

O TRATAMENTO DAS DORES REBELDES NOS PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER *

Dierk F.B. Kirchhoff **
Lélio D. Freitas ***

KIRCHHOFF, D.F.B. & FREITAS, L.D. O tratamento das dores rebeldes nos pacientes portadores de câncer. *Ar.med.ABC*, 2: 8-11, 1979.

RESUMO: Procurou-se no presente trabalhar, à luz de experiências própria e internacional, sublinhar a importância do tratamento das dores rebeldes, principalmente nos pacientes portadores de câncer, pondo em destaque a técnica de Termocoagulação.

Tanto as dores de crânio e face, como as dores de tronco e membros são, nestes pacientes, abolidas com relativa facilidade.

As recorrências esperadas após transcurso de um tempo mais longo (caso de moléstias benignas), não ocorrem nos pacientes cancerosos que, em geral, têm sobrevida não superior a um ano na fase de dores rebeldes a medicamentos.

UNITERMOS: Dores rebeldes no câncer; Tratamento-Termocoagulação.

INTRODUÇÃO

Nos casos avançados de câncer, a presença de dores de intensidade muitas vezes desesperadora é quase uma constante. Em decorrência disso, os profissionais que tratam desses pacientes se vêem obrigados a lançar mão, muitas vezes, de analgésicos de alta potência, que geralmente interferem na esfera psíquica dos mesmos, levando-os não só à dependência, mas também tirando-lhes parcial ou totalmente a capacidade crítica.

Em razão do uso continuado dessas drogas, muitas vezes o paciente sofre uma alteração da sua personalidade e, associado à irritação e agressividade causadas pela própria dor, faz com que a imagem desse paciente se torne diferente da imagem conhecida pela família.

Levando em consideração os fatos acima expostos, defendemos a tese de que uma cirurgia de pequeno porte capaz de suprimir essa dor, embora não interfira no curso natural da doença, poderá fazer com que o paciente, completamente livre da dor, passe a ter um final de vida absolutamente lúcido em sua posição normal dentro da família.

GENERALIDADES

A dor é sempre uma manifestação da consciência, um fenômeno subjetivo, uma experiência. Não existe uma dor inconsciente; a prova mais fácil de se evidenciar isto é a abolição de qualquer dor pela anestesia geral, que simplesmente provoca de modo artificial a inconsciência no paciente.

A dor não é um fenômeno objetivo que se possa medir, mas sim uma reação consciente do indivíduo a uma variedade de estímulos que têm em comum serem lesivos ao corpo do mesmo e, como tudo que é consciente, depende do estado psicológico do momento em que a pessoa experimenta essa sensação dolorosa. Assim, um chute na perna de um jogador de futebol dentro e fora do jogo é sentido de forma diversa. Outro exemplo são os ferimentos de guerra recebidos que, no ardor da luta e no medo da não sobrevivência, praticamente não provocam sensação dolorosa nos combatentes. Da mesma forma, é o doente sendo consumido por uma doença maligna: ele próprio se vendo definhando dia a dia com uma dor que não desaparece e a sensação angustiante de que, apesar de estar sendo feito tudo, não há melhora nenhuma no quadro. A dor e a

angústia potenciam-se mutuamente, levando-o ao desespero.

Uma das formas de se quebrar este ciclo vicioso é suprimir a dor.

FISIOPATOLOGIA DA DOR

As diversas formas de sensibilidade percorrem diferentes caminhos para chegar ao Sistema Nervoso Central estando, porém, intimamente relacionadas, havendo muitas vezes interrelação estreita e a transformação de uma sensação em outra a depender da intensidade de estímulo. Assim, existe a experiência da sensibilidade térmica à água morna, porém já sem sensação de dor à água fervente, embora sentindo-se também a sensação térmica.

