

## **NOSSA EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DA DOR (\*)**

**DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. (\*\*)**  
**DR. ANTONIO PEREIRA DE ALMEIDA, E.A. (\*\*\*)**  
**DR. ARMANDO FORTUNA, E.A. (\*\*\*\*)**

Relataremos nossa experiência pessoal no tratamento da dor analisando 52 casos e dividindo-os, para facilidade de exposição, em 2 grupos:

**GRUPO A** — 13 casos (25,0%). Pacientes com dor, ocasionada por afecção não cancerosa.

**GRUPO B** — 39 casos (75,0%). Pacientes com dor determinada por tumores malignos.

### **GRUPO A**

São as seguintes as afecções que incluímos neste grupo e que determinavam, como queixa principal, dor:

#### *Neuralgias do Trigêmio*

Neuralgias de ramos do trigêmio .....	3
Herpes zoster do tórax .....	2
Causalgia pós-hemiplégica direita .....	1
Distrofia simpática reflexa do membro superior .	2
Tromboflebite da veia axilar .....	1
Tromboflebite do membro inferior .....	3
Neuralgia facial atípica .....	1

(\*) Trabalho apresentado no VIII Congresso Bras. de Anest., Goiânia, Goiás, outubro de 1961.

(\*\*) Anestesiologista do Hospital Santa Helena, São Paulo, SP.

(\*\*\*) Anestesiologista do Serv. de Anestesia do Hosp. das Clínicas da Fac. de Med. da Universidade de São Paulo, S. Paulo, SP.

(\*\*\*\*) Anestesiologista do Serviço de Anestesia da Sta. Casa de Misericórdia de Santos, Santos, SP.

Todos os casos eram de dor paroxística, intensa e rebelde à medicação clássica e com duração superior a 6 meses. Estavam comprometidos em dois casos o infraorbitário e o mentoniano à esquerda e em um caso, o infraorbitário à direita. Após o exame clínico, submetemos todos os pacientes a um bloqueio diagnóstico com lidocaína a 1%, enviando-os em seguida ao neurocirurgião para a neurectomia periférica. Em todos os casos houve desaparecimento completo da sintomatologia dolorosa.

### *Herpes zoster*

A neuralgia pós-herpética interessava D 4 e D 5 num paciente de 80 anos e D 7 e D 8 em um paciente de 51 anos, sendo, em ambos os casos, à direita.

No primeiro caso executamos uma anestesia peridural contínua durante 48 horas, injetando lidocaína a 2% de 2 em 2 horas. Interrompemos por 12 horas, ao cabo das quais reapareceu a sintomatologia dolorosa. Foram injetados então, pela sonda, 10 ml da solução aquosa de fenol a 6%, resultando em analgesia cutânea de D 3 a D 6. O paciente, entretanto, continuava a se queixar da dor. Posteriormente verificamos que isto se devia ao agravamento de problemas familiares que, cessados, determinaram o "desaparecimento" da dor, reaparecendo quando os problemas eram focalizados.

No segundo caso, após uma infiltração diagnóstica de D 7 e D 8, realizamos alcoolização, seguindo-se abolição completa da dor.

### *Causalgia pós-hemiplegia direita*

Paciente de 63 anos sofrera um acidente vascular cerebral não hemorrágico havia um ano, queixando-se de dor "em queimação" nos membros superior e inferior direitos nos últimos 10 meses, que era rebelde até a opiáceos.

Executamos em dias seguidos 4 bloqueios do gânglio estrelado direito com lidocaína a 1%, o que fez desaparecer a sintomatologia dolorosa do membro superior. Executamos em seguida uma anestesia para-vertebral em L 1 e L 2 com lidocaína a 2%, evidenciando-se sinais de bloqueio simpático em todo o membro inferior direito e melhora da dor. Como os sinais de bloqueio simpático persistissem e a paciente continuasse a se queixar de dor, executamos uma anestesia peridural contínua em L3-L4, injetando-se lidocaína a 2% de 3 em 3 horas durante 72 horas. Apesar da analgesia cutânea que se estabelecia e dos sinais positivos de bloqueio simpático a paciente se queixava ainda da dor. Fizemos o diagnóstico

de representação cortical da dor, e, exposto o problema à família, esta decidiu não submeter a paciente à lobotomia.

