

Dor crônica pós-operatória. Relato de casos*

Postoperative chronic pain. Case reports.

Tânia Cursino de Menezes Couceiro¹, Roberto de Oliveira Couceiro Filho², Luciana Cavalcanti Lima³, Marcelo Moraes Valença⁴, Léa Menezes Couceiro⁵

* Recebido do Hospital Barão de Lucena. Recife, PE.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A prevalência da dor crônica pós-operatória é alta e envolve vários mecanismos relacionados ao paciente e ao procedimento cirúrgico realizado. O objetivo deste estudo foi relatar dois casos de dor crônica pós-operatória em tipos diferentes de procedimento cirúrgicos.

RELATO DOS CASOS: **Caso 1:** Paciente do sexo masculino, 38 anos, submetido a tratamento cirúrgico de fratura fechada de punho esquerdo. Evoluiu com dor contínua, de forte intensidade, queimação e choque, nos 1º e 2º quirdáctilos, sendo reoperado após 30 e 60 dias, devido à dor. Houve piora do quadro doloroso e dificuldade à movimentação do punho, com dor em queimação no antebraço e mão esquerdos, de forte intensidade, contínua, associada a episódios dolorosos paroxísticos iniciados na cicatriz cirúrgica

irradiando para todo o antebraço e mão. A telerradiografia do punho esquerdo mostrou correção anatômica da fratura e a eletroneuromiografia (ENM), lesão do nervo radial superficial. Foi feito bloqueio do gânglio estrelado (BGE), amitriptilina (25 mg/dia) e alongamentos do punho, antebraço e braço que proporcionou alívio parcial da dor. **Caso 2:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, submetida à blefaroplastia superior e inferior bilateral com objetivo estético, evoluiu com dor periorbitária, em queimação e choque. Na primeira avaliação, a paciente relatou sentir, desde o pós-operatório imediato, dor em queimação, contínua de moderada intensidade, que se exacerbava ao toque e ao frio e dor em choque, de moderada intensidade agravada pelo ato de piscar. Tratada com gel tópico de amitriptilina a 2%, duas vezes ao dia com alívio completo da dor em queimação.

CONCLUSÃO: Dor iniciada no pós-operatório imediato de forte intensidade com lesão nervosa confirmada no primeiro caso e presumida no segundo, alerta para a importância de medidas preventivas cirúrgicas e anestésicas para diminuir a ocorrência da dor crônica pós-operatória.

Descritores: Analgesia, Cirurgia, Dor persistente, Dor pós-operatória.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Postoperative chronic pain prevalence is high and involves several mechanisms related to patients and to surgical procedures. This study aimed at reporting two postoperative chronic pain cases after different surgical procedures.

CASE REPORTS: **Case 1:** Male patient, 38 years old, submitted to surgical treatment of left wrist closed fracture. He evolved with continuous and severe pain, burning and shock in first and second fingers being re-operated after 30 and 60 days due to pain. There has been worsening of pain and difficulty to move the wrist, with severe burning pain in left forearm and hand, associa-

1. Mestre em Neurociência pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Responsável pelo Programa de Residência Médica em Anestesiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Médica Responsável pelo Ambulatório de Dor do Hospital Barão de Lucena. Recife, PE, Brasil.

2. Instrutor do Programa de Residência Médica em Anestesiologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Médico Especialista em Acupuntura pela SMBA. Médico Anestesiologista. Recife, PE, Brasil.

3. Médica Anestesiologista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); Mestre em Saúde Materno Infantil. Professora da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, PE, Brasil.

4. Professor Associado de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

5. Graduanda (6º Ano) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Tânia Cursino de Menezes Couceiro
Rua Jornalista Guerra de Holanda, 158/1602 – Casa Forte
52061-010 Recife, PE.

Fone: 55 (81) 3441-4533

E-mail: taniacouceiro@yahoo.com.br

ted to paroxysmal painful episodes starting at the surgical scar and irradiating to the whole forearm and hand. Left wrist teleradiography showed anatomic correction of fracture and electroneuromyography (ENM) should superficial radial nerve injury. Stellate ganglion was blocked (SGB), amitriptyline (25 mg/day) and wrist, forearm and arm elongation, which provided partial pain relief. **Case 2:** Female patient, 63 years old, submitted to bilateral upper and lower cosmetic blepharoplasty, who evolved with periorbital burning and shock pain. During the first evaluation patient reported feeling moderate burning pain since the immediate postoperative period, which was exacerbated by touch and cold, and moderate shock pain worsened by blinking. Patient was treated with amitriptyline topic gel at 2% twice a day with total burning pain relief.

