidade táctil permaneceu quase inalterada.

Diante destes achados, nesta pequena série preliminar, parece oportuno ressaltar a facilidade com que se conseguiu controlar as dores até então "intratáveis"; a margem reduzida de efeitos colaterais; e o baixo custo do procedimento. Suas vantagens sobre a técnica de doses intermitentes consiste no não aparecimento da dor a injeção, queixa frequente depois de dois a três dias e naturalmente por um menor manuseio do doente (1,2,6,8).

Os resultados encontrados permitem ampliar a casuística para um estudo mais significativo.

SUMMARY

CONTROL OF INTRACTABLE PAIN WITH CONTINUOUS PERIDURAL ANESTHETIC PERFUSION

Nine patients were treated by a continuous peridural drip of 0.5% lidocaine. Six of them had neoplastic disease while three had vascular problems. In two cases treatment lasted for 21 days. The absence of side effects or complications and the excellent control of pain do warrant a further study.

BIBLIOGRAFIA

1. Cardoso, M. A. — Contrôlo da dor do câncer: Rev. Bras. Anest. 2:109, 1957.
2. Ciocatto, E. — The management of pain. Int. Anesth. Clin. 2:535, 1964.
3. Eugenio, A. G., Oliveira, A. S., Rocha, N. — Tratamento da dor pós operatória com bloqueio peridural contínuo por gotejamento. Rev. Bras. Anest. 18:205, 1968.
4. Green, R., Dawkins, M. — Postoperative analgesia: The use of continuous epidural block. Anaesthesia 21:372, 1966.
5. Lee, J. A. in Hower, C. L. — Recent advances in anaesthesia and analgesia 10a. ed. J. and A. Churchill Ltd., London, 1967.
6. Lund, P. C. — Aplicações clínicas dos bloqueios peridurais, Rev. Bras. Anest. 2:249, 1965.
7. Russo, R. P., De Almeida, A. P., Fortuna, A. — Nossa experiência no tratamento da dor. Rev. Bras. Anest. 12:324, 1962.
8. Russo, R. P., De Almeida, A. P. — Tratamento da dor do paciente canceroso pelos bloqueios nervosos. Rev. Bras. Anest. 14:62, 1964.