



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Tratamento de pacientes portadores de olho cego doloroso por meio de bloqueio de gânglio estrelado

Tatiana Vaz Horta Xavier, Thiago Robis de Oliveira*
e Tereza Cristina Bandeira Silva Mendes

Ambulatório de Tratamento de Dor Dr. Josefino Fagundes da Silva, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Recebido em 18 de fevereiro de 2012; aceito em 11 de dezembro de 2012
Disponível na Internet em 18 de março de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Dor ocular;
Manejo da dor;
Bloqueio nervoso

Resumo

Justificativa e objetivos: o manejo da dor em olhos cegos dolorosos ainda é um desafio. Corticosteroides e hipotensores, bem como evisceração e enucleação, são algumas das estratégias até então empregadas, nem sempre eficazes e que, a depender da estratégia, causam um profundo abalo emocional no paciente. Dadas essas questões, o objetivo deste relato de caso é demonstrar uma nova e viável opção para o manejo desse tipo de dor por meio do tratamento do olho cego doloroso com bloqueios de gânglio cervicotorácico, técnica nunca descrita na literatura para esse fim.

Relato de caso: foram tratados seis pacientes portadores de olho cego doloroso, todos por glaucoma, nos quais a EVA (escala visual analógica para avaliação da dor em que 0 é ausência de dor e 10 é a maior dor já experimentada) variava de 7 a 10. Optou-se por sessões semanais de bloqueio de gânglio cervicotorácico com 4 mL de bupivacaína (0,5%) sem vasoconstritor e clonidina 1 mcg/Kg. Quatro pacientes apresentaram excelente resultado EVA, com variação entre 0 e 3, e dois permaneceram assintomáticos (EVA = 0), sem necessidade de medicação suplementar. Os outros dois usaram gabapentina 300 mg de 12 em 12 horas.

Conclusão: atualmente, várias são as opções terapêuticas para o tratamento do olho cego doloroso, entre as quais se destacam os bloqueios retrobulbares com clorpromazina, álcool e fenol. No entanto, uma estratégia eficaz, com pequeno índice de complicações graves, não mutilante e que melhore a qualidade de vida do paciente é imprescindível. O bloqueio do gânglio cervicotorácico surge, pois, como uma opção comprovadamente viável e promissora para atender a essa demanda.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: thiagorobis@gmail.com (T.R. Oliveira).

KEYWORDS

Eye pain;
Pain management;
Nerve block

Treatment of patients with painful blind eye by stellate ganglion block**Abstract**

Background and objectives: Management of pain in painful blind eyes is still a challenge. Corticosteroids and hypotensive agents, as well as evisceration and enucleation, are some of the strategies employed so far, not always effective and that, depending on the strategy, cause a deep emotional shock to the patient. Given these issues, the aim of this case report is to demonstrate a new and viable option for the management of such pain by treating the painful blind eye with the stellate ganglion block technique, a procedure that has been never described in the literature for this purpose.

Case report: Six patients with painful blind eye, all caused by glaucoma, were treated; in these patients, VAS (visual analogue scale for pain assessment, in which 0 is absence of pain and 10 is the worst pain ever experienced) ranged from 7 to 10. We opted for weekly sessions of stellate ganglion block with 4 mL of bupivacaine (0.5%) without vasoconstrictor and clonidine 1 mcg/kg. Four patients had excellent results at EVA, ranging between 0 and 3, and two remained asymptomatic (VAS = 0), without the need for additional medication. The other two used gabapentin 300 mg every 12 hours.

