

## ALCOOLIZAÇÃO DO ESPLÂNCNICO NAS AFECÇÕES DOLOROSAS DO PÂNCREAS

DR. ANTÔNIO PEREIRA DE ALMEIDA (\*)

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO (\*\*)

DR. HUMBERTO MORAIS NOVAIS (\*\*\*)

DRA. NEREIDA MONTEIRO DE DEUS (\*\*\*\*)

É descrito um método de alcoolização do plexo celiaco com álcool butílico terciário em casos de afecções dolorosas de pâncreas. Os resultados obtidos em 7 casos, quando comparados com aqueles feitos com álcool etílico, mostram resultados muito melhores com o presente método quanto à abolição da dor.

Os tumores malignos ou as afecções do pâncreas, provocam dor, cujos caracteres são:

- a) dor continuada em faixa, abrangendo os dois hipocôndrios, o epigastrio e irradiada dorsalmente;
- b) dor visceral intensa, principalmente no andar superior do abdome, que obriga o paciente a assumir a conhecida posição em gatilho.

Essas dores, de intensidade crescente com a evolução do tumor, obrigam os pacientes ao uso continuado de analgésicos narcóticos, com as conseqüências dos efeitos colaterais dessas drogas, e conseqüente abreviação do tempo de vida.

Durante a década de 1950, tentamos o tratamento dessas dores com o emprêgo de álcool etílico puro ou associado a anestésicos locais básicos. O número de falhas entretanto foi considerável, o que tornava o método sem grande utilidade prática. Com a introdução em terapêutica de álcoois de peso molecular mais elevado, <sup>(1, 2)</sup> levamos a efeito nova tentativa de tratamento desses casos.

---

Trabalho do Serviço de Anestesia do Hospital do Servidor Público Estadual.

(\*) Chefe do S.A. do H.S.P.E.

(\*\*) Anestesiologista do H.S.P.E.

(\*\*\*) Residente da Clínica de Moléstias do Aparelho Digestivo da Fac. de Medicina de S. Paulo.

(\*\*\*\*) Assistente do S.A. do Hospital das Clínicas de São Paulo.

AP27-16

## MATERIAL E MÉTODO

Sete pacientes de sexo masculino, com idades variáveis de 25 a 75 anos foram selecionados. Seis deles estavam ictericos.

Na sala de cirurgia com o paciente em posição prona e com os braços ao lado do corpo, determina-se a apófise transversa de T 12, e marcam-se as pontas das 12.<sup>a</sup> costelas. Uma linha ligando esses três pontos forma um triângulo achatado de vértice superior e com ângulo aberto para baixo de cerca de 130° (Fig. I). Traça-se uma linha passando