Distrofia simpática reflexa do membro superior — Ambos os pacientes apresentavam história de traumatismo; num dos casos sem comprometimento ósseo do membro superior esquerdo, e no outro, com uma fratura de Colles direita reduzida e consolidada. Ambos apresentavam sinais de comprometimento simpático e diminuição da capacidade funcional, com dor. Executamos 10 bloqueios do gânglio estrelado em cada caso: 5 seguidos, 3 em dias alternados e os restantes um por semana. Melhoraram a dor e a capacidade funcional e desapareceram os sinais de comprometimento simpático.

Tromboflebite da veia axilar esquerda — A sintomatologia clássica evidenciou-se no terceiro dia de pós-operatório com dor “em queimação” no braço e ante-braço. Realizamos 4 bloqueios seguidos no gânglio estrelado ipsi lateral e a par disso instituímos a terapêutica com anti-bióticos, anti-coagulantes e anti-espasmódicos. O caso evoluiu favoravelmente.

Tromboflebite do membro inferior — Todos os casos eram de pós-operatório e, além da terapêutica clássica, foram executados bloqueios do simpático lombar correspondente, durante 4 dias seguidos, evoluindo para a cura.

Neuralgia facial atípica — Paciente de 50 anos operada de mastoidectomia radical havia 4 meses, o que resultou numa paralisia facial direita queixando-se a paciente de choques elétricos e dor “em queimação” na hemi-face do mesmo lado. Executamos uma série de 10 bloqueios do gânglio estrelado direito — 4 na primeira semana, 3 na segunda, 2 na terceira e um na quarta — com desaparecimento completo da sintomatologia dolorosa. Como houvesse acentuada enoftalmia na vigência do bloqueio, com diminuição da rima palpebral, e a paciente apresentasse conjuntivite, sugerimos estelectomia que foi recusada pela paciente.

### *Resultados*

Obtivemos bons resultados (desaparecimento da dor) em 11 casos (84.61%) e maus resultados (persistência da queixa) em 2 casos (15.38%), embora nestes últimos estejam incluídos um caso de representação cortical da dor e um caso em que havia uma causa psicológica, o paciente apresentando a dor quando surgia o problema familiar.

### GRUPO B

Incluímos neste grupo 39 casos de dor determinada por afecção tumoral maligna.

*Fenol intra-dural*

Utilizamos-nos da solução de fenol a 5% em glicerina, recentemente preparada, seguindo a técnica descrita por Maher, empregando-a nos seguintes casos:

Carcinoma gástrico .....	1 caso
Carcinoma de pâncreas .....	1 caso
Carcinoma de ceco .....	1 caso
Endotelioma de Pleura .....	1 caso
Carcinoma metastático na coluna .....	1 caso
Carcinoma de próstata .....	1 caso
Mieloma múltiplo .....	1 caso
Carcinoma de útero .....	3 casos
Carcinoma de ovário .....	1 caso

O diagnóstico da afecção foi feito em 12 vezes pela anatomia patológica e 1 vez o aspecto radiográfico foi suficientemente claro, mostrando a natureza destrutiva da lesão.

*Resultados*

Houve abolição da dor em 7 casos (53,8%); melhora da dor em 4 casos (30,7%) e permaneceram inalterados 2 casos (15,3%).

Consideramos resultado BOM o desaparecimento da dor que o paciente acusava antes do bloqueio, resultado REGULAR a melhora da intensidade ou da extensão da zona de dor apresentada pelo paciente e MAU quando houve falha do bloqueio, permanecendo a dor com os mesmos caracteres.