CONCLUSION: Severe pain started in the immediate postoperative period with confirmed nervous injury in the first case and presumed nervous injury in the second, calling the attention to the importance of surgical and anesthetic preventive measures to decrease the incidence of postoperative chronic pain.

Keywords: Analgesia, Persistent pain, Postoperative pain, Surgery.

INTRODUÇÃO

A dor crônica pós-operatória (DCPO) é definida pela IASP como a síndrome dolorosa que ocorre no pós-operatório e que perdura por mais de dois meses, tendo sido excluídas outras causas de dor, como infecção e, finalmente que tenha sido excluído o problema do qual resultou a indicação cirúrgica^{1,2}. Essa definição é, no entanto, muito simplista para a complexidade desta entidade nosológica.

A prevalência da DCPO varia de 5% a 50%, dependendo do tipo de cirurgia¹, sendo mais frequente nas cirurgias torácicas, amputações de membros, mastectomias, quadrantectomias com esvaziamento axilar, herniorrafias inguinais e cesarianas¹.

Os mecanismos envolvidos são múltiplos e variam de acordo com o paciente e com o tipo de cirurgia realizada; entretanto, podem-se enumerar alguns fatores predisponentes relacionados ao paciente, como: predisposição genética como alterações nos canais de sódio, e fatores psicológicos como ansiedade, catastrofização e depressão prévia².

Ainda podem ser destacados os vários fatores de risco relacionados ao procedimento realizado como: lesão de nervos, tipo de trauma cirúrgico, intensidade da dor pós-

operatória e pré-existência de dor na área cirúrgica. No caso de cirurgias oncológicas, pode-se ainda citar como fatores de risco a recorrência da doença e os tratamentos adjuvantes, como radioterapia e quimioterapia³.

Alguns autores advogam que a plasticidade do sistema nervoso em decorrência da lesão tecidual pode ser uma das justificativas para o aparecimento da DCPO.

Considerados os fatores de risco descritos, sabe-se que o trauma relacionado aos procedimentos cirúrgicos ortopédicos é maior quando comparado ao resultante de cirurgias que não envolvem a manipulação óssea. A DCPO também é mais frequente nas artroplastias de quadril e de joelho, quando comparadas às cirurgias ortopédicas menores⁵.

Em relação às lesões nervosas, um dado a se considerar é o fato de que a presença dessas lesões pode resultar na maioria dos casos, em parestesia, mas nem sempre ocorre dor crônica². Este dado permite inferir que reoperações objetivando retiradas de neuromas ou mesmo ressecções cirúrgicas de fibrose que estejam comprimindo terminações nervosas, poderão ser infrutíferas na obtenção do alívio da dor.

Ao considerar as cirurgias superficiais envolvendo pele, tecido celular subcutâneo e músculo é notório que o trauma cirúrgico é menor quando se compara às cirurgias ortopédicas, no entanto, as lesões de fibras nervosas decorrente da incisão cirúrgica podem resultar em alteração sensitiva temporária ou permanente e, em alguns pacientes, dor.

A dor relatada pelos portadores de DCPO apresenta características neuropáticas e nociceptivas. A intensidade é variável e os sintomas algícos podem ser contínuos ou intermitentes, ou, ainda, apresentar períodos de exacerbação. Nos casos de dor pré-existente, a sintomatologia pode ser alterada após o procedimento cirúrgico.

O objetivo deste estudo foi relatar e discutir dois casos de DCPO, resultantes de dois tipos de procedimentos cirúrgicos diferentes.

