

Síndrome complexa de dor regional e gestação. Relato de caso*

Complex regional pain syndrome and gestation. Case report

Telma R Mariotto Zakka¹, Roberto de Oliveira Rocha², Lin Tchia Yeng³, Manoel Jacobsen Teixeira⁴

*Recebido do Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome complexa de dor regional I (SCDRI) caracteriza-se pela presença de dor, anormalidades neurovegetativas, anormalidades da função submotora e vasculares, na ausência de lesão nervosa. No presente caso, as limitações medicamentosas, impostas pela gestação e lactação dificultaram ainda mais o manuseio terapêutico.

RELATO DO CASO: Paciente de 26 anos, com SCDRI havia 5 anos. Apresenta dor em fígada e choque nos dedos da mão e antebraço esquerdo acompanhado de fraqueza, edema, queda de pelos, cianose e diminuição de temperatura. Intensidade da dor pela escala verbal analógica entre 9 e 10. Fatores de piora: frio, movimentos, toque e período noturno. Exames complementares, incluindo ressonância nuclear magnética de coluna cervical e eletroneuromiografia normais. Tratamento multidisciplinar com resul-

tados insatisfatórios. Acompanhada durante a gestação, lactação com adaptações na medicação, fisioterapia, psicoterapia e bloqueios anestésicos. Atualmente, o quadro doloroso está controlado.

CONCLUSÃO: O tratamento da síndrome complexa de dor regional I que é bastante complicado se torna mais difícil durante a gestação e lactação para oferecer analgesia com menor risco para a gestante e feto.

Descritores: Amamentação, Analgésico, Bloqueio nervoso, Dor, Gestação.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Complex regional pain syndrome I (CRPSI) is characterized by pain, neurovegetative disorders, sub-motor and vascular function abnormalities in the absence of nervous injury. In this case, drug limitations due to gestation and lactation have made even more difficult the therapeutic management.

CASE REPORT: Patient 26 years old with CRPS for 5 years. She presented twinge pain and chock on left fingers and forearm, followed by weakness, edema, hair loss, cyanosis and temperature decrease. Pain intensity was from 9 to 10 by the verbal analog scale. Worsening factors were: cold, movements, touch and night period. Additional tests included normal cervical MRI and electroneuromyography. The treatment was multidisciplinary with unsatisfactory results. She was followed during gestation and lactation, with adaptation of drugs, physical therapy, psychotherapy and anesthetic blocks. Currently, pain is controlled.

CONCLUSION: Complex regional pain syndrome I treatment, which is very complicated, becomes even more difficult during gestation and lactation to offer analgesia with less risk for mother and fetus.

Keywords: Analgesics, Breastfeeding, Gestation, Nervous block, Pain.

1. Médica Ginecologista e Obstetra. Coordenadora do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Centro Interdisciplinar de Dor do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

2. Médico Anestesiologista e Acupunturista. Médico do Centro Interdisciplinar de Dor do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

3. Médica Fisiatra. Coordenadora do Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

4. Médico Neurocirurgião e Professor Titular de Neurocirurgia do Departamento de Neurologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Telma Regina Mariotto Zakka

Rua Antonio Valente da Silva, 141

12080-230 Taubaté, SP.

Fones: (12) 3632-9579 (11) 8461-0001

8187-9115 - 3022-0708

E-mail: parahyba@coteco.com.br, trmzakka@gmail.com

INTRODUÇÃO

A síndrome complexa de dor regional I (SCDR I) caracteriza-se por um amplo espectro de sinais e sintomas sensitivos, neurovegetativos e motores, localizados predominantemente nas extremidades. A dor com características de queimor, latejamento ou peso, paroxismo de choque ou pontadas, geralmente associa-se à alodínia, hiperestesia, hiperpatia e hiperalgesia na região comprometida. Dor intensa, espontânea e hiperalgesia são sintomas comuns que se intensificam com a movimentação do membro. Tremores, distonias, espasmos musculares, déficit de força e limitação da amplitude de movimento fazem parte dos sintomas motores, assim como, edema, mudança na cor, temperatura e trofismo do tegumento e anexos. Alterações tróficas como retração tendínea e ligamentar e amiotrofia podem ocorrer na fase crônica¹⁻³. A motricidade voluntária do membro superior, particularmente a execução de movimentos finos como a preensão e função de pinça, comumente está comprometida nestes pacientes⁴. A grande heterogeneidade clínica dificulta o diagnóstico e tratamento. A adoção do padrão: dor-imobilização-desuso-dor é muito comum. A cronificação da dor leva a limitação da função motora, alterações tróficas irreversíveis, comprometimento do sono, apetite, humor e no relacionamento familiar e profissional⁵. Importantes alterações simpáticas podem ser observadas, há casos de dor com componente simpático dependente que pode se tornar simpático independente, o que justifica a ineficácia dos bloqueios simpáticos no tratamento. O tratamento multidisciplinar objetiva o controle da dor e a reabilitação física e as técnicas de analgesia dependem da intensidade da dor. Anormalidades do sono, ansiedade e depressão devem ser tratadas associadamente¹.