Dos casos maus, um era um carcinoma metastático na coluna dorsal, a paciente apresentando dor em cinta, com períodos de dor lancinante à movimentação e paralisia de D 6 para baixo. O fenol intra-dural não aboliu a dor à movimentação, indicando-se então um colête de gesso. Perdemos o contacto com a paciente após a alta. O outro caso era de um carcinoma de útero metastático no fígado e peritônio parietal, edema da perna direita e dor em L 1. O bloqueio com fenol não durou mais que uma hora, tendo-se este caso revelado resistência do álcool sub-aracnóideo, cedendo a dor com a alcoolização de L 1.

Nos casos bons e regulares, a duração mínima do bloqueio foi de 1 mês e a máxima de 9 meses. Nos 2 casos de carcinoma do pâncreas notamos o aparecimento de cólicas abdominais em seguida ao bloqueio, resistentes a antiespasmódicos. Em um desses casos fôra feita aplicação de mostarda nitrogenada com garroteamento de extremidades. Nos casos bons e regu-

lares houve diminuição da quantidade de tóxico administrada em 24 horas necessária ao alívio da dor, sendo abolida apenas em 1 caso. Muitos desses pacientes já estavam habituados ao uso de narcóticos. Vários desses pacientes receberam hibernação artificial no final da moléstia.

### *Peridural contínua*

Utilizamos-nos do cateter de polivinil e instilamos, a cada 2 ou 3 horas, lidocaína, com a finalidade de conseguir-se uma neuro-degeneração permanente. O método foi aplicado nos seguintes casos:

Leucemia .....	3 casos
Carcinoma de mama .....	2 casos
Carcinoma de próstata .....	1 caso
Carcinoma de útero .....	1 caso
Carcinoma de ovário .....	2 casos

### *Resultados*

Houve abolição da dor em 5 casos (55,5%); melhora temporária em 2 casos (22,2%) e falha do método em 2 casos (22,2%).

Os casos de leucemia apresentavam infiltrados leucemóides no colo da bexiga com fenômenos de polaquiúria extremamente dolorosa. Em todos fizemos a caudal contínua durante 72 horas, injetando, a cada 3 horas, lidocaína a 2%, com resultado bom, sobrevivendo os pacientes sem dor 30, 16 e 10 dias.

O caso de Ca do útero deste grupo havia sido tratado com fenol intradural restando uma zona de dor em queimação na altura de L 3, resolvida com a peridural contínua. Um Ca de ovário sobreviveu sem dor 25 dias, havendo no outro caso falha do método.

O caso de Ca da mama sofrera mastectomia radical havia um ano e havia 6 meses tinha dor em D 8 — D 9. A peridural contínua produziu abolição da dor durante 20 dias, ao fim dos quais a dor reapareceu, sendo alcoolizados os respectivos nervos, com resultado bom.

O caso de Ca da próstata apresentava, havia 8 meses, dor de D 9 a L 2, à esquerda. A primeira peridural determinou abolição das dores durante 20 dias. Uma segunda peridural por 96 horas foi feita e, na retirada do cateter, este rompeu-se no subcutâneo, posteriormente ao ligamento supraesprinhoso. Na suposição de ser o material inerte, deixamo-lo no local e, ao fim de 5 dias, o paciente se queixava de dores violentas

no sacro e cóccix, o que tornou obrigatória a retirada cirúrgica, com alívio da dor. Este paciente faleceu 15 dias após, sem dores.

Temos impressão de que a peridural contínua dá bom resultado quando o estado geral do paciente é mau ou quando a dor é ocasionada por disfunção do sistema nervoso simpático.

