

# Tratamento da dor neuropática crônica pós-trauma com o uso do bloqueio periférico. Relato de caso\*

*Treatment of post-traumatic chronic neuropathic pain with peripheral block. Case report*

Helton José Bastos Setta<sup>1</sup>, Odiléa Rangel Gonçalves<sup>2</sup>, Carlos Telles<sup>3</sup>, Nubia Verçosa<sup>4</sup>

\* Recebido do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Clínica da Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** As dores neuropáticas podem apresentar sinais inequívocos, mas, podem ser de difícil diagnóstico e o tratamento é difícil. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente com dor crônica pós-traumática, com baixa adesão ao tratamento farmacológico e que foi tratado com bloqueios periféricos e adjuvantes.

**RELATO DO CASO:** Paciente do gênero masculino, 42 anos, sofreu acidente automobilístico com trauma no quadril e na região lombar direita. Foi submetido à laparotomia exploradora com nefrectomia direita, osteossíntese de fêmur direito e de semilunar direito. Evoluiu com dor na região lombar direita que não

melhorava com as medicações prescritas e com baixa adesão ao esquema terapêutico proposto, devido a sua difícil situação socioeconômica. Optou-se pelos bloqueios de nervos periféricos, em cinco sessões, realizados em regime ambulatorial.

**CONCLUSÃO:** O tratamento com os bloqueios de nervos periféricos na região lombar foi eficaz e reduziu as sintomatologias da dor neuropática em até 60%, permanecendo com intensidade entre 3 e 4 pela escala analógica visual e ausência de dor ao toque da cicatriz.

**Descritores:** Bloqueios de nervos periféricos, Dor crônica, Hiperestesia, Lidocaína.

## SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Neuropathic pain may have earmarks, but may be difficult to diagnose and treat. This study aimed at reporting a case of post-traumatic chronic pain, with poor adherence to pharmacological treatment, which was treated with peripheral blocks and adjuvants.

**CASE REPORT:** Male patient, 42 years old, who suffered a car accident with hip and right lumbar region trauma. Patient was submitted to laparotomy with right nephrectomy, right femur and right lunate osteosynthesis. Patient evolved with right lumbar region pain not improving with prescribed drugs and with poor adherence to proposed therapeutic approach due to his difficult socio-economic status. We decided for peripheral nerve blocks in five sessions, in outpatient regimen.

**CONCLUSION:** Treatment with peripheral nerve blocks in the lumbar region was effective and has decreased neuropathic pain symptoms in up to 60%, remaining with intensity between 3 and 4 by the vi-

1. Anestesiologista. Pós-Graduando do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM-UFRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Anestesiologista. Corresponsável pela Clínica da Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Professor Associado de Neurocirurgia da UERJ. Chefe da Clínica da Dor do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4. Anestesiologista. Professora Associada do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM-UFRJ). Coordenadora do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos (Lato Sensu) da FM-UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dr. Helton José Bastos Setta

Rua João Geraldo Kuhlmann, 204 – Condomínio Santa Mônica, Barra da Tijuca

22793-264 Rio de Janeiro, RJ.

E-mail: settamar@globocom

sual analog scale and with no pain when the scar was touched.

**Keywords:** Chronic pain, Hyperesthesia, Lidocaine, Peripheral nerve blocks.

## INTRODUÇÃO

O conceito de dor, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), é uma experiência emocional, com sensação desagradável, associada à lesão tecidual presente, potencial ou descrita como tal, porém a dor é uma manifestação às vezes muito abrangente, que deve ser associada ao sofrimento dos pacientes, suas angústias físicas, emocionais, espirituais e sociais, a chamada Dor Total<sup>1</sup>.

O tratamento das síndromes dolorosas neuropáticas, é complexo e geralmente, necessita da combinação de várias modalidades terapêuticas, com mecanismos de ação diferentes. Os fármacos adjuvantes antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, bloqueadores neuromusculares, anti-inflamatórios, dentre outros, fazem parte de grupos farmacológicos variados, e têm ação específica ou potencializadora no controle de determinados tipos de dor. As associações de medicamentos de diferentes classes podem reduzir a dor, assim como os efeitos adversos<sup>2</sup>.

O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente com dor crônica pós-traumática, com baixa adesão ao tratamento farmacológico, que foi tratado com bloqueios periféricos e fármacos adjuvantes.

## RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 42 anos, vítima de acidente automobilístico, foi submetido à laparotomia exploradora e nefrectomia direita. Apresentava também, fratura e luxação do fêmur direito e do semilunar direito, tratadas com redução e osteossíntese. No pós-operatório imediato, apresentou dor intensa na região lombar direita. Após a alta, a dor aumentou e o impossibilitava de dormir, alterando seu humor e dificultando o regresso ao trabalho. Foi acompanhado por clínicos, cirurgiões e ortopedistas, que o informavam que era normal ele sentir dor, porque ele havia sofrido um grande trauma e com o tempo a dor melhoraria. Após muitos meses sem o alívio da dor, entrou em depressão, perdendo o emprego de motorista. Utilizou dipirona, carisoprodol, gabapentina, nortriptilina, ciclobenzaprina e fenobarbital e se submeteu a fisioterapia, massagens, neuroestimulação transcutânea (TENS), alongamen-

to, fortalecimento da musculatura, crioterapia e termoterapia, sem melhora da dor. Cinco anos após o acidente o paciente queixava-se de dor intensa na região lombar direita.

O exame físico não mostrou alterações. A radiografia de tórax apresentou alterações degenerações discretas da coluna torácica; ressonância nuclear magnética (RNM) da região lombar. Apresentava discretas alterações degenerativas da coluna lombar, modificação morfoestrutural do íliaco direito, com presença de fragmento medial deslocado anteriormente, associada à atrofia e hiposubstituição da porção visualizada da musculatura glútea. A RNM da região lombossacral mostrou desidratação parcial do disco intervertebral de L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> com protrusão discal de L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>. Apresentava cicatriz cirúrgica xifoinfraumbilical (27 cm) e distal na região ventral do antebraço direito (10 cm). Tinha também uma cicatriz pós-trauma acima da crista ilíaca pósterosuperior direita (10 cm), onde o paciente referia intensas dores em pontada, fisgada, queimação e choque e não permitia o toque na cicatriz. A intensidade da dor avaliada pela escala analógica visual (EAV) era maior que 10, apesar da EAV ter o escore máximo de 10 que representa a maior dor possível. Durante a avaliação clínica foi constatada a presença de alodínia, disestesia e hiperestesia. Fazia uso irregular de fármacos como a gabapentina (1200 mg), ciclobenzaprina (5 mg) a cada 8h e dipirona (1 g) a cada 8h). Foi orientado a utilizar os medicamentos regularmente sendo acrescentado amitriptilina (25 mg 2 vezes dia) e regressar após duas semanas. Após um mês de tratamento, não houve diminuição dos sintomas, porém o paciente não utilizava a medicação corretamente por dificuldades financeiras. Foi indicado o bloqueio paravertebral de nervo periférico, o qual não foi realizado devido à dor localizada e por recusa do paciente com medo do procedimento. Optou-se, por infiltração subcutânea com lidocaína a 1% (50 mg), sem vasoconstritor, ao redor da cicatriz lombar, com redução da dor. No retorno, após uma semana, a dor havia diminuído e o paciente permitiu que fosse efetivado o bloqueio paravertebral em quatro pontos distintos, na região lombar direita, entre L<sub>1</sub>-L<sub>5</sub>, e infiltração subcutânea em torno da cicatriz com lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, num total de 100 mg. O mesmo procedimento foi repetido três vezes, com intervalo de uma semana. O bloqueio paravertebral foi realizado com a infiltração do subcutâneo com 0,5 a 1 mL de lidocaína a 1% com agulha de insulina, aproximada-

mente a 2 cm à direita da coluna vertebral, seguido pela infiltração até a apófise transversa com agulha de maior comprimento, e injeção de 2 a 2,5 mL de lidocaína em cada ponto. Foi utilizado volume reduzido de anestésico local devido ao bloqueio ser apenas para analgesia.

## DISCUSSÃO

Tratar dor neuropática crônica pós-traumática, com evolução de cinco anos, sintomatologia exuberante, em um paciente desmotivado, além de ter um comprometimento socioeconômico, emocional e baixa adesão ao tratamento, representa desafio muito grande.