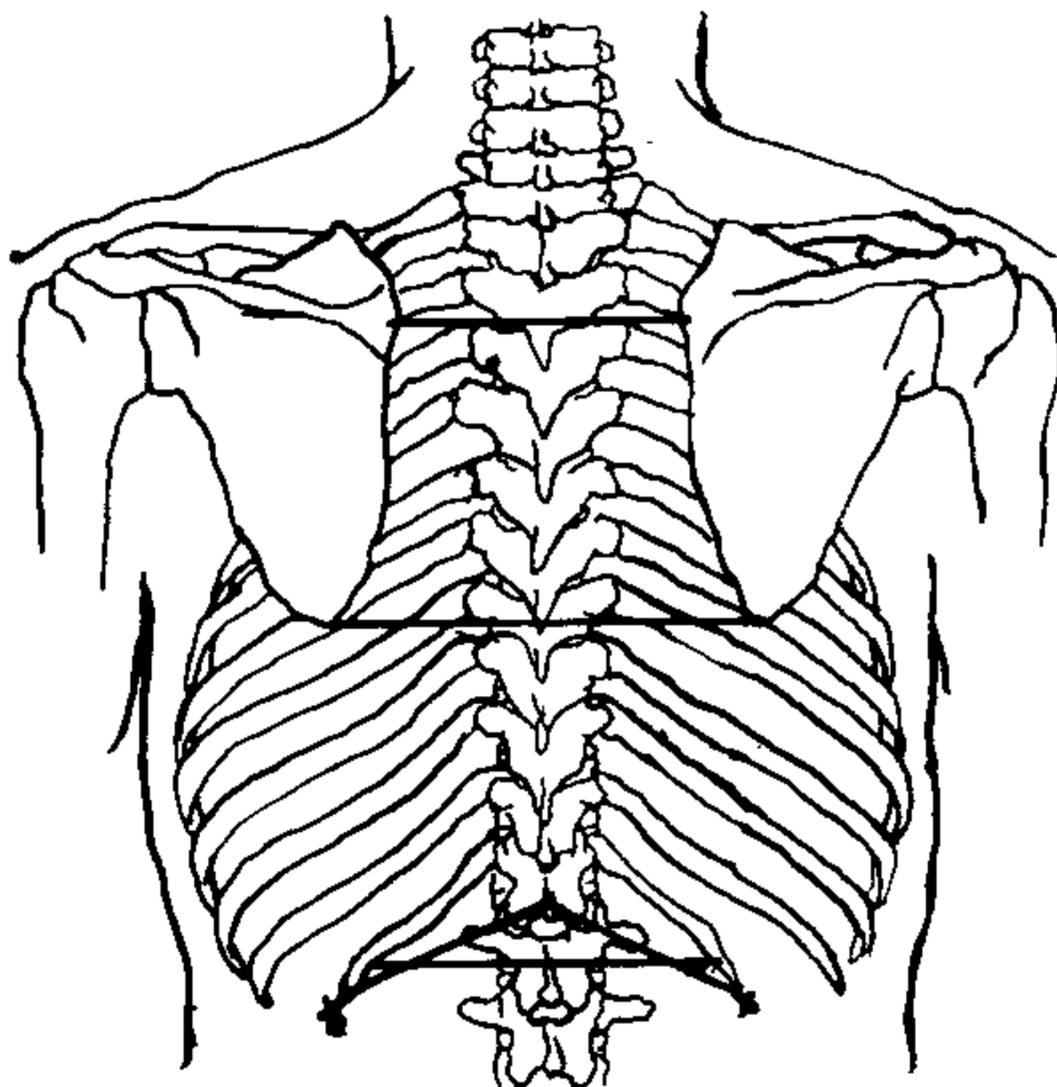


FIGURA 1

pelo centro da apófise espinhosa de L 1, e os ângulos laterais do triângulo assim formado nos dão os pontos de inserção da agulha. Esta é de comprimento 150 mm, calibre 7 ou 8, com mandril e provida de um pequeno fragmento de cortiça.

A agulha é introduzida, fazendo um ângulo cerca de 45 a 60° com a pele, segundo o indivíduo é respectivamente brevilíneo ou longilíneo. O primeiro reparo ósseo encontrado é a face lateral do corpo vertebral de L1, uma vez que a agulha passa por fora da apófise transversa ou passa entre L 1 e L 2.

Quando se faz a punção do lado direito a marca de cortiça é afastada 2,5 cm em direção ao canhão da agulha e nas punções à esquerda é afastada 1 a 1,5 cm. A agulha é retirada e reinsertada com um ângulo mais aberto em relação a pele até que se consiga passar razando a face antero lateral do corpo vertebral, até a marca de cortiça coincidir novamente com a pele. Após cuidadosa aspiração é injetada a mistura neurolítica.

Como agente neurolítico empregamos o álcool butílico terciário a 50% e, solução aquosa de lidocaína a 0,5% com adrenalina a 1: 320.000, adicionando-se, para cada 20 cc de álcool, 400 mg de procaína básica ou 100 mg de tetracaína básica.

Dessa mistura são injetados do lado direito, em que a agulha assume uma posição pré-vertebral entre aorta e veia cava inferior, cerca de 40 ml, enquanto que somente 20 ml são injetados à esquerda, onde a agulha, pela presença da aorta, fica situada mais na face lateral do corpo vertebral.

