

Dor retal persistente após retossigmoidectomia. Relato de caso*

Persistent rectal pain after rectosigmoidectomy. Case report

Marcelo Barcellos Redua¹, Angela Maria Sousa², José Osvaldo Barbosa Neto³

*Recebido do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Dor abdominal crônica após intervenção cirúrgica possui fisiopatologia ainda pouco estudada, sendo descrita após cesariana, hérnia inguinal, videolaparoscopia e colecistectomia. No andar inferior do abdômen, a proctalgia crônica tem sido descrita após hemorroidectomia sendo caracterizada por dor à evacuação acompanhada de urgência para defecar. A dor crônica pós-operatória persistente após retossigmoidectomia videolaparoscópica é pouco frequente. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de dor pós-operatória persistente após retossigmoidectomia videolaparoscópica, controlada com bloqueio anestésico bilateral do plexo hipogástrico.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 54 anos, submetida à retossigmoidectomia com anastomose em cólon transverso-retal, por videolaparoscopia. No pós-operatório imediato evoluiu com dor retal em tenesmo, contínua, de forte intensidade, com queimação ocasional. Analgésicos não opioides não aliviavam a dor. Investigação do quadro não evidenciou complicações cirúrgicas, sendo encaminhada para a equipe de controle de dor. Foi realizado bloqueio diagnóstico bilateral de plexo hipogástrico superior com 4 mL de lidocaína a 1%, (sem vasoconstritor) por via transdiscal em L₅/S₁ guiado por radioscopia, que

produziu alívio importante da dor. Permaneceu sem dor durante dois meses, sendo realizado novo bloqueio bilateral hipogástrico superior com 5 mL de lidocaína a 2% (sem vasoconstritor) por via transdiscal em L₅/S₁ guiado por radioscopia, com remissão importante da dor, atualmente controlada com uso ocasional de gabapentina (300 mg).

CONCLUSÃO: A dor retal pós-operatória persistente foi controlada com o bloqueio anestésico bilateral do plexo hipogástrico e a duração do alívio da dor foi prolongada, muito além da meia-vida do anestésico local.

Descritores: Bloqueio de nervos, Cirurgia videoassistida, Cólon sigmoide, Dor abdominal, Dor crônica, Plexo hipogástrico.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Postoperative chronic abdominal pain still lacks pathophysiological studies, being described after Cesarean section, inguinal hernia, videolaparoscopy and cholecystectomy. In lower abdomen, chronic proctalgia has been described after hemorrhoidectomy and is characterized as pain at evacuation followed by urgency to defecate. Persistent postoperative pain after videolaparoscopic rectosigmoidectomy is uncommon. This study aimed at reporting a case of persistent postoperative pain after videolaparoscopic rectosigmoidectomy, controlled with bilateral anesthetic block of the hypogastric plexus.

CASE REPORT: Female patient, 54 years old, submitted to videolaparoscopic rectosigmoidectomy with transverse-rectal colon anastomosis. In the immediate postoperative period she evolved with tenesmus, continuous and severe pain with occasional burning. Non-steroid analgesics would not relieve pain. Evaluation has not shown surgical complications and she was referred to the pain control team. Radioscopy-guided transdiscal bilateral diagnostic blockade of upper hypogastric plexus was induced with 4 mL of 1% lidocaine (without vasoconstrictor) in L₅/S₁ which has induced major pain relief. Patient remained pain-free for

1. Médico, Residente de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). São Paulo, SP, Brasil.

2. Médica Anestesiologista, Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP); Supervisora da Equipe de Controle da Dor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). São Paulo, SP, Brasil.

3. Médico Anestesiologista; Membro do Centro Multiprofissional de Tratamento de Dor do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Angela Maria Sousa

Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 255 - 8º A

Serviço de anestesia - Prédio dos Ambulatórios

05403-000 São Paulo, SP.

E-mail: angela-sousa@uol.com.br

two months when a new radioscopia-guided transdiscal bilateral upper hypogastric block was induced with 5 mL of 2% lidocaine (without vasoconstrictor) with major pain remission. Currently pain is controlled with occasional gabapentin (300 mg).

CONCLUSION: Persistent rectal postoperative pain was controlled with bilateral anesthetic hypogastric plexus block with prolonged pain relief, well beyond local anesthetic half life.

Keywords: Abdominal pain, Chronic pain, Hypogastric plexus, Nervous block, Sigmoid colon, Videoassisted surgery.