Conclusion: Currently, there are several therapeutic options for the treatment of painful blind eye, among which stand out the retrobulbar blocks with chlorpromazine, alcohol and phenol. However, an effective strategy with low rate of serious complications, non-mutilating and that improves the quality of life of the patient, is essential. Then, stellate ganglion block arises as a demonstrably viable and promising option to meet this demand.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

O manejo da dor em olhos cegos dolorosos ainda é um desafio e configura um dos problemas mais frustrantes em oftalmologia. Há anos, inúmeras têm sido as tentativas terapêuticas para minorar o quadro álgico ocular. Corticosteroides, hipotensores e lentes de contato terapêuticas têm se mostrado úteis em alguns casos. Evisceração e enucleação¹ tendem a ser indicadas em casos mais resistentes ao tratamento. No entanto, são responsáveis por um profundo abalo emocional no paciente e nem sempre, no que se refere à evisceração, promovem alívio completo da dor. Injeções retrobulbares com neurolíticos e clorpromazina configuram as estratégias terapêuticas mais difundidas,² mas frequentemente cursam com complicações importantes, como paralisia permanente de músculos oculares, hemorragia retrobulbar, atrofia do nervo óptico e perfuração do globo ocular. O relato de caso em questão versa sobre a opção por uma nova estratégia terapêutica para o tratamento do olho cego doloroso em que se usou o bloqueio do gânglio estrelado, técnica ainda não descrita na literatura para esse fim.

Relato de caso

Foram tratados seis pacientes, portadores de olho cego doloroso, por glaucoma, nos quais o tratamento com tópicos e lentes de contato especiais instituídos pela oftalmologia não tinha oferecido benefício. A avaliação inicial desses pacientes mostrou que a intensidade da dor descrita por eles variava de EVA (escala visual analógica) 7 a 10, o que comprometia significativamente suas atividades diárias. Foi proposto um tratamento com seis sessões semanais de bloqueio de gânglio cervicotorácico (estrelado) com 4 mL de bupivacaína a 0,5% sem vasoconstritor e clonidina 1 mcg.Kg⁻¹. Essas sessões foram feitas no bloco cirúrgico e a via para a feitura do bloqueio foi paratraqueal.

Resultados

Desde o período de instituição do tratamento até a alta ambulatorial decorreu um ano. Quatro pacientes apresentaram excelente resposta à terapêutica instituída, dois deles permaneceram totalmente assintomáticos, sem necessidade de medicação suplementar, e dois permaneceram com dor residual caracterizada por eles como EVA 3. Esses mantiveram o uso de gabapentina 300 mg a cada 12 horas. Em relação aos outros dois pacientes, um deles abandonou o ambulatório após os bloqueios e um apresentava concomitantemente ao quadro de dor ocular depressão maior e se encontrava alcoolizada em duas das consultas, fatores esses que comprometeram sobremaneira o tratamento. Na ocasião estava em uso de carbamazepina 200 mg a cada oito horas, sulfato de morfina 10 mg a cada quatro horas, sertralina 150 mg uma vez ao dia e nortriptilina 75 mg uma vez ao dia.

Discussão

Segundo Bonica,³ a dor oftálmica é marcada pela intensidade e pela habilidade de gerar ansiedade. Atrás apenas do medo da morte, o medo da cegueira envolve uma grande carga emocional ao paciente e ao seu médico. Assim, atenção adequada deve ser dada à dor ocular, não somente para conforto do paciente como também prevenção e tratamento adequado daqueles portadores de glaucoma de ângulo fechado, situação em que a extensão da lesão estrutural e funcional está intimamente relacionada ao tempo de duração da crise álgica. O glaucoma pode ser caracterizado como uma neuropatia óptica associada a danos característicos do nervo óptico.⁴ Daí surge a hipótese de que parte da dor do olho cego glaucomatoso poderia ser explicada por essa neuropatia óptica e por danos estruturais, responsáveis pela dor neuropática.^{5,6} Essa hipótese de que a dor em olhos cegos e glaucomatosos poderia ser neuropática foi abordada pela primeira vez por Kavaliteratos,⁷ num relato de

caso no qual um paciente com a referida afecção foi tratado com gabapentina e obteve excelente resposta.