#### *Alcool sub-aracnódeo*

Utilizamos o método em dois pacientes. Um caso de mieloma múltiplo com dores em L 1 e L 2 havia um ano, necessitando diariamente de cerca de três ampolas de trivalerina para controlar a dor nos últimos 30 dias. Injetamos 0,5 ml de álcool absoluto em L 1 — L 2 estabelecendo-se um bloqueio entre D 12 — L 2 que durou 40 dias. Repetimos mais duas vezes o mesmo bloqueio até o falecimento da paciente, 8 meses depois.

Um caso de Ca do útero, operado, tendo sofrido tratamento quimioterápico. Dor em L 1, intensa, apresentando a paciente edema do membro inferior, ascite e metástases abdominais. Injetado 0,5 ml. de álcool absoluto em D 12 — L 1, o bloqueio durou cerca de 16 horas, tendo depois disso a paciente voltado aos entorpecentes.

#### *Alcoolização do simpático*

Ca de estômago, operado havia meses. Havia 4 meses, dor continuada, em queimação, no epigástro, que impedia o paciente de conciliar o sono, resistente a narcóticos. Bloqueio do plexo celíaco, à direita, com procaína a 1%, seguida de álcool. Melhora acentuada da dor até o décimo dia, quando o paciente faleceu.

Melanoma do olho esquerdo, metástases cervicais, exanteração do olho. Havia meses, dor em queimação na hemiface esquerda e cefaléia; morfina de 2 em 2 horas. Uma neurotomia retrogasseriana não aboliu a dor. Bloqueio do gânglio estrelado esquerdo com procaína e alcoolização por via posterior. Abolição da dor em queimação. Persistência da cefaléia cujo mecanismo era a compressão dos vasos cervicais pelas metástases existentes.

#### *Alcoolização paravertebral*

Método de tratamento da dor relativamente simples cujos resultados em nossas mãos foram sempre bons. Temos executado um bloqueio diagnóstico com lidocaína a 1%, e no

dia seguinte, com o paciente dormindo, injetamos o álcool. Este procedimento visa evitar a diluição do álcool pelo agente anestésico.

Melanoma operado havia meses. Havia 20 dias, dor contínua em L 1. Alcoolização de L 1 e L 2 à direita e abolição da dor até o falecimento do paciente, 1 mês após.

Hipernefroma operado havia um ano. Metástases abdominais que regrediram com HN2. Havia 2 meses, dor em queimação em L 1 à esquerda. Alcoolização da raiz e abolição da dor até o presente (30 dias).

Ca de ovário, operado, e, havia um ano, dor em L 5 tratada como reumatismo. Falha da peridural contínua e do fe-no extradural. Alcoolização de L 5 à direita, com abolição da dor até o falecimento da paciente, 2 meses depois.

O caso de Ca de útero referido é o caso que resistiu ao fenol e ao álcool. Feita alcoolização de L 1 à direita, houve desaparecimento da dor.

Mieloma múltiplo, com dor em L 1 — L 2 à direita havia 6 meses. Alcool paravertebral em L 1 — L 2 com duração de 40 dias, após o que repetimos novamente o bloqueio em L 1 — L 2 — L 3 com duração de 60 dias. Novamente o repetimos durante 2 meses e meio, até o falecimento da paciente.

Mieloma múltiplo, com dor em L 1 de ambos os lados havia 8 meses; massas tumorais no abdome. Alcoolização bilateral de L 1 com duração até o falecimento da paciente 1 mês depois.

### *Infiltração de nervos*

Ca de língua rádio-agulhado havia 4 meses. Radionecrose com dor continuada no território do mandibular direito. Injeção de 2 ml de álcool no nervo por via lateral, após bloqueio com procaína, até a morte do paciente, 4 meses depois.

Ca de antro maxilar esquerdo com dor no território do maxilar. Alcoolização por via lateral, após bloqueio diagnóstico, com abolição da dor. No dia seguinte o paciente se queixava de uma dor no território do supraorbitário do mesmo lado. Neurectomia após bloqueio com lidocaína. Apareceu dor em queimação na hemiface esquerda que foi abolida com um bloqueio do gânglio estrelado do mesmo lado com lidocaína a 2%.