RELATO DO CASO

Paciente com 26 anos, vendedora, afastada do trabalho com quadro de SCDR havia cinco anos. Quadro clínico: dor de início súbito em pontada e choque nos dedos da mão e antebraço esquerdo, com fraqueza, edema, queda de pelos, cianose e diminuição de temperatura. A dor avaliada através da escala verbal analógica verbal (EAV) entre 9 e 10. Fatores de piora: frio, movimentos e contato físico. Sem fatores de melhora.

Referia fadiga, sono não reparador, falta de apetite, alteração nos relacionamentos pessoais e atividades de lazer. Atividade de vida diária (AVD) independente, auxílio mínimo para vestir-se. Canhota com mudança

de dominância maior que 50%. Exames complementares, incluindo ressonância nuclear magnética da coluna cervical e eletroneuromiografia da região cervical e dos membros superiores normais. Tratamento insatisfatório com amitriptilina (50 mg/dia), carbamazepina (200 mg) a cada 8h, clorpromazina a 4% (10 gotas) a cada 4h, psicoterapia e fisioterapia.

Engravidou e foi acompanhada durante a gestação e a lactação com adaptações na medicação, fisioterapia, psicoterapia e bloqueios anestésicos, com dificuldade de adesão aos medicamentos, por receio de interferir na integridade fetal.

Medicada com levomepromazina em baixa dose até o 6º mês, paracetamol, técnica de dessensibilização da dor utilizando algodão, movimentos em água na temperatura ambiente e acupuntura. Bloqueio simpático de gânglio estrelado esquerdo com ropivacaína, pela técnica peritraqueal sem o uso de radioscopia no 8º mês de gestação, com alívio completo da dor, que retornou após uma semana com intensidade semelhante ao período pré-bloqueio. Durante a amamentação EAV = 8. Tratamento com cinesioterapia e nortriptilina (10 mg) ao dia, sem melhora (EAV = 9,5), sendo prescrita amitriptilina (25 mg) ao dia. Persistiu dor na mão, latejante, contínua, irradiando para ombro homolateral, palidez cutânea, AVD menor que 50%, ansiosa. Mantida fisioterapia, terapia ocupacional, dessensibilização, imaginação motora. Seis meses após o parto realizado bloqueio anestésico contínuo de plexo braquial esquerdo via axilar, com ropivacaína (10 mL), 8/8 horas, por três semanas. EAV = 0, permitindo otimizar a cinesioterapia. Quatro semanas após a suspensão do bloqueio axilar, a dor em queimor retornou, sendo prescrita fisioterapia e psicoterapia.

Quando parou a amamentação foi prescrito tramadol (50 mg) de 6/6horas, amitriptilina (75 mg/dia), clorpromazina (15 gotas), 8/8 h, e novo bloqueio anestésico contínuo de plexo braquial esquerdo (10 meses após o primeiro) com ropivacaína (10 mL), a cada 8h diariamente, por 6 semanas. EAV = 0. Após a suspensão do bloqueio axilar, permaneceu sem dor por 5 semanas. Feito bloqueio simpático torácico dorsal de T2 e T3 por radioscopia, a esquerda, com ropivacaína (75 mg) e triancinolona (40 mg). EAV permaneceu em 3 durante um mês. Após a retirada do cateter a dor aumentou progressivamente. Evoluiu com EAV entre 4 e 8. Feita manipulação de cintura escapular e inativação de pontos gatilho, fortalecimento isométrico. Após três meses houve melhora da dor, humor estável, melhora do sono, AVD independente (mão esquerda sem fun-

ção), EAV variando entre 6 em repouso e 9 à movimentação. Membro superior esquerdo com amiotrofia, palidez cutânea, diminuição da temperatura, alodínia difusa, limitação de ADM, dor à flexão de punho/MCF/IF proximais e distais, força 4. Medicada com amitriptilina (75 mg) ao dia, clorpromazina a 4% (15 gotas) de 8/8 horas, metadona (10 mg/dia) e lamotrigina (25 mg) de 12/12 horas.

DISCUSSÃO

A dificuldade no tratamento da dor em pacientes com SCDR deve-se à complexidade da fisiopatologia. Ampla gama de mediadores inflamatórios, citocinas, neuropeptídeos e eicosanoides parecem estar envolvidos em sua gênese, assim como alterações da neurotransmissão e neuromodulação nociceptiva central e periférica^{1,3}.

Durante a gestação e lactação, as intervenções terapêuticas constituem grande desafio para oferecer analgesia com menor risco para a gestante e feto^{6,7}. A preocupação da gestante com a saúde do feto é grande, sempre que possível devem ser dadas explicações claras e utilizados métodos não farmacológicos, para maior adesão ao tratamento. As malformações fetais por uso de fármacos variam entre 1% e 2%. O tratamento farmacológico deve considerar a idade gestacional e o organismo materno, placenta e feto. No organismo ma-

Tabela 1 - Classificação do risco dos fármacos na gestação.