Dor neuropática e sistema nervoso simpático

Estudos mostram que alodínia e hiperalgesia parecem envolver tanto o sistema nervoso central quanto o periférico. A dor neuropática de tecidos periféricos é gerada ou mantida por nervos sensitivos sozinhos ou ações aberrantes do sistema nervoso simpático em nervos sensitivos.⁸

Já é conhecido que a lesão de nervo periférico proporciona alterações plásticas tanto do aferente primário como dos neurônios simpáticos pós-ganglionares, na dependência do tipo de lesão, total ou parcial. Essa plasticidade neuronal caracteriza-se por alterações degenerativas, regenerativas e reorganizações que culminam em ligações bioquímicas entre neurônios aferentes primários e simpáticos pós-ganglionares, bem como ligações colaterais no gânglio da raiz dorsal por parte dos neurônios não lesados. Essas ligações são responsáveis pela ativação dos aferentes primários pelo sistema nervoso simpático, no qual o provável mediador é a noradrenalina.⁹

Assim, pode-se inferir que parte da dor ocular tem o sistema nervoso simpático como seu mantenedor, apesar de esse não ser sua causa primária. A dor mantida pelo sistema nervoso simpático é caracterizada por sensação de queimação, alodínia, hiperalgesia ao frio e ao toque,¹⁰ sintomas esses apresentados pelos pacientes tratados no descrito relato de caso. Parestesia e hiperestesia são frequentes e pode haver edema e outros sinais de disfunção autonômica.

Estratégias de tratamento da dor ocular

Há anos várias foram as estratégias desenvolvidas para tratamento da dor ocular. Em 1918 Gruter descreveu sua experiência com injeções retrobulbares com álcool.^{11,12} Após ele vários outros descreveram suas experiências, alguns também com o uso de fenol em substituição ao álcool. Ambos são agentes neurolíticos ainda usados, mas que vêm sendo abandonados em alguns centros, pois têm efeito analgésico limitado, em torno dos três meses, e podem cursar com complicações importantes, como hemorragia retrobulbar, paralisia permanente de músculos oculares e ptose permanente.

A técnica mais difundida atualmente tem sido as injeções retrobulbares com clorpromazina,¹³ sugerida pela primeira vez em 1980 por Fiore e em 1989 por Bastrikof, com relato de alívio da dor em 84% dos pacientes dos estudos.¹⁴ No entanto, é uma técnica com duração limitada, em torno dos seis meses. Além disso, existem relatos de falha na técnica de bloqueio, bem como de efeitos colaterais importantes, como edema, ptose, celulite orbital estéril, limitação transitória de movimentos extraoculares, hemorragia retrobulbar e lesão em epitélio de córnea, dentre outros.

Enucleação e evisceração ainda são as opções para os casos em que a dor é debilitante e não responsiva a nenhum dos tratamentos mencionados. Sobre tudo quando o olho está desfigurado, a evisceração e a enucleação findam por ser os tratamentos de escolha.¹⁵ Deve-se ter em mente o profundo abalo emocional dos pacientes submetidos a essa técnica, sobretudo nos casos em que o olho, apesar de doloroso, encontra-se com bom aspecto. Soma-se a isso o fato de que nem sempre a enucleação é eficaz, os nervos ciliares podem permanecer intactos e transmitir, assim, uma dor residual.

Bloqueio do gânglio estrelado

O gânglio estrelado é formado normalmente pela fusão dos gânglios cervical inferior e os primeiros torácicos e é responsável pela maior parte da inervação simpática da cabeça, do pescoço e do braço. Seu bloqueio já foi descrito como tratamento de várias afecções.

