



Dor Oncológica Refratária: Uso de Bloqueio Neurolítico Subaracnoideo

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia*

INTRODUÇÃO

Aproximadamente um terço dos adultos que estão recebendo ativamente o tratamento para o câncer e dois terços daqueles com doença maligna avançada experimentam dor. As consequências da dor do câncer não aliviada são devastadoras e podem incluir prejuízo funcional, imobilidade, isolamento social, perturbação emocional e espiritual. A avaliação acurada, completa e sistemática da dor oncológica é crucial para identificar a etiologia subjacente e para desenvolver um plano de tratamento.

O tratamento com fármacos é o ponto principal para o controle da dor. Entre 70% e 90% da dor do câncer pode ser controlada com medicação oral. O alívio adequado da dor pode ser obtido em mais de 75% dos pacientes que recebem tratamento analgésico com opióides, analgésicos não-opioides e medicações adjuvantes, como sugerido pela escada analgésica da Organização Mundial da Saúde.

Aproximadamente 10% dos pacientes podem exigir técnicas intervencionistas (bloqueios de nervos periféricos e do sistema nervoso autônomo, bloqueios neurolíticos, lesões por radiofrequência, e procedimentos neurocirúrgicos) para o tratamento da dor.

Para muitos pacientes com câncer, o controle da dor e dos outros sintomas transformou-se no alvo principal do tratamento, e este objetivo faz parte da filosofia do cuidado paliativo. O cuidado paliativo envolve uma variedade de

profissionais de saúde e proporciona controle continuado de sintomas, a manutenção da função, apoio psicossocial e espiritual para o paciente e a família, além do cuidado abrangente no fim da vida. O objetivo é proporcionar alívio efetivo da dor, de modo que o paciente tenha qualidade de vida e possa morrer livre da dor.

RELATO DE CASO

Paciente de 19 anos, masculino, pardo, procurou auxílio médico em nossa instituição devido a uma dor e tumoração em quadril direito com aumento progressivo em um intervalo de três meses. Foi internado e submetido a biópsia, cujo diagnóstico foi de neoplasia mesenquimal compatível com osteossarcoma, confirmado pela imunoistoquímica. Evoluiu com piora do quadro algico, desconforto respiratório leve e hemoptoicos. Exames de estadiamento revelaram metástases pulmonares bilaterais e ósseas.

Submetido ao primeiro ciclo de quimioterapia, evoluiu com neutropenia febril e infecção de cateter, mas com melhora da dor por duas semanas e parada dos hemoptoicos. Seis meses depois foi submetido a radioterapia paliativa antiálgica em quadril, já que necessitava de progressivas doses de opióides. Por conta das múltiplas complicações, como pneumotórax hipertensivo, apresentou atrasos na continuidade da quimioterapia, com avanço da doença e piora da dor.

As doses de morfina oral chegaram a 60 mg a cada quatro horas, associada a dipirona, ami-



* *Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Anestesiologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Responsável pelo Ambulatório de Dor do Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA) e pelo Serviço de Terapia Antálgica do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo (IMOAB). Vice-Presidente da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) no biênio 2009-2010.*

triptilina e diclofenaco e o paciente relatava escores de dor entre seis e nove em uma escala numérica de zero a dez. Optou-se por rodízio de opióide, com uso de metadona inicialmente, com relativo controle da dor durante algumas semanas.

A doença progrediu de forma considerável e a tomografia computadorizada mostrava grande processo expansivo misto comprometendo o osso ilíaco direito e partes moles adjacentes, promovendo desvio lateral da bexiga e demais estruturas na pelve. No tórax, evidenciavam-se múltiplas imagens nodulares bilaterais, com espessamento pleural. A oncologia considerou falha ao tratamento curativo e optou, após discussão com a equipe, por terapia paliativa de suporte.

O quadro doloroso piorou e foi então utilizado fentanil transdérmico por um mês, sem controle algico satisfatório, confirmado por relatos de dor intensa em quadril, em todo o membro inferior ipsilateral, no sacro e na pelve. Retornou-se desta vez ao uso de morfina, por via venosa, em infusão contínua. Nesse momento, foi proposto ao paciente a realização de bloqueio neurolítico subaracnoideo.

Após consentimento, foi realizado o bloqueio na região lombar, entre L3 e L4, com uma dose total de álcool absoluto estéril de 1 ml, injetado lentamente em posição de cefalodeclive máxima permitida pela mesa cirúrgica. Não houve intercorrência durante a realização do procedimento.