A Estudos controlados não mostram risco	0,7%
B Não há evidência de risco em seres humanos	19,0%
C O risco não pode ser afastado; incluem-se os fármacos recentemente lançados no mercado e/ou ainda os não estudados	66,0%
D Há evidência positiva de risco	7,0%
X Contraindicados na gravidez	7,0%

terno, as modificações gravídicas influem na absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos.

A placenta tem mecanismos de transferência bem definidos e sistemas enzimáticos ativos, que interferem no comportamento dos fármacos que vão para o feto e nos metabólitos que retornam para a mãe. A ultrapassagem dos fármacos está condicionada ao baixo peso molecular, a não ligação com seroproteínas, a lipossolubilidade e ao pH ligeiramente ácido⁸.

A exposição fetal a certos fármacos antes da quarta semana de gestação tem efeito de tudo ou nada, ou seja,

causam a perda do conceito, por lesão do blastócito, ou não determinam anormalidades, devido à totipotencialidade das células embrionárias. O período da organogênese, entre o 18° e 55° dia após a concepção, é o período mais crítico para a exposição medicamentosa, causando malformações irreparáveis^{6,7}. Tardiamente, os medicamentos podem influenciar o crescimento ou a função fisiológica fetal. Os fármacos podem determinar malformações congênitas, síndromes perinatais ou alterações neurocomportamentais de surgimento tardio. Para escolher o medicamento é importante conhecer o perfil de segurança nas diversas fases da gestação e amamentação, o grau de ligação proteica, a solubilidade lipídica, o peso molecular e as características metabólicas maternas que influenciam a transferência materno-fetal dos fármacos. Alguns medicamentos não alteram diretamente o desenvolvimento do feto, mas podem influenciar a dinâmica da gestação e com exceção das moléculas polares grandes, a maioria delas atravessa a placenta e alcança o feto^{6,7}.

Para orientar a prescrição de fármaco na gestação e lactação, a *Food and Drug Administration*, nos Estados Unidos da América, desenvolveu uma classificação de risco com base no potencial do medicamento em causar malformações fetais, que apesar de limitada, é uma orientação para a prescrição (Tabela 1).

Os riscos dos fármacos utilizados para o controle da

dor neste caso foram: paracetamol e dipirona - o risco é B/D para o primeiro e B para o segundo. O acetaminofeno em doses maiores que 4 g/dia por tempo prolongado pode determinar lesões hepáticas e renais no organismo materno e fetal^{6,8}.

Clorpromazina: risco C/D, evitar uso próximo ao termo por causar hipotensão, letargia e dificuldade de sucção no recém-nascido e na amamentação⁹.

Levomepromazina: risco C, risco potencial de intercorrências neurológicas, mas não existem estudos controlados^{6,7}. Evitar seu uso na amamentação^{9,10}.

Lidocaína e ropivacaína: risco B, não exerce efeitos adversos ao feto e são compatíveis com a amamentação^{8,9}.

Amitriptilina: risco D pode ocasionar anomalias cardiovasculares^{6,7}. Na amamentação o uso deve ser criterioso e o recém-nascido monitorado⁹.

Nortriptilina: risco D, determinante potencial de malformações congênitas⁸. É excretada no leite e não há dados disponíveis sobre o seu uso na amamentação¹⁰.

CONCLUSÃO

A SCDRI, habitualmente de tratamento complexo, apresenta maior grau de dificuldade durante a gestação e lactação, pelas limitações na escolha dos medicamentos analgésicos e adjuvantes.

REFERÊNCIAS

1. Lin TY, Teixeira MJ, Rogano LA. Síndrome complexa de dor regional I e II. *Rev Med São Paulo* 1999; 78(2 pt 1):168-89
3. Van de Beek WJT, Schwartzman RJ, van Nes SI, Delhaas EM, van Hilten JJ - Diagnostic criteria used in studies of reflex sympathetic dystrophy. *Neurology* 2002;58:522-526.
4. Birklein F, Sittl R, Spitzer A, et al. Sudomotor function in sympathetic reflex dystrophy. *Pain* 1997;69(1-2):49-54.
5. Bruehl S, Harden RN, Galer BS, et al. Complex regional pain syndrome: are there distinct subtypes and sequential stages of the syndrome? *Pain* 2002; 95(1-2):119-24.
6. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 2):18-28.
7. Friedman JM, Little BB, Brent RL, et al. Potential human teratogenicity of frequently prescribed drugs. *Obstet Gynecol* 1990;75(4):594-9.
8. Zacharias J. A rational approach to drug use in pregnancy. *JOGN Nurs* 1983;12(3):183-7.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Use of psychoactive medication during pregnancy and possible affects on the fetus and newborn. *Pediatrics* 2000;105(4):880-7.
10. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994;93(1):137-50.
8. Kaneko S, Otani K, Kondo T, et al. Malformation in infants of mothers with epilepsy receiving antiepileptic drugs. *Neurology* 1992;42(4 Suppl 5):68-74.

Apresentado em 10 de maio de 2010.

Aceito para publicação em 07 de março de 2011.