Existem relatos de tratamento para glaucoma e de dores faciais com o uso desse tipo de bloqueio.^{6,16,17} O tratamento de dor orofacial com bloqueio de gânglio estrelado já foi bem abordado na literatura em função do já conhecido envolvimento do sistema nervoso simpático nesse tipo de dor.¹⁸ Já em 1953, Miller mostrou que o bloqueio desse gânglio altera a pressão intraocular de olhos glaucomatosos.¹⁹ No entanto, tratamento de olho cego doloroso pós-glaucoma com bloqueio de gânglio cervicotorácico nunca foi descrito na literatura.

Conclusão

O tratamento de olho cego doloroso é controverso e pouco abordado na literatura. Entre as várias opções terapêuticas, o bloqueio cervicotorácico pode ser proposta viável e promissora.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Custer PL, Resitad CE. Enucleation of blind, painful eyes. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg.* 2000;16:326-9.
2. Chen TC, Ahn Yuen SJ, Sangalang MA, et al. Retrobulbar chlorpromazine injections for the management of blind and seeing painful eyes. *J Glaucoma.* 2002;11:209-13.
3. Bonica JJ, Loeser JD, Butler SH, Chapman RC, Turk DC. *Bonica's management of pain.* 4^a ed. Baltimore: Lippincott Williams e Wilkins; 2010. p. 723-54.
4. Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson GJ. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. *Br J Ophthalmol.* 2002;86:238-42.
5. Harden RN. Chronic neuropathic pain. Mechanisms, diagnosis, and treatment. *Neurologist.* 2005;11:111-22.
6. Drummond PD, Finch PM. Persistence of pain induced by startle and forehead cooling after sympathetic blockade in patients with complex regional pain syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:835-41.
7. Kavaliteratos CS, Dimou T. Gabapentin therapy for painful, blind glaucomatous eyes: case report. *Pain Med.* 2008;9:377-8.
8. Gibbs GF, Drummond PD, Finch PM, Philips JK. Unravelling the pathophysiology of complex regional pain syndrome: focus on sympathetically maintained pain. *Clin Experim Pharmacol Physiol.* 2008;35:717-24.
9. Ballantyne J, Fishman SM, Abdi S. - Massachusetts General Hospital. *Manual de controle da dor.* 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004. p. 53-9.
10. Sawyer J, Febraro S, Masud S, Ashburn MA, Campbell JC. Heated lidocaine/tetracaine patch (Synera, Rapydan) compared with lidocaine/prilocaine cream (EMLA) for topical anaesthesia before vascular access. *Br J Anaesth.* 2009;102:210-5.
11. e Masud S, Wasnich RD, Ruckle JL, Garland WT, Halpern SW, Mee-Lee D, et al. Contribution of a heating element to topical anesthesia patch efficacy prior to vascular access: results from two randomized, double-blind studies. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40:510-9.
12. Gruter W. Orbital injection of alcohol for relief pain in blind eyes. *Bericht d Ophtal Gesellschaft.* 1918;1:85.
13. Fiore C, Lupidi G, Santoni G. Retrobulbar injection of chlorpromazine in the absolute glaucoma. *J Fr Ophthalmol.* 1980;3:397-9.
14. Gruter W. Review of experiences with intraorbital alcohol injections according to Gruter. *Arch Ophthalmol.* 1941;144:92-5.
15. Estafanous MF, Kaiser PK, Baerveldt G. Retrobulbar chlorpromazine in blind and seeing painful eyes. *Retina.* 2000;20:555-8.
16. Maebis SL. Management of blind painful eye. *Ophthalmol Clin Nam.* 2006;19:287-92.
17. Matsuura M, Ando F, Sahashi K, Torii Y, Hirose H. The effect of stellate ganglion block on prolonged post-operative ocular pain. *Nippon Ganka Gankkai Zasshi.* 2003;107:607-12.
18. Salvaggio I, Adducci E, Dell'Aquila L, et al. Facial pain: a possible therapy with stellate ganglion block. *Pain Med.* 2008;9:958-62.
19. Miller SJH. Stellate ganglion block in glaucoma. *Brit J Ophthalmol.* 1953;37:70-6.