No dia seguinte, o paciente relatava melhora importante da dor, com uma redução dos escores de oito para dois na escala numérica. Ao longo dos dias seguintes ao bloqueio evoluiu com incontinência fecal +/3 e leve a moderada retenção urinária.

Foi programada alta em menos de uma semana e o paciente apresentava, ao sair do hospital, nota zero em repouso e nota quatro à movimentação do quadril ou à extensão do fêmur, em uso de morfina 5 mg a cada seis horas por via oral, associada a dipirona e amitriptilina.

O acompanhamento domiciliar foi realizado por quatro semanas, sem necessidade de reajuste do opióide, quando o paciente retornou ao hospital devido a intensa dispneia, com falência respiratória e óbito em 24 horas.

DISCUSSÃO

Existe uma ampla variedade de terapias da dor, e a evidência mostra que 85-90% da dor do câncer pode ser controlada usando as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Não obstante, somente 50% do controle da dor é obtido nos pacientes com câncer.

Em algumas situações, especialmente quando os opióides e os adjuvantes não são mais efetivos e constata-se falha do tratamento conservador, há um grande dilema para decisão da melhor opção terapêutica e isto se constitui em um desafio para a equipe cuidadora.

Os bloqueios neurolíticos para o tratamento da dor são indicados em casos onde as técnicas farmacológicas falharam, quando há efeitos colaterais inaceitáveis com o uso de opióides, quando a dor é bem localizada (limitada a dois ou três dermatômos), intensa e quando a expectativa de vida do paciente é curta (menos de 12 meses).

Há efeitos adversos após o bloqueio que devem ser esclarecidos aos pacientes, tais como a possibilidade de inadequado alívio da dor, breve duração do efeito analgésico, fraqueza muscular em membros inferiores e alteração de esfíncteres urinário e retal. Esta última observamos em pequena intensidade no caso relatado.

As contraindicações aos bloqueios são principalmente a existência de coagulopatias, dor neuropática como a principal causa de origem, presença de tumores espinais e componente simpático predominante no quadro algico.

O mecanismo de ação do álcool ocorre por desidratação do tecido nervoso, com extração do colesterol, fosfolípidos e cerebrosídeos, com precipitação de mu-

coproteínas, o que resulta em esclerose das fibras nervosas e da bainha de mielina. Este efeito é temporário e as células de Schwann podem se regenerar, com retorno do quadro algico em algumas semanas ou meses, o que felizmente não aconteceu no caso acima descrito.

CONCLUSÃO

O bloqueio neurolítico subaracnoideo é uma antiga técnica de analgesia para dor oncológica que é de valia em um seleto grupo de pacientes, especialmente aqueles com baixa expectativa de vida, dor intratável, naqueles que já tenham um comprometimento de funções intestinais e/ou de bexiga, e os com grande progressão tumoral. A técnica requer treinamento e experiência, é mais indicada para dor somática e o paciente deve ser cuidadosamente seguido para o manejo subsequente de analgésicos e detecção de complicações. ♦

REFERÊNCIAS

1. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. *JAMA* 2003;290:2476-9.
2. Candido K, Stevens RA. Intrathecal neurolytic blocks for the relief of cancer pain. *Best Pract Res Clin Anaesth* 2003;17:407-428.
3. Kedlaya D, Reynolds L, Waldman S. Epidural and intrathecal analgesia for cancer. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 1996;16:651-65.
4. Keefe FJ, Ahles TA, Sutton L, Dalton J, Baucom D, Pope MS et al. Partner-guided cancer pain management at end-of-life: a preliminary study. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:263-72.
5. Twycross RG, Fairfield S. Pain in far advanced cancer. *Pain* 1982;14:303-10.
6. Valeberg BT, Rustoen T, Bjordal K, Hanestad BR, Paul S, Miskowski C. Self-reported prevalence, etiology, and characteristics of pain in oncology outpatients. *Eur J Pain* 2008;12:582-90.
7. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-49.
8. World Health Organization. Cancer pain relief, 2nd edition with a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996.
9. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and management guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995; 63:65-76.

Endereço para correspondência:

Av. dos Holandeses, 213/701 - Ponta da Areia
CEP 65085-450 - São Luís - MA.