A sensação dolorosa é colhida principalmente na pele, por terminações livres e carreadas por nervos sensitivos ou mistos até a raiz dorsal da medula, onde, no gânglio, encontra-se o primeiro corpo celular; daí ela parte para o corno posterior da medula, onde faz a segunda sinapse. Ela atravessa a medula na comissura anterior e sobe um feixe de fibras, formando o Trato Espinotalâmico Lateral em ambos os lados até o tálamo, recebendo à altura dos núcleos dos nervos cranianos as fibras sensitivas destes, principalmente do trigêmio. No tálamo, essas fibras vão ao núcleo ventrolateral e de lá para o córtex sensitivo do giro pós-central.

Nos casos das dores viscerais, essas sensações são levadas à cadeia ganglionar correspondente, daí para o corno lateral da medula, subindo até as áreas cerebrais, com importante relacionamento com o hipotálamo. Para maiores detalhes, vide literatura 5.

Há muito tempo que se vem preconizando a secção cirúrgica destas vias sensitivas para abolir a dor. Infelizmente, a experiência mostrou que após um a cinco anos se restabelecem as sensações dolorosas em áreas previamente desnervadas. Assim sendo, a simples secção dessas vias sensitivas não abolem a dor a longo prazo em 100% dos casos, sendo o coeficiente de recidiva proporcional ao tempo.

É nos casos de doentes portadores de câncer em estado avançado, com uma sobrevida curta, muitas vezes de menos de um ano, que o método da secção das vias sensitivas não só é válido, bem como praticamente isento

*Trabalho realizado com material da Universidade de Giessen-Centro de Neurocirurgia - e do Hospital A.C. Camargo.

***Chefe do serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital A.C. Camargo.

**Doutor assistente voluntário da Disciplina de Neurologia e Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da FUABC; Titular de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital A.C. Camargo.

de recidiva, trazendo o conforto que se quer dar ao paciente.

MÉTODOS

Muitos foram os métodos até hoje descritos para a secção das vias sensitivas.

1. **Secção de nervos sensitivos:** A secção de nervos sensitivos só tem sentido se a dor for totalmente abolida pela sua secção. Outrossim, não deve interferir com a funcionalidade do órgão ou segmento invadido; além disso, existe uma superposição e anastomose destes diferentes nervos, dificultando muitas vezes o sucesso. Nas dores de face, porém, este método é o de primeira escolha, pois a secção do Vº par craniano, o nervo trigêmeo, leva à suspensão imediata da dor. Duas são as formas de se realizar a abolição da sensibilidade da face:

a) através da secção cirúrgica; b) através de lesão por técnica esterotáxica

No primeiro método, as duas técnicas mundialmente mais usadas são as de Frazier e de Dandy, com secção do nervo no cavo de Meckel e no ângulo ponto-cerebelar, respectivamente. No segundo método, introduz-se uma agulha especial através do forame oval no gânglio de Gasser, conseguindo-se por estimulação seletiva saber-se a posição exata da agulha e, assim, destruir-se o segmento do nervo desejado.

2. **Rizotomia posterior:** Esta técnica é usada fundamentalmente para as dores radiculares segmentares de tronco, uma vez que nas extremidades implicaria em perda funcional importante.

3. **Secção dos feixes espinotalâmicos:** Aqui, como já foi descrito no item 1, esta secção pode ser feita pela termo-coagulação transcutânea ou através da secção cirúrgica do feixe.

Outra técnica, tais como mesencefalotomias, talatomias, cingulotomias, leucotomias, nós consideramos de muito grande parte, que não seriam possíveis de serem realizadas neste tipo de paciente, levando-se em conta, muitas vezes, o seu mau estado geral, bem como a interferência afetivo-emocional de algumas dessas intervenções, e que nós justamente queremos evitar.