## RESULTADOS

- 1 — B.C.S. 75 anos, branco, diagnóstico clínico de pancreatite crônica, com dor intensa em faixa e posição de gatilho. Melhora subjetiva após a infiltração mas o paciente continuou a assumir a posição de gatilho, mesmo assim passou a repousar confortavelmente. Injetados 40 ml da solução. Óbito dois meses após a alcoolização, praticamente sem dor. A necropsopia revelou tratar-se de um caso de tumor maligno do pâncreas.
- 2 — A.M., 57 anos com diagnóstico de tumor retro peritoneal, e com dores intensas em faixa seguida as características de carcinoma pancreático. Infiltrado apenas o lado direito com 35 ml da solução já descrito. Óbito 40 dias após a infiltração, sem dor.
- 3 — J.P., 45 anos, branco, diagnóstico clínico de adenocarcinoma de pâncreas, com dores tipo cólica no hipocôndrio esquerdo e dor à palpação de todo o abdômem, não tolerando os decúbitos laterais ou dorsal. Injetados 60 ml da solução neurolítica o que resultou em completa abolição da dor até o óbito, 20 dias depois.
- 4 — O.G.S. 50 anos, branco, queixando-se de dores apenas quando se levanta do leito e nos decúbitos laterais. Diagnóstico clínico de tumor de pâncreas, foi infiltrado com 60 ml da solução neurolítica. Laparotomizado 4 dias depois foi encontrado tumor do antro gástrico aderente ao pâncreas e realizada a gastrectomia sub total. Está em período pós-operatório.
- 5 — J.N. 25 anos, preto, portador de pancreatite crônica recidivante com surtos agudos, com dores em faixa típicas. Infiltrado com 60 ml da solução neurolítica com resultado excelente. Está com 27 dias de pós-bloqueio.
- 6 — J.D.G., 50 anos, branco, dor no epigastro irradiada para o hipocôndrio E, continuada. Dor em cinta em T 11 e T 12. Diagnóstico: tumor gástrico e de pâncreas. Infiltração bilateral com 20 ml. da solução a D e 10 a E. Acentuada diminuição da dor. Persistiu dor em faixa, mas o decúbito dorsal foi tolerado até o óbito, 15 dias depois.
- 7 — J.C.S., 58 anos. Dor nos hipocôndrios, continuada, que piora em DDH. Palpa-se uma massa no quadrante superior direito do abdômem de limites imprecisos. Diagnósticos clínicos do Ca do pâncreas. Infiltrado com 40 ml da solução neurolítica a D, o que acarretou acentuada melhora da dor até o óbito 1 mês depois.

## COMENTARIOS

O emprêgo de analgésicos narcóticos em casos de tumores malignos do fígado, vesícula, pâncreas e estômago, cria problemas aos médicos, e priva o paciente do contato familiar, pelo embotamento da sensibilidade e alterações da personalidade.

A alcoolização do plexo celiaco permite interromper a via dolorosa das vísceras acima mencionadas e portanto dispensar o uso dos narcóticos com reais vantagens.

O anestesista deverá avaliar o paciente antes do bloqueio, observando a existência de arterioesclerose, hipertensão e caquexia, particularmente os dois primeiros que poderão apresentar problema após o bloqueio. Drogas hipotensoras, bloqueadoras ganglionares ou tranquilizantes deverão ser retiradas pelo menos 24 horas antes da execução do bloqueio<sup>(1)</sup>. Os anticoagulantes são suspensos e o bloqueio feito somente após a normalização do tempo de coagulação. Os narcóticos são suspensos de 12 a 24 horas antes do bloqueio. Caso a postura seja dolorosa pode-se administrar o narcótico na veia antes da colocação do paciente em posição.

Poucos pacientes queixaram-se de dor durante a injeção, e quando da retirada da agulha é injetado 1 ml. de lidocaína para "lavar a agulha" da solução neurolítica.

Instala-se uma degeneração progressiva das fibras e em alguns casos o efeito do bloqueio somente poderá ser avaliado dias após a sua execução. O paciente permanece no leito por 24 horas após o bloqueio, com contrôles de pressão arterial e pulso.

## COMPLICAÇÕES

Neste tipo de bloqueio as complicações possíveis são a injeção intravascular, sub aracnóidea, intraperitonia, hipotensão ortostática, extravasamento da mistura neurolítica para outras áreas e dor nas costas.

As 3 primeiras podem ser evitadas pela colocação cuidadosa da agulha e aspirações freqüentes. A hipotensão ortostática, mais evidente em pacientes idosos e arterioscleróticos que não podem compensar a vaso dilatação esplâncnica conseqüente ao bloqueio do plexo celíaco, é tratada colocando-se meias elásticas no paciente por 3 a 5 dias e/ou efedrina oral. Geralmente depois de 5 dias há compensação da dilatação esplâncnica. Em nossa série tivemos dois casos de hipotensão ortostática no 2.º e 3.º dias. Não tivemos complicações de outra ordem: digestivas, urinárias ou motores.

**SUMMARY****SPLANCHNIC ALCOHOL INFILTRATION FOR PAINFUL  
PANCREATIC DISEASE**

Tertiary butyl alcohol was injected to accomplish a splanchnic nerve block. by the posterior approach. The pain relief obtained in seven patients was better than the results seen in a previous series using ethyl alcohol.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Almeida, A. P. e Russo, R. P. — Emprêgo de Alcool com peso molecular elevado na Terapêutica da dor. Rev. Assoc. Paul. Med. 67:123-125, 1965.
2. Brindenbaug, L. D., Moore, D. C., Camphell, D. C. — J.A.M.A., 190. 10.875, 1964.

DR. ANTONIO PEREIRA DE ALMEIDA  
Rua Pedro Toledo, 1800  
São Paulo — S.P.