Até o momento o paciente passa bem e está em telecobaltoterapia, queixando-se apenas de dores nevrálgicas no território do segundo nervo cervical que respondem bem aos derivados da pirazolona.

Ca de mama operado há 1 ano (é o mesmo que está relatado na peridural). Síndrome pós-mastectomia radical: lin-

fedema do braço esquerdo, dor, dificuldade à movimentação do braço. Presença de um ponto muito doloroso na parte superior da clavícula, cuja anestesia determinava a abolição da dor e permitia a movimentação. Fizemos 3 séries de 10 aplicações de lidocaína, passando a paciente 20 dias sem dor após a última série. A dor reapareceu muito mais atenuada após esse tempo e exérese desse ponto e enxerto foi bem sucedida, passando a paciente bem quanto à dor e à mobilidade do braço.

### *Hibernação artificial*

Temos empregado a hibernação artificial nos estados terminais da moléstia como medida humanitária. Vários dos casos apresentados receberam a mistura M 1 na fase derradeira. Empregamos a hibernação de início quando o estado do paciente é muito mau e que o tempo de vida é questão de poucos dias.

Ca do pênis. Feita emasculação havia 1 ano. Havia 6 meses, obstrução intestinal por tumor. Colostomia definitiva. Enorme tumor ulcerado no abdome e dor intolerável que não responde a 200 mg de morfina. Paciente desidratado, caquético, gritando e clamando pelo alívio da dor. Óbito 30 horas após.

Ca gástrico obstrutivo, metastático, presença de ascite e dor continuada no epigástrico. Paciente com febre, desidratado e caquético. Óbito 36 horas depois.

Melanoma maligno operado havia 4 meses, metástases por todo o abdome e na linha de incisão cirúrgica. Paciente habituada aos narcóticos, cuja duração de ação não era maior que 1 hora. Óbito 72 horas após.

Em leucemias empregamos a hibernação artificial em 3 casos.

### COMENTÁRIOS

Um dos aspectos mais interessantes do problema de terapêutica da dor diz respeito ao aspecto psicológico da questão. De nossa experiência, temos aprendido que o paciente com tumor maligno e dor é um paciente descrente, nervoso e desconfiado de tudo.

É preciso habilidade para ganhar sua confiança, porém, no caso de um bloqueio bem sucedido, o paciente passa a obedecer ao anestesiolegista em tudo o que fôr solicitado.

São necessários conhecimentos de clínica médica: muitas vezes temos que medicar, e às vezes de urgência. êsses pacientes e nem sempre podemos contar com o concurso do clínico.

Muitos outros obstáculos se apresentam, mas em nenhuma outra situação o médico tem a satisfação do dever cumprido como quando alivia a dor de um paciente condenado.

## S U M M A R Y

## OUR EXPERIENCE WITH THE MANAGEMENT OF PAIN

The Authors report their results in 42 patients divided into 2 groups: pain caused by other disorders and pain associated with malignancy.

The 13 patients of the first group received only anesthetic nerve blocks resulting in complete cessation of pain in 11 cases. Two patients had no improvement; because the pain was originated in the cerebral cortex in one case and had psychological origin in another. The blocks helped the diagnosis in both cases.

The 39 patients of the second group received anesthetic blocks followed by blocks with neurolytic agents: sub-dural phenol (Maher's technique) or alcohol. Five percent phenol in glycerin was used in 12 patients with complete relief in 7 cases, partial relief in 4, and no relief in 2 patients. Continuous peridural block was used in 9 patients, sub-dural alcohol, sympathetic, paravertebral and peripheral nerve alcohol blocks in the others. The overall results were satisfactory as far as relief of pain.

Artificial hibernation was also used in 3 patients to alleviate the final period of malignant disease.

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO  
Rua Clélia, 896.  
São Paulo, S.P.