Nos casos de dor produzida por tumores hormono-dependentes, como nos casos de próstata e mama, existe

uma porcentagem relativamente grande que responde bem quando se usam medidas que diminuam ou suprimam os hormônios circulantes, como castração, adrenalectomia ou terapia hormonal. Com a evolução tecnocirúrgica e microcirúrgica, a hipofisectomia trans-esfenoidal transformou-se em técnica fácil que, em mãos experientes, pouca ou nenhuma complicação oferece.

MATERIAL E RESULTADOS

1. Nas neuralgias do trigêmeo-forma sintomática por infiltração cancerosa-realizamos fundamentalmente dois tipos de tratamento:

a) a termocoagulação, quando não havia infiltração da fossa média pelo tumor. Estes casos somaram um total de 13, entre 901 termocoagulações feitas no gânglio de Gasser para neuralgias do trigêmeo de outras etiologias. (Tabela 1).

b) a secção do trigêmeo no ângulo ponto-cerebelar, pela técnica de Dandy modificada por House e Hitzelberger, quando o tumor invadia a fossa média, num total de 14 casos (Tabela 2).

A termocoagulação é, sem dúvida, a técnica mais fácil e inócua, podendo ser repetida em casos de recidiva sem maiores problemas para o paciente e para o cirurgião. Por este método apenas um dos casos apresentou recidiva, tendo sido feita nova coagulação com supressão da dor. Nenhum destes pacientes faleceu em virtude do ato cirúrgico tendo, entretanto, como era de se esperar, os submetidos à cirurgia de fossa posterior tido um pós-operatório mais acidentado, tendo sido uma pneumonia a intercorrência mais grave.

Todos estes pacientes ficaram livres de sua dor, até virem a falecer em consequência de sua moléstia de base. A sobrevida média destes pacientes foi de um ano e dois meses.

2. Radiculotomias foram feitas em 6 pacientes, porém nenhum caso era portador de câncer.

3. Cordotomias (secção do feixe espino-talâmico lateral)

a) percutânea - foram realizadas num total de 27 pacientes, sendo bilateral em 6 deles. Os resultados foram excelentes, tendo-se em vista que houve apenas

NOME	IDADE EM ANOS	SEXO	RAMO ATINGIDO			LADO	CARÁTER DA DOR		TIPO DE TUMOR
			1º	2º	3º		Tic Contínua	Atípica	
M.G.	56	F	-	+	+	E	+		Ca de Pálato
M.S.	27	M		+	+	D		+	Ca de Língua
B.G.	36	F	+	+	+	E	+		Ca de Mandíbula
B.H.	72	F		+	+	E	+		Ca de Lábio Inferior
R.L.	43	M			+	D	+		Ca de Lábio Inferior
M.K.	65	M		+	+	D		+	Adenoca de Parótida
R.K.	59	F			+	E	+		Linfossarcoma de Mandi
J.O.	47	M		+	+	D + E	+		Ca de Língua
M.C.G.O.	71	M	+	+	+	D	+		Ca de Canto dos Lábios
R.T.	48	M		+		D	+		Ca de Pálpebra Superior
F.G.	55	M		+		E	+		Ca de Pálpebra Superior
N.L.	64	M		+		E	+		Ca de Pálpebra Superior
A.E.	41	M		+	+	D	+		Osteossarcoma de Mandi

TABELA 1 - Tratamento de 13 casos de Ca de face sem comprometimento de fossa média. Feita por termocoagulação controlada.