INTRODUÇÃO

Dor abdominal é uma queixa relativamente comum, que pode ser o primeiro sintoma de quadros clínicos graves como infarto agudo do miocárdio (IAM), peritonite, obstrução intestinal ou pancreatite aguda. A apresentação clínica da dor visceral abdominal possui inúmeras facetas, mas estão associadas a sofrimento psíquico, incapacidade física e alto custo do sistema de saúde¹.

São dois tipos de dor abdominal: visceral e somática. Dor visceral é difusa, intermitente e de difícil localização, possui evolução temporal, pode ser insidiosa e difícil de ser identificada. As causas são envolvimento de fibras sensitivas viscerais por distensão, inflamação ou obstrução visceral. Dor somática, por outro lado, é bem localizada e geralmente envolve o sistema musculoesquelético. Componentes psicológicos, neurobiológicos e psicossociais estão envolvidos nos dois tipos de dor².

Dor abdominal crônica após intervenção cirúrgica possui fisiopatologia ainda pouco estudada. É descrita após cesarianas³, hérnia inguinal⁴, videolaparoscopias⁵ e colecistectomias⁶. No andar inferior do abdômen, proctalgia crônica após hemorroidectomias com uso de grampeadores ocorrem em 1,6% a 31% das cirurgias⁷, e é caracterizada por dor à evacuação acompanhada de urgência para defecar. A persistência da dor retal após essa técnica cirúrgica⁸ pode ser atribuída à incorporação da musculatura dentro do grampo, ou a sua retenção; espasmo de esfíncter anal, espasmo retal ou aumento da pressão anal. Outras complicações como fissura, abscesso retal, ou persistência de hemorroidas podem ainda ser causas de dor persistente⁹.

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de dor pós-operatória persistente após retossigmoidectomia videolaparoscópica, com anastomose término-terminal por grampos cirúrgicos, controlada com bloqueio anestésico bilateral do plexo hipogástrico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 54 anos, ex-tabagista, portadora de doença de Chagas, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva grau III e bloqueio de ramo direito. Foi submetida à cardiomiectomia e funduplicatura a Heller-Pinotti em setembro de 1996 e retossigmoidectomia com anastomose em cólon transverso-retal, por videolaparoscopia em 23 de março de 2010. No pós-operatório imediato evoluiu com dor retal em tenesmo, contínua, de forte intensidade pela escala analógica visual (EAV = 10 nos piores momentos) com ocorrência ocasional de queimação, que a obrigava a tentar evacuar várias vezes por dia, sem sucesso. A piora do quadro algíco estava relacionada à repleção do reto por fezes. Apresentava alívio parcial da dor ao ficar na posição de cócoras e ao realizar banhos de assento em banheira de água quente. Analgésicos não opioides não aliviavam a dor. Investigação do quadro não evidenciou complicações cirúrgicas, sendo encaminhada para a equipe de controle de dor.

A conduta inicial foi a prescrição de gabapentina (300 mg) a cada 12h e dipirona (500 mg) a cada 6 h. Foi realizado bloqueio diagnóstico bilateral de plexo hipogástrico superior com 4 mL de lidocaína a 1% (sem vasoconstritor) por via transdiscal em L₅/S₁ guiado por radioscopia, que produziu alívio importante do sintoma, com melhora de 60% da dor imediatamente após o bloqueio e alívio completo após uma semana. Permaneceu sem dor durante dois meses, quando voltou o sintoma com menor intensidade. Foi reintroduzida a medicação analgésica com gabapentina (300 mg) 2 vezes ao dia e dipirona (500 mg) a cada 6h, que foi mantida por seis meses.

Em junho de 2011, ainda apresentava dor moderada, foi realizado novo bloqueio bilateral hipogástrico superior com 5 mL de lidocaína a 2% (sem vasoconstritor) por via transdiscal em L₅/S₁ guiado por radioscopia, com remissão importante da dor durante 2 meses. Evoluiu com dor retal leve a moderada, EAV de 2 a 5 até março de 2012, controlada com codeína (30 mg) e gabapentina (400 mg), ambas a cada 12h, clorpromazina (4 gotas) à noite da solução a 4%, e dipirona (500 mg), se necessário.

Em julho de 2012, apresentava dor controlada com gabapentina (300 mg) a cada 8h, que era usada ocasionalmente, estava sem dor na maior parte do tempo, e a pior dor na semana anterior ao retorno era 5 pela EAV.