A dor neuropática pode ser causada por mecanismos diferentes. Envolve inúmeros fenômenos, sendo os mais importantes: sensibilização de receptores, ocorrência de focos ectópicos de potenciais de ação nas fibras periféricas e tratos centrais, correntes efáticas, reorganização sináptica em neurônios centrais, atividade anormal das estruturas supressoras e de processamento central da aferência sensitiva, liberação de substâncias algogênicas teciduais, liberação de neurotransmissores excitatórios, inflamação neurogênica e fenômenos de adaptação física, psíquica e neurovegetativa. Desta forma, entende-se porque, a analgesia pré, intra e pós-operatória, comprovadamente, diminui a probabilidade de desencadeamento da dor<sup>2,3</sup>. Neste paciente, não foi realizada uma analgesia efetiva após os procedimentos cirúrgicos o que permitiu a exacerbação dos sintomas dolorosos, impedindo que o mesmo realizasse a sua atividade profissional. Deve-se ressaltar que, a sua delicada situação socioeconômica, muito contribuiu à baixa adesão ao tratamento proposto.

A indicação do bloqueio paravertebral fez parte de uma estratégia e pode ser considerada como procedimento de relativa facilidade em sua execução e com eficácia comprovada. Apesar da forma modificada, observou-se que, o anestésico local ainda é um excelente adjuvante no tratamento da dor neuropática crônica devido a algumas de suas propriedades, tais como: ação anti-inflamatória, simpaticolítica química transitória, como bloqueador da nocicepção das vias neuronais, modelando a sensibilidade à dor e ao tato, dentre outras. Esses resultados foram confirmados neste estudo porque o paciente foi submetido aos bloqueios anestésicos com lidocaína. Também, deve-se valorizar os antidepressivos, que são eficazes nas síndromes dolorosas crônicas, pelos seus amplos mecanismos de ação: aumento do nível das

endorfinas, bloqueio de canais de sódio, bloqueio simpático, antagonismo de vários neurotransmissores, além de melhorar a depressão<sup>4</sup>. Neste paciente foi utilizado um antidepressivo que se mostrou um bom adjuvante.

É importante reforçar que o tratamento da dor neuropática crônica deve ser individualizado, multimodal e baseado em parâmetros como história da doença atual, doenças pré-existentes, exames físicos, exames laboratoriais, complementares, custos dos medicamentos, bem como seus efeitos colaterais, contraindicações e acompanhamento da resposta aos meios previamente utilizados<sup>5</sup>.

Diante da riqueza da sintomatologia do caso e a complexidade da fisiopatologia da dor neuropática, o médico não deve se abater diante de um tratamento de modesto resultado, porém, deve persistir na busca do alívio das dores de seu paciente para propiciar uma melhora na qualidade de vida<sup>6</sup>.

O baixo empenho do paciente aos tratamentos planejados e a complexidade no processo de cura da dor neuropática crônica podem conduzir o médico, após algumas tentativas infrutíferas, a um sentimento de desânimo. Lidar com esta situação e tentar superá-la deve fazer parte do dia a dia daqueles que tratam a dor.

## CONCLUSÃO

O tratamento com os bloqueios de nervos periféricos na região lombar foi eficaz e reduziu as sintomatologias da dor neuropática em até 60%, permanecendo com intensidade entre 3 e 4 pela EAV e ausência de dor ao toque da cicatriz.

## AGRADECIMENTOS

Aos Serviços de Dor do Instituto Nacional de Câncer (INCA1), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) e Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF).

## REFERÊNCIAS

1. Juver JPS, Verçosa NF. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Rev Bras Anesthesiol*. 2008;58(3):287-98.
2. Sadatsune EJ, Leal PC, Clivatti J, et al. Dor crônica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e

prevenção. Rev Dor. 2011;12(1):58-63.

3. Batista LM, Batista IM, Almeida JP, et al. Pre-emptive analgesic effect of lidocaine in a chronic neuropathic pain model. Arq Neuropsiquiatr. 2009;67(4):1088-92.

4. Kraychete DC, Sakata RK. Neuropatias periféricas dolorosas. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(5):641-58.

5. Vlainich R, Zucchi P, Issy AM, et al. Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial

de pacientes com dor crônica. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60(4):399-405.

6. Garcia JBS, Torres Neto E. Atividade laboral em pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de dor crônica. Rev Dor. 2011;12(3):215-20.

Apresentado em 01 de fevereiro de 2012.

Aceito para publicação em 29 de maio de 2012.

Conflito de interesses: Nenhum