NOME	IDADE EM ANOS	SEXO	RAMO ATINGIDO			LADO	CARÁTER DA DOR		TIPO DE TUMOR
			1º	2º	3º		Tic Contínua	Atípica	
W.P.	74	M		+	+	E	+		Ca de Mandíbula
M.P.	28	M		+	+	E	+		Sarcoma de Mandíbula
M.F.	49	F	+	+		E	+		Granuloma Maligno dos Seios da Face
H.E.	47	F	+	+		D	+	+	Condromiossarcoma do Etmóide
B.C.	28	F		+	+	E		+	Ca de Palato Mole
B.W.	50	M		+		D	+		Ca de Lábio Inferior
B.H.	60	M	+	+		D		+	Ca de Palato Mole
B.E.	53	F			+	D	+	+	Ca de Língua
H.H.	50	M			+	D	+	+	Ca de Palato Mole
P.K.	68	M			+	E	+	+	AdenoCa de Parótida
S.A.	54	F		+	+	D	+	+	Linfossarcoma de Mandíbula
R.K.	58	F		+		D		+	Sarcoma dos Seios da Face
M.C.C.	34	F			+	D	+		Ca de Língua
M.T.	22	F	+	+	+	E	+		AdenoCa de Parótida

TABELA 2 - Tratamento de 14 casos de Ca de face com comprometimento de fossa média. Feita cirurgia de Dandy.

uma recidiva em um paciente com dores bilaterais, que experimentou abolição da dor em um dos lados e no outro apenas uma melhora significativa. A média da sobrevida desses pacientes foi de 13 meses, sendo a complicação mais séria uma monoparesia da perna direita, com boa melhora após fisioterapia.

b) a céu aberto - realizamos nos últimos 4 meses 12 cordotomias que, devido ao curto seguimento ainda não puderam ser avaliadas.

Tivemos dois casos de monoparesia com boa melhora após fisioterapia. Em outro caso, a abolição da dor não foi completa, sendo que na avaliação subjetiva do paciente houve uma melhora de 70%.

4. A hipofisectomia feita nos casos de câncer da mama e próstata (hormonodependentes) disseminados, principalmente os de disseminação óssea intensa, que provocam dores intensas, pode trazer um alívio e mesmo abolição da dor nos casos previamente estudados quanto à sua resposta ou hormonossensibilidade. Em 5 casos seguidos por mais de um ano, os pacientes continuaram sem dor; além disso, houve o desaparecimento radiológico das metástases pré-existentes. Recentemente operamos um caso com ótima evolução imediata, e seu seguimento durante os dois primeiros meses após a cirurgia, foi excelente.

DISCUSSÃO

A indicação de medidas que visam abolir a dor é meta primária e básica da medicina desde o princípio dos tempos. A evolução da medicina, principalmente no seu setor farmacológico, propiciou o aparecimento de drogas analgésicas potentes, que conseguem trazer o conforto desejado pelo paciente. Para os pacientes portadores de câncer, isto infelizmente não é assim, pois a dor por eles sentida é muitas vezes acima do limiar destes analgésicos. Por esta razão, e numa tentativa de minimizar estas dores, vêm-se lançando mão de drogas que, além de analgésicos, interferem no SNC, no sentido de diminuir a conscientização dessa dor realmente experimentada. Infelizmente estes remédios não só tiram a consciência

da dor, mas também a consciência de tudo que os cerca, limitando muitas vezes a autocritica e caindo na situação já no início do trabalho por nós mencionada. Para evitar estes efeitos indesejáveis, foram introduzidos na medicina modernas técnicas com as quais se consegue, através de bloqueio funcional ou anatômico das vias sensitivas para a dor, trazer a analgesia desejada. Estas diversas técnicas foram exaustivamente descritas por diversos autores (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) e por esta razão serão abordadas por nós. Existem, no entanto, dois fatos dignos de destaque:

1. No tratamento da dor pelas diversas técnicas aventadas, existe uma porcentagem de recidivas que é proporcional ao tempo. Exemplificando, pode-se dizer que a recidiva da dor em um paciente submetido a uma cordotomia é maior em 10 anos do que em um ano. **No caso dos pacientes com câncer, este número de recidivas não ocorre, ou só em um número muito reduzido, devido à relativa curta sobrevida destes pacientes.**

2. As complicações imediatas de vida a essas técnicas são, evidentemente, iguais tanto em pacientes com câncer como em outros grupos de pacientes. Algumas delas queremos discutir a seguir.

a) No caso do trigêmio, quando há necessidade de se sacrificar também o 1º ramo, todos os cuidados devem ser tomados para se evitar a queratite neuroparalítica, uma vez que também a córnea fica insensível.