RELATO DOS CASOS

Caso 1: Paciente do sexo masculino, 38 anos, submetido à tratamento cirúrgico de fratura fechada de punho esquerdo, com intraoperatório sem complicações. Desde o pós-operatório imediato evoluiu com dor contínua, de forte intensidade, tipo queimação e choque, nos 1º e 2º quirodactilos. Após 30 dias, devido a persistência da dor, foi submetido a uma segunda intervenção cirúrgica com o objetivo de alívio algíco. Contudo, evoluiu com piora do quadro doloroso e dificuldade à movimentação do punho. Este quadro persistiu por mais 60 dias, quando foi

submetido à artrodese do punho esquerdo. No pós-operatório, houve agravamento do quadro doloroso, sendo encaminhado ao ambulatório de dor. Na primeira consulta, o paciente apresentava dor em queimação no antebraço e mão esquerdos, de forte intensidade (EVN=8), contínua, associada a episódios dolorosos paroxísticos iniciados na cicatriz cirúrgica e se irradiando para todo o antebraço e mão. Ao exame: posição antiálgica (antebraço fletido sobre o braço), incapacidade de movimentar quirodáctilos e punho esquerdos, edema na mão e no antebraço (2+/4+), cor da pele alternando entre palidez e cianose. Ainda se observou sudorese, pele brilhante, alodínia tátil e sinal de Tinel positivo na cicatriz cirúrgica. A telerradiografia do punho esquerdo mostrava correção anatômica da fratura e a eletroneuromiografia (ENM), lesão do nervo radial superficial.

As hipóteses diagnósticas para o caso foram DCPO e síndrome de dor complexa regional. O tratamento instituído foi bloqueio do gânglio estrelado (BGE), uma vez por semana, totalizando três bloqueios. Foram iniciados amitriptilina (25 mg/dia) e alongamentos do punho, antebraço e braço. Após o terceiro BGE houve alívio completo da dor em queimação, persistindo apenas a dor tipo choque, de leve intensidade (EVN = 3) e sinal de Tinel positivo na cicatriz cirúrgica.

A dose da amitriptilina foi aumentada para 50 mg/dia e o paciente acompanhado mensalmente. Após nove meses de tratamento, persistiu a dor paroxística de leve intensidade, ocasional ou deflagrada pelo tato.

Apesar da melhora e da satisfação do paciente com o resultado obtido, não se encontra em condições de retornar às suas atividades laborais.

Caso 2: Paciente do sexo feminino, 63 anos, submetida à blefaroplastia superior e inferior bilateral com objetivo estético. A cirurgia foi realizada sem intercorrências. No pós-operatório imediato, evoluiu com dor periorbitária, do tipo queimação e choque. Após seis meses, foi encaminhada ao ambulatório de dor para avaliação.

Na primeira avaliação, a paciente relatou sentir, desde o pós-operatório imediato, dor em queimação, contínua de moderada intensidade (EVN = 6), que se exacerbava ao toque e com o frio; ainda sentia dor tipo choque, de moderada intensidade (EVN = 6), agravada pelo ato de piscar. Ao exame: fâcias de sofrimento, bom resultado estético, condições precárias de higiene ocular, alodínia tátil e térmica. Como a paciente se negava a tomar medicação por via oral, foi prescrita amitriptilina, gel transdérmico a 2%, duas vezes ao dia. Após 30 dias, houve alívio completo da dor em queimação, sendo a paciente reavaliada mensalmente.

Em relação à dor paroxística, a melhora ocorreu de for-

ma progressiva, possibilitando a retirada gradativa da amitriptilina a partir do nono mês. Foi avaliada um ano depois do início do tratamento, ocasião na qual a amitriptilina havia sido suspensa há 15 dias. Neste momento relatou dor tipo paroxística, ocasional e de leve intensidade. Ao exame da cicatriz cirúrgica o sinal de Tinel era negativo e a paciente quantificou alívio da dor em 80%.

DISCUSSÃO

A DCPO é uma entidade comum, no entanto, é mal diagnosticada, afetando grande número de pacientes submetidos a diversos tipos de cirurgias⁵.

Os casos relatados chamam a atenção para o desenvolvimento de DCPO após blefaroplastia e osteossíntese de punho. Identificou-se a presença de dor no pós-operatório imediato como a queixa comum aos casos, fato também descrito em pacientes submetidos à toracotomias⁹ e a cirurgias de trauma¹⁰. A dor de forte intensidade e inadequadamente tratada esteve presente nos casos relatados, confirmando que o tratamento inadequado da dor pós-operatória resulta em dor persistente, como o descrito por Joshi e Ogunnaike⁶.