DISCUSSÃO

A dor pós-operatória persistente, pela própria definição, é controversa e autolimitada. A incidência varia de 20%

a 50% dependendo do tipo de cirurgia¹⁰ e dos critérios utilizados para o diagnóstico. A etiologia não é completamente esclarecida, embora o caráter neuropático da dor tenha papel preponderante em determinadas situações¹¹. Cirurgias que cursam com grandes extensões de lesão neural, como toracotomia¹², mastectomia e amputação de membros apresentam maior prevalência de dor pós-cirúrgica prolongada. Além disso, dor pós-herniorrafia inguinal¹³, apresenta características de dor neuropática na maioria dos pacientes.

No entanto, número significativo de pacientes com dor persistente pós-operatória, não apresenta dor com caráter neuropático, ou não é possível diagnosticar o tipo de dor¹⁴. No presente caso, a paciente relatava dor retal intensa, tipo tenesmo, associada à repleção do reto, acompanhada de mal estar e sudorese. Apresentava sintomas de queimação e sintomas inespecíficos característicos de dor visceral¹⁵.

Após investigação diagnóstica sobre complicações infecciosas, efeito de massa, ou obstrução retal, a determinação da etiologia do quadro doloroso foi útil não apenas para definição do prognóstico, como para assegurar à paciente a possibilidade de alívio do quadro doloroso. Pela localização anatômica da dor, o diagnóstico etiológico pode ser realizado por meio de bloqueio anestésico da eferência simpática do reto, originada do plexo hipogástrico superior. A eficácia do bloqueio se deve à interrupção das vias aferentes pelo anestésico local, a qual é anatomicamente distribuída em conjunto com a eferência autonômica.

Devido a grande variabilidade da condução da dor retal de caráter visceral é apresentada revisão da anatomia do plexo visceral abdominal e pélvico.

A inervação visceral de todo o abdômen se faz pelo plexo visceral, um conjunto de fibras e gânglios autonômicos que estão próximos às vísceras e não são diferenciáveis anatomicamente entre simpático e parassimpático. A eferência parassimpática alcança a cavidade abdomino-pélvica por meio dos troncos vagal anterior e posterior, e inferiormente pelos nervos esplâncnicos pélvicos. As fibras simpáticas pré-ganglionares, por outro lado, tramitam pelos nervos esplâncnicos torácicos, lombares e sacrais. A aferência visceral acompanha qualquer dessas vias eferentes¹⁶.

Anatomicamente, o plexo visceral pré-vertebral localiza-se anteriormente à aorta, estende-se ao longo da mesma e de seus ramos. As extensões do plexo são estruturas contínuas, denominadas de acordo com as artérias a que estão associadas. No andar superior do abdômen, o plexo celíaco encontra-se adiante da aorta e dos pilares diafragmáticos, na altura do tronco celíaco e emite ple-

xos secundários que se distribuem às vísceras: hepático, gástrico, frênico, lienal, suprarrenal, renal, testicular ou ovárico, uretérico e mesentérico superior. São formados pelo tronco vagal anterior e posterior, nervos esplâncnicos maior, menor e mínimo e pelo nervo frênico. Contêm os gânglios celíacos, gânglio mesentérico superior, fibras parassimpáticas pré-ganglionares, fibras simpáticas pré e pós-ganglionares, fibras aferentes viscerais e fibras sensitivas do nervo frênico¹⁶.

As fibras que continuam inferiormente ao longo da aorta até a sua bifurcação constituem o plexo aórtico, que recebe os ramos esplâncnicos lombares. Deste plexo estende-se o plexo mesentérico inferior, que acompanha a artéria mesentérica inferior ao longo de seus ramos até formar o plexo retal superior, que conduz fibras autonômicas e fibras aferentes para o reto¹⁶.

Abaixo da bifurcação da aorta, o plexo aórtico origina o plexo hipogástrico superior, que localiza-se do terço inferior do corpo vertebral de L₅ ao terço superior do corpo vertebral de S₁, no promontório sacral, próximo ao nível da bifurcação dos vasos ilíacos comuns. O plexo hipogástrico superior, anteriormente ao sacro, divide-se em duas redes estreitas e alongadas denominadas nervos hipogástricos direito e esquerdo, que descem sobre as faces laterais do reto e se juntam com os nervos esplâncnicos sacrais e nervos esplâncnicos pélvicos, do lado correspondente, para formar os plexos hipogástricos inferiores direito e esquerdo¹⁶.

Ao contrário do plexo hipogástrico superior, que é situado predominantemente num plano longitudinal, o plexo hipogástrico inferior é orientado mais transversalmente estendendo-se postero-anteriormente paralelamente ao assoalho da pelve. As subdivisões do plexo hipogástrico acompanham os ramos das artérias ilíacas internas e inervam os órgãos pélvicos. Ramos do plexo hipogástrico inferior acompanham a artéria retal média e formam o plexo retal médio, que auxilia na inervação do reto¹⁶.

Para diagnosticar a origem anatômica da dor retal, o bloqueio anestésico do plexo hipogástrico superior impede que informações sensitivas advindas do reto pelo plexo visceral cheguem ao sistema nervoso central. Várias vias de transmissão nociceptiva; no entanto, estão envolvidas na sensibilidade retal: plexo retal superior ou médio; plexos mesentérico inferior ou hipogástrico inferior; vias simpáticas pelos nervos esplâncnicos ou tronco simpático e ramo comunicante branco até à medula espinhal. Além disso, a informação nociceptiva pode caminhar pelo plexo pré-vertebral e acompanhar vias parassimpáticas pelos nervos esplâncnicos pélvicos¹⁶.

Além da inervação proveniente do plexo pré-vertebral, o reto também é inervado pelo nervo retal inferior, ramo

do nervo pudendo, oriundo do plexo sacral¹⁶. No presente caso, o bloqueio do plexo hipogástrico foi realizado por via transdiscal em L₅/S₁ guiado por radioscopia. O tempo de alívio da dor induzida pelo anestésico local foi prolongado, muito além da meia-vida da lidocaína. A dor retal pós-operatória persistente tem origem de inervação do plexo hipogástrico superior, a qual pode ser aliviada por tempo prolongado com o bloqueio anestésico.

CONCLUSÃO

A dor retal pós-operatória persistente foi controlada com o bloqueio anestésico bilateral do plexo hipogástrico e a duração do alívio da dor foi prolongada, muito além da meia-vida do anestésico local.

REFERÊNCIAS

1. Carr DB. Visceral pain. Clinical updates from International Association for the Study of Pain. 2005;XIII:6.
2. Srinath AI, Walter C, Newara MC, et al. Pain management in patients with inflammatory bowel disease: insights for the clinician. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012;5(5):339-57.
3. Buhagiar L, Cassar OA, Brincat MP, et al. Predictors of post-caesarean section pain and analgesic consumption. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27(2):185-91.
4. Schopf S, von Ahnen T, von Ahnen M, et al. Chronic pain after laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair: a randomized comparison of light and extralight titanized polypropylene mesh. *World J Surg*. 2011;35(2):302-10.
5. Munisamy R, Uppalu H, Raghavendra R, et al. Type-I complex regional pain syndrome of umbilical port site: An unforeseen complication of laparoscopic surgery. *J Minim Access Surg*. 2012;8(2):50-3.
6. Schmidt M, Søndena K, Dumot JA, et al. Post-cholecystectomy symptoms were caused by persistence of a functional gastrointestinal disorder. *World J Gastroenterol*. 2012;18(12):1365-72.
7. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol*. 2008;12(1):7-19.
8. Cheetham MJ, Mortensen NJ, Nystrom PO, et al. Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. *Lancet*. 2000;356(9231):730-3.
9. Thaha MA, Irvine LA, Steele RJ, et al. Postdefecation pain syndrome after circular stapled anopexy is abolished by oral nifedipine. *Br J Surg*. 2005;92(2):208-10.
10. Flatters SJL. Characterization of a model of persistent postoperative pain evoked by skin/muscle incision and retraction (SMIR). *Pain*. 2008;135(1-2):119-30.
11. Brennan TJ, Vandermeulen EP, Gebhart GF. Characterization of a rat model of incisional pain. *Pain*. 1996;64(3):493-501.
12. Buvanendran A, Kroin JS, Kerns JM, et al. Characterization of a new animal model for evaluation of persistent postthoracotomy pain. *Anesth Analg*. 2004;99(5):1453-60.
13. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg*. 2001;233(1):1-7.
14. Scholz J, Yaksh TL. Preclinical research on persistent postsurgical pain: what we don't know, but should start studying. *Anesthesiology*. 2010;112(3):511-3.
15. Larauche M, Mulak A, Taché Y. Stress-related alterations of visceral sensation: animal models for irritable bowel syndrome study. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17(3):213-34.
16. Gardner E, Gray DJ, O'Rahilly R. Anatomia estudo regional do corpo humano. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

Apresentado em 28 de agosto de 2012.

Aceito para publicação em 16 de novembro de 2012.