

## Tratamento do Olho Cego Doloroso com Bloqueio Retrobulbar com Clorpromazina

A.A. Ferreira, TSA<sup>1</sup>, M.A. Ferreira<sup>1</sup>, M.D. Souza<sup>2</sup> & L.S. Queiroz Neto<sup>2</sup>

Ferreira A A, Ferreira M A, Souza M D, Queiroz Neto L S – Painful blind eye treated with retrobulbar block of chlorpromazine.

Thirty patients with chronic pain in their blind eyes were submitted to retrobulbar block with chlorpromazine, 10 + 15 mg. During the ten-day follow-up of the block all the patients were painless and with good esthetic appearance.

Key - Words: ANESTHETIC TECHNIQUES: regional, retrobulbar; ATARATICS: phenothiazine, chlorpromazine; EYE; PAIN: chronic, ocular

A conduta mais adequada para debelar a dor de olho cego tem sido, ao longo dos anos, a enucleação ou a injeção retrobulbar de substâncias neurolíticas como o etanol absoluto<sup>1</sup>. Cada uma destas medidas traz, entretanto, um caudal de efeitos indesejáveis: pela sua relevância citamos a enucleação do olho e mutilação facial de um globo de aspecto perfeitamente normal.

Além da injeção retrobulbar de álcool absoluto, várias substâncias vêm sendo empregadas para combater a dor incômoda, mantendo o globo ocular: metilmelubrina<sup>2</sup>, álcool butílico<sup>3</sup>, benzocaína<sup>1</sup> e clorpromazina<sup>3, 4</sup>.

O objetivo do presente ensaio é relatar os resultados obtidos com a injeção retrobulbar de clorpromazina em 30 pacientes com olhos esteticamente perfeitos mas com dor incômoda e crônica.

### METODOLOGIA

Foram estudados 30 pacientes (Tabela I), sem distinção de cor, sexo, idade, peso corpóreo, que apresentavam dor crônica em um só globo ocular, de aspecto estético perfeito, que já haviam recebido tratamentos sistêmicos e locais, sem resultados

Quadro I – Clorpromazina retrobulbar para tratamento de dor crônica

30 casos – 1987

Sexo dos pacientes 12 feminino  
18 masculino

Idade dos pacientes: média 43,5 anos (8 a 83 anos)

Causas do olho cego doloroso – Olhos com mais de uma patologia

Hemorragia vítrea	3
Glaucomas	15
Descolamento retina	2
Traumatismo	2
Catarata	4
Úlcera dendrítica	2
Retinopatia diabética	5
Calcificação segmento posterior	1
Hifema	1
Hipotrofia do globo	2
Oclusão V C R	2

consistentes e satisfatórios, e que foram submetidos à seguinte rotina:

- jejum de 4 horas
- nenhuma medicação analgésica nas últimas 24 h; 5-10 mg de diazepam oral quando necessário
- regime ambulatorial
- na sala cirúrgica, paciente posicionado em decúbito dorsal, em proclive, realizávamos: injeção unilateral retrobulbar anterior de lidocaína 2% (cinco casos) ou de bupivacaína 0,75% (25 casos) usando agulha metálica de ponta romba, não descartável, 40 x 7. A agulha entrava na órbita pela pele da região periorbitária têmporo-inferior, procurando pequena penetração depois de ultrapassar o septo orbitário. Aspiração do

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier, Campinas, SP

1 Anestesiologista do Instituto Penido Burnier (CET-SBA)

2 Médico Residente de Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

Correspondência para Alberto Affonso Ferreira  
Av. Andrade Neves, 611  
13020 - Campinas, SP

Recebido em 26 de abril de 1987

Aceito para publicação em 20 de junho de 1987

© 1987, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

êmbolo e infiltração do anestésico local (lidocaína ou bupivacaína).

Após a introdução de 2 ml da solução anestésica, aplicava-se massagem moderada sobre o globo para aumentar a difusibilidade do líquido injetado.

A agulha era mantida *in loco*. Dez minutos depois injetava-se 2-3 ml de clorpromazina (10-15 mg), pela mesma agulha, após o que era retirada.

O paciente mantinha-se deitado até sentir-se em condições de deambular. Curativo compressivo do olho cuidado.

## RESULTADOS

Todos pacientes cumpriram rigorosamente a metodologia descrita.

Durante o ato não observamos nenhuma complicação devida à técnica: hematoma retrobulbar, lesão do nervo óptico, infiltração subcapsular de Tenon, exagerada proptose, perfuração do globo ocular ou aspiração de sangue pela sucção pelo êmbolo da seringa. Da mesma forma não houve oftalmoplegia contralateral, bloqueio do tronco cerebral ou aumento da dor.

A injeção do anestésico foi mais dolorosa com a lidocaína do que com a bupivacaína, segundo avaliação de pacientes que, em circunstâncias anteriores, já tinham sido submetidos aos bloqueios citados.

Em vários casos (5 = 16,6%) o bloqueio autonômico do gânglio ciliar não produziu a esperada midríase média<sup>5</sup>. A analgesia da conjuntiva precedeu a acinesia do globo, segundo a regra.

O seguimento dos pacientes limitou-se à primeira semana (7-8 dias). Durante a observação de 7-8 dias após o bloqueio, nenhum paciente apresentou acinesia do globo e o resultado estético facial foi considerado muito bom.

Antes dos casos deste estudo, uma paciente de

45 anos apresentou edema palpebral, quemose e intensa hiperemia da conjuntiva acompanhados de sensação dolorosa até dois dias após o bloqueio, que foi realizado seguindo rotina prescrita por outros que preconizavam a dose de 25 mg de clorpromazina<sup>3, 4</sup>.

## DISCUSSÃO

Atualmente não existe discordância de que o globo ocular deva ser mantido, a despeito de dor crônica; todos esforços são envidados para evitar a enucleação.

Os resultados passageiros e as complicações para a estética facial têm influenciado negativamente