Nos casos de dores bilaterais, deve-se ter em mente a ação motora do trigêmio, que possibilita o ato da mastigação devendo, nestes casos, ser sempre conservado ao menos unilateralmente.

b) Nos casos com dores no tronco localizadas unilateralmente, principalmente quando os pacientes referem a dor próxima à linha média, é relativamente frequente o paciente acusar dor controlateral.

Quando a dor é bilateral deve-se sempre começar do lado onde ela é mais intensa. Via de regra, após a retirada da dor deste lado o paciente acusa uma exarcebada da dor do outro lado. Estas duas observações... são perfeitamente explicáveis pela teoria do "gate". Outro fato

é que, quanto se trata de dor bilateral, a cordotomia deve ser feita em dois tempos, com um intervalo de no mínimo 10 dias entre um lado e outro. Este cuidado deve ser tomado, pois existem casos descritos onde, devido à formação intensa do edema com a coagulação ou cortes bilaterais, têm acontecido síndromes de secção alta com distúrbios respiratórios e mesma de óbitos.

Com o advento da termocoagulação controlada e da microcirurgia, estamos convencidos que através de intervenções de pequeno porte, no máximo de médio porte (no caso de abertura de fossa posterior), podemos abolir a dor da maioria dos pacientes portadores de dores rebeldes devido a má ignomas, permitindo-lhes, a nosso ver, um final de vida mais condigno.

KIRCHHOFF, D.F.B. & FREITAS, L.D. The Treatment of stubborn pain in cancer patients. *Arq. med. ABC*, 2: 8-11, 1979.

SUMMARY: In light of his own international experience, the author underlines the importance of the treatment of stubborn pain, especially in cancer patients, giving emphasis to the thermocoagulation method.

Pain in the cranium and face, as well as in the torso and limbs is relieved in these patients quite easily.

The expected recedivism after a longer period of time (un cases of benign maladies) do not occur in these cancer patients, because they usually have less than a year of life expectancy when in the phase of pain that is no longer alleviated with medication.

KEY WORDS: Stubborn pain in cancer patients; Treatment-Thermocoagulation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HASSLER, R. Die Zentralen Systeme des Schmeerzen. *Acta Neurochir. (Wien)*, 7:354 - 423, 1960.
2. KIRCHHOFF, D. *Die Symptomatische Trigemimusneuralgie*. Justus Liebig Universitat Giessen, Alemanha Ocidental, 1977. Inaugural Dissertation.
3. KIRSCHNER, M. Die Punktionstechnik und Elektrokoagulation des Ganglion Gasseri. *Arch. Klim. Chir.* 176: 581.1933.
4. LORENZ, R. et al. Percutaneus coordotomy. In: *Advances in neurosurgery*. Berlin, Spinger, 1975. v.3.
5. PERNKOPF, É *Topogrphische Anatomie des Menschen*. Berlin, Urban & Schuwarzenberg, 1960.
6. ROSOMOFF, H.L. et al. Percutaneous radio frquency cervical cordotomy: technique. *J. Neurosurg.* 23:639-44, 1965.
7. SCHURMANN, K. Die Operative Schmerzbehandlung aus der-sicht des Neurochirugen. In: *Schumerz und Shmerztherapie*. Stuttgard, Hippokrates, 1971.
8. WHITE J.C. & SWEET, W.H. *Pain and the neurosurgeon*. Springfield, Charles C. Thomas, 1969.

Recebido para publicação em 20-3-1979.
Aprovado para publicação em 30-3-1979.

Endereço para correspondência
Dr. Dierk F.B. Kirchhoff
Rua Artur Azevedo, 1537 - ap.21
05404 - São Paulo - SP