Os bloqueios anestésicos e a anestesia infiltrativa têm se mostrado eficazes em reduzir a prevalência da DCPO^{11,12}. O paciente do caso 1 foi submetido a todas as cirurgias ortopédicas sob bloqueio do plexo braquial, todavia, o bloqueio não foi capaz de diminuir a dor pós-operatória imediata e a DCPO.

No caso 2, a paciente foi submetida à blefaroplastia sob anestesia infiltrativa associada à sedação, no entanto, esta abordagem não proporcionou adequada analgesia pós-operatória, o que pode ter desencadeado alterações neuronais, resultando em dor persistente. Este dado vai de encontro ao relato de Dahl e Moiniche¹³, onde a infiltração da incisão em cirurgias abdominais e ortopédicas de grande porte, resultou em analgesia pós-operatória satisfatória.

No caso 1, a presença de Tinel positivo na cicatriz cirúrgica e a constatação de lesão do nervo radial superficial esquerdo pela ENM confirmam e enfatizam os achados de outros autores quanto à associação de lesão nervosa, presença de neuroma e a ocorrência de DCPO¹⁴. Ainda nesse caso, houve o envolvimento do sistema nervoso simpático na gênese da dor, fato confirmado pela analgesia obtida com os bloqueios simpáticos realizados.

No caso 2 a sintomatologia relatada associada ao sinal de Tinel positivo direciona o diagnóstico para a presença de lesão nervosa e, possivelmente, presença de neuroma, todavia, não foi realizada ENM para confirmação de tal

lesão. A medida terapêutica instituída para o caso proporcionou alívio completo da dor disestésica e parcial da dor paroxística, fato que permite inferir a possibilidade da existência de neuroma.

A complexidade da DCPO está relacionada à coexistência de fatores relacionados ao paciente e ao próprio procedimento cirúrgico. A dor pós-operatória e a lesão nervosa são fatores previsíveis e, como tal, podem ser tratados e prevenidos através de uma abordagem terapêutica mais eficaz da dor pós-operatória e da utilização de técnicas cirúrgicas menos invasivas que causam menos lesões nervosas.

Contudo, há necessidade da realização de estudos prospectivos que avaliem a associação da presença de dor pós-operatória, sua intensidade e a ocorrência de DCPO.

REFERÊNCIAS

1. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367(9522):1618-25.
2. Rogers M, Tang L, Madge D, et al. The role of sodium channels in neuropathic pain. *Semin Cell Dev Biol* 2006;17(5):571-81.
3. Macrae WA, Davies HTO. Chronic postsurgical pain. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP; 1999. p. 125-42.
4. Kehlet H, Rathmell JP. Persistent postsurgical pain: the path forward through better design of clinical studies. *Anesthesiology* 2010;112(3):514-5.
5. Nikolajsen L, Brandsborg B, Lucht U, et al. Chronic pain following total hip arthroplasty: a nationwide questionnaire study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(4):495-500.
6. Joshi G, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin North America* 2005;23(1):21-36.
7. Akkaya T, Ozkan D. Chronic post-surgical pain. *Agri* 2009;21(1):1-9.
8. Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother* 2009;9(5):723-44.
9. Katz J, Jackson M, Kavanagh BP, et al. Acute pain after thoracic surgery predicts long-term post-thoracotomy pain. *Clin J Pain* 1996;12(1):50-5.
10. Gehling M, Scheidt CE, Niebergall H, et al. Persistent pain after elective trauma surgery. *Acute Pain* 1999;2(2):110-14.
11. Kairaluoma PM, Bachmann MS, Rosenberg PH, et al. Preincisional paravertebral block reduces the prevalence of chronic pain after breast surgery. *Anesth Analg* 2006;103(3):703-8.
12. Fassoulaki A, Triga A, Melemini A, et al. Multimodal analgesia with gabapentin and local anesthetics prevents acute and chronic pain after breast surgery for cancer. *Anesth Analg* 2005;101(5):1427-32.
13. Dahl JB, Møiniche S. Relief of postoperative pain by local anaesthetic infiltration: efficacy for major abdominal and orthopedic surgery. *Pain* 2009;143(1-2):7-11.
14. Lewin-Kowalik J, Marcol W, Kotulska K, et al. Prevention and management of painful neuroma. *Neurol Med Chir* 2006;46(2):62-8.

Apresentado em 27 de julho de 2010.

Aceito para publicação em 01 de setembro de 2010.