

RELATO DE CASO

Bloqueio bilateral do quadrado lombar para tratamento de íleo paralítico persistente pós-operatório: relato de caso

Carlos Rodrigues Almeida*, Pedro Cunha

Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu, Portugal

Recebido em 16 de abril de 2020; aceito em 25 de abril de 2021

PALAVRAS-CHAVE:

Anestésico;
Bloqueio do quadrado
lombar bilateral;
Íleo

RESUMO:

Relatamos o caso de uma mulher de 62 anos que sofreu de um íleo paralítico persistente pós-operatório após uma colecistectomia aberta de urgência. No quinto dia de pós-operatório foi realizado um Bloqueio do Quadrado Lombar (BQL) tipo 1 bilateral que resultou em resolução progressiva do quadro. Este relato de caso destaca que o BQL não se limita apenas ao controle da dor somática, mas também pode ser usado para aliviar a dor visceral, nomeadamente no contexto do tratamento do íleo paralítico no período pós-operatório.

Introdução

BQL é uma técnica de bloqueio de nervo periférico que gera um efeito analgésico ao bloquear os nervos espinhais de T6 - T9 a L1 - L3, que pode fornecer analgesia somática e visceral.^{1,2}

Relato de caso

Descrevemos o caso de uma paciente de 62 anos - idosa com colecistite, com história médica pregressa normal. Ela foi submetida a uma colecistectomia laparoscópica urgente sob anestesia geral que foi convertida em uma cirurgia aberta realizada por meio de uma incisão subcostal. No final da cirurgia, a incisão foi infiltrada com ropivacaína (20 mL de

uma solução a 0,75%), e o paciente recebeu um bloqueio do plano abdominal transversal subcostal direito de dose única com ropivacaína (20 mL de uma solução a 0,5%), que forneceu analgesia satisfatória, associada à analgesia sistêmica de tramadol (300 mg.h⁻¹ infusão por via intravenosa - IV), paracetamol (1 g, 3 vezes ao dia IV) e metamizol (1 g, 2 vezes por dia IV), e parecoxibe (40 mg, 2 vezes ao dia IV). Em 24 horas de pós-operatório, o paciente referiu dor moderada no local da incisão (a escala numérica da taxa de dor - NPRS - pontuação foi 3). Após as primeiras 24 horas, a paciente desenvolveu quadro compatível com íleo paralítico que se tornou particularmente perturbador nos dias seguintes. Os ruídos intestinais estavam ausentes e a paciente não conseguia deambular, descansar ou tolerar uma dieta enteral.

Cerca de 48 horas após a cirurgia, a paciente apresentou uma pontuação NPRS superior a 6, principalmente com características de dor visceral. A radiografia abdomi-

Autor correspondente:

E-mail: carlosmcr Almeida@gmail.com (C.R. Almeida).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.04.029>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

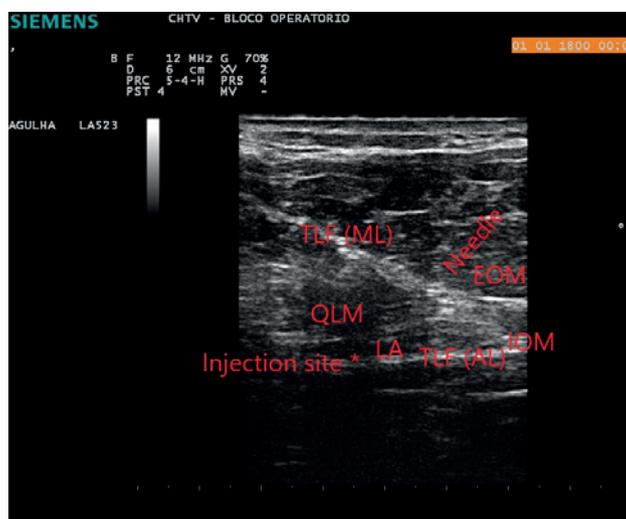


Figura 1 Demonstração do desempenho do Bloqueio do Quadrado Lombar tipo I. A inserção da agulha é feita da direção anterior para posterior sob visualização do ultrassom (foi utilizada uma sonda linear). A injeção é realizada quando uma resistência significativa é encontrada durante o trajeto da agulha na camada anterior da fáscia toracolombar FTL (AL). A propagação do LA é visível entre o músculo quadrado lombar e o FTL (AL). Mais detalhes são descritos no corpo do texto principal deste artigo. FTL (ML), Fáscia Toracolombar (Camada Média); FTL (AL), Fáscia Toracolombar (Camada Anterior); MQL, músculo quadrado lombar; MOI, músculo oblíquo interno; MOE, Músculo Externo Oblíquo.

nal mostrou acentuada distensão do intestino delgado. A analgesia prescrita neste momento foi paracetamol (1 g, 3 vezes ao dia IV), metamizol (1 g, 2 vezes ao dia IV), parecoxibe (40 mg, 2 vezes ao dia IV) e tramadol (100 mg, 3 vezes ao dia IV).

A paciente manteve este esquema analgésico nos dias seguintes. No entanto, devido à persistência da doença (pontuação NPRS sempre superior a 6), no quinto dia de pós-operatório foi realizada BQL tipo 1 bilateral para aliviar os sintomas relacionados ao íleo paralítico.

Informamos a paciente sobre os possíveis benefícios e riscos da intervenção. Informamos que a técnica é comumente utilizada em diversos tipos de cirurgias abdominais, embora, até onde sabemos, nunca tenha sido utilizada para o manejo do íleo paralítico pós-operatório.

Após obter o consentimento informado da paciente, ela foi monitorada com oximetria de pulso e eletrocardiografia contínua. A pressão arterial não invasiva também foi medida a cada 3 minutos. A paciente foi mantida em decúbito dorsal, com o tronco ligeiramente rodado para o lado oposto.

Usando técnica asséptica de rotina, uma sonda transdutora de ultrassom linear de alta frequência (6-12 MHz) em uma capa estéril (Acuson P300®, Siemens AG®, Munique, Alemanha) foi colocada transversalmente entre a margem costeira e a crista ilíaca. A fáscia ao redor do músculo transverso do abdome foi rastreada posteriormente à sua origem, onde o músculo transverso do abdome se funde com a fáscia toracolombar-barras que circunda o músculo quadrado lombar (fig. 1). Uma agulha ecogênica longa de 85 mm 22G (Echoplex®, Vygon®, Ecouen, França) foi inserida no plano com a sonda de ultrassom. Injetamos 20 mL de solução de ropivacaína a 0,5% entre a camada anterior da fáscia toracolombar (FTL) e o músculo quadrado lombar (MQL)

(BQL tipo 1) após aspiração negativa (fig. 1). A disseminação do anestésico local foi observada ao redor do MQL. O procedimento foi repetido do outro lado usando o mesmo posicionamento e técnica.

A paciente relatou uma quantidade significativa de alívio e o NPRS tornou-se inferior a 1. Após os bolus, a paciente não conseguia sentir frio nas regiões superior, média e inferior do abdome bilateralmente. O paciente referiu diminuição da sensação de dor à picada de agulha na mesma área (T7 - L1). Esses efeitos foram observados por 18 horas. O paciente conseguiu tolerar decúbito lateral direito ou esquerdo. A infusão de tramadol e parecoxibe não foram mais administrados e a analgesia intravenosa foi ajustada para paracetamol (1 g, 3 vezes ao dia IV) e metamizol (2 g, 2 vezes ao dia IV). Após 6 horas, referiu ouvir ruídos intestinais, confirmados por ausculta. Referiu primeiro episódio de flatulência no primeiro dia após o bloqueio. Ela começou a deambular no dia seguinte e foi capaz de iniciar uma dieta oral líquida e sólida progressiva. Entre 24 e 48 horas, a paciente apresentou NPRS <2 na região subcostal. Ela recebeu alta hospitalar 2 dias após o BQL tipo 1. Vinte e quatro horas após o bloqueio e nos dias seguintes até a alta, referia apenas dor somática discreta na região subcostal direita à palpação. Nenhuma dor visceral foi relatada até 24 horas após o bloqueio. A paciente concedeu permissão para a publicação deste relato de caso com detalhes anônimos.

Discussão

Até onde sabemos, esta é a primeira descrição do uso do BQL na resolução de um íleo paralítico pós-operatório, o que confirma que o BQL pode ser usado em outras funções além apenas do controle da dor somática.

A analgesia somática e visceral fornecida pelo BQL é muito importante evitar, minimizar ou tratar o íleo paralítico. O BQL pode aumentar a amplitude de movimento na posição supina, reduzir a dor e limitar o uso de opioides, que são condições essenciais para prevenir um íleo.

O verdadeiro mecanismo de analgesia fornecido pela BQL ainda não foi totalmente esclarecido, no entanto, acredita-se que os anestésicos locais que se espalham ao longo do FTL para o espaço paravertebral são responsáveis, pelo menos parcialmente, por seus benefícios analgésicos.

Em 2011, Carney et al.³ mostraram que o contraste se espalha a partir do segmento L1-T5 do espaço paravertebral. Por outro lado, outra publicação⁴ não mostrou que o contraste injetado na área ao redor do MQL se espalhando para o espaço paravertebral. Presumimos que a analgesia visceral comumente observada do BQL, em nossa prática, pode resultar da disseminação de anestésicos para a cadeia de gânglios simpáticos ou via nervos esplâncnicos. A administração regular ou conforme necessário de tramadol é proposta nos protocolos para prevenção do íleo, a fim de limitar o uso de opioides típicos.

Após uma cirurgia abdominal eletiva de grande porte, a revisão da prescrição de analgésicos com desmame de narcóticos e substituição por paracetamol regular, anti-inflamatório não esteroide regular, se não contraindicado, costuma ser uma opção. O BQL pode contribuir para o tratamento do íleo indiretamente, reduzindo a necessidade de nova administração de opioides típicos ou atípicos.

Em conclusão, o BQLB tem sido eficaz no controle da dor seguindo vários tipos de procedimentos abdominais importantes. Em nosso caso, o BQL também se mostrou valioso no manejo de uma condição de íleo paralítico pós-operatório.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. José Pedro Assunção pela contribuição para este relato de caso.

Referências

1. Almeida C, Assunção JP. Hypotension associated to a bilateral quadratus lumborum block performed for post-operative analgesia in an open aortic surgery case. *Braz J Anesthesiol.* 2018;68:657---60.
2. Akerman M, Pejčić N, Veličković I. A review of the quadratus lumborum block and ERAS. *Front Med (Lausanne).* 2018;5:44.
3. Carney J, Finnerty O, Rauf J, et al. Studies on the spread of local anaesthetic solution in transversus abdominis plane blocks. *Anaesthesia.* 2011;66:1023---30.
4. Kumar A, Sadeghi N, Wahal C, et al. Quadratus lumborum space in fresh cadaver injection. *Anesth Analg.* 2017;125:708---9.3