

Pré-Curarização como Profilático de Dores Musculares. Procedimento Inútil e Potencialmente Perigoso

Prezado Editor

A miofasciculação produzida pela administração de succinilcolina tem sido responsabilizada por diversos efeitos adversos, entre eles: regurgitação, hiperpotassemia e dor muscular.

A administração de pequenas doses de relaxantes não-despolarizantes com a finalidade de abolir a miofasciculação (técnica conhecida em nosso meio como "pré-curarização") tem sido empregada rotineiramente na esperança de que a ausência da miofasciculação impediria o aparecimento da dor muscular.

Complicações têm sido relatadas^{1, 2, 3} e a recente publicação de Imbeloni² nos induziu a escrever-lhe.

I – Dor muscular pós-miofasciculação

Desde 1952, quando Bourne³ relacionou a queixa de dores musculares com a ocorrência de

miofasciculação pós-succinilcolina, que diversos trabalhos surgiram na literatura sobre o assunto com uma espantosa divergência nos resultados estatísticos. Assim é que encontramos referências sobre a ocorrência de dor variando do quase nunca (0,2%) ao quase sempre (89%)⁴.

Por que referências estatísticas tão divergentes?

A verdade é que inúmeros fatores contribuem na ocorrência da dor muscular pós-operatória (sexo, idade, posicionamento do paciente, tipo de cirurgia, cirurgião, medicações, patologias e muitos outros) e poucos foram os trabalhos que os levaram em conta.

Em 1979, Brodsky⁵ estudou 40 pacientes divididos em dois grupos de 20 pacientes.

No grupo I, ele usou 1 mg de pancurônio como agente pré-curarizante, quatro minutos antes da dose total de succinilcolina (1 mg.kg⁻¹).

No grupo II, o relaxamento para intubação foi conseguido com o uso exclusivo de succinilcolina (1,5 mg.kg⁻¹).

RESULTADO

Vinte por cento dos pacientes do grupo I e 35% do grupo II referiram dor muscular no pós-operatório.

Esta diferença não foi estatisticamente significativa, concluindo Brodsky, que não houve benefícios pelo uso da pré-curarização.

Intrigado com estes resultados, Brodsky⁷ fez novo estudo usando a mesma metodologia novamente em 40 pacientes divididos em dois grupos.

No grupo I, foi usado pancurônio como único agente relaxante na dose de $0,1 \text{ mg.kg}^{-1}$ e no grupo II, succinilcolina na dose de 1 mg.kg^{-1} sem pré-curarização.

O resultado foi surpreendente. 35% dos pacientes do grupo I (pancurônio) referiram dores musculares enquanto que apenas 30% dos pacientes do grupo II (succinilcolina) queixaram-se de dores musculares.

A diferença não é estatisticamente significativa, mas este estudo de Brodsky nos mostra que a incidência de dor muscular pós-operatória quando o agente relaxante foi a succinilcolina (todos os pacientes fascicularam) não foi diferente daquela quando o agente relaxante foi o pancurônio, o que implica dizer que não houve fasciculação.

Não foi possível neste trabalho se separar as dores musculares unicamente produzidas pela miofasciculação da succinilcolina, daquelas produzidas por outras causas.

Então por que pré-curarizar? Para prevenir o quê?

II – Fasciculação como agente responsável pela ocorrência de dor

Usubiaga⁸ estudando a influência da lidocaína na profilaxia de dores musculares não encontrou correlação entre o aparecimento da dor e a ocorrência e intensidade da miofasciculação.

Haldia⁹ também não encontrou correlação entre a presença e intensidade da fasciculação e o aparecimento de dores musculares.

Halding e Lamoreaux¹⁰ não só falharam em demonstrar esta correlação bem como observaram que, *paradoxalmente*, os pacientes que mais fasciculavam eram os que menos se queixavam de dor muscular.

Então por que prevenir a miofasciculação com o objetivo de profilaxia de dor pós-operatória?

Bryson⁶, em 1962, trabalhando com gestantes, já havia alertado para a provável inutilidade e os perigos potenciais da pré-curarização.

III – Conclusão

Trabalhos bem controlados nos levam a acreditar que pelo menos no que se refere à profilaxia da dor muscular pós-miofasciculação induzida pela succinilcolina em pacientes não ambulatoriais, o uso rotineiro da pré-curarização é um procedimento inútil e potencialmente perigoso e portanto deve ser revisto.

Atenciosamente,

M.P. Batista

Rua Barão de Mesquita, 643 – C/8 – 101
20540 – Rio de Janeiro, RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kingsley B P – Effects of nondepolarizing relaxants employed for pretreatment prior to succinylcholine. *Can Anesth Soc J*, 1984; 91(1): 13-19.
2. Imbeloni L E – O perigo para o paciente da pré-curarização e do uso de bloqueador adespolarizante antes do agente indutor. *Rev Bras Anest*, 1985; 35(5): 419-420.
3. Bourne J G – Succinylcholine, a muscle relaxant of short action. *Lancet*, 1952; 1: 1225.
4. Dottori O, Ygge H – Muscle pains after suxamethonium. *Acta Anaesth Scand*, 1965; 9: 247-256.
5. Brodsky J B, Brock-Utne J G – Pancuronium pretreatment and postsuccinylcholine myalgias. *Anesthesiology*, 1979; 51: 259-261.
6. Bryson T H L, Ormston T O G – Muscle pains following the use of suxamethonium in caesarean section. *Br J Anaesth*, 1962; 34: 476-480.
7. Brodsky J B – Postoperative muscle pains and suxamethonium. *Br J Anaesth*, 1980; 52: 215-217.
8. Usubiaga J E, Wikinski J A – Intravenous lidocaine in the prevention of postoperative muscle pain caused by succinylcholine administration. *Anesth Analg*, 1967; 46(2): 225-230.
9. Haldia K N – Intravenous lignocaine for prevention of muscle pain after succinylcholine. *Anesth Analg*, 1973; 52(5): 849-852.
10. Lamoreaux L F – Incidence and prevention of muscle pain following the administration of succinylcholine. *Anesthesiology*, 1960; 21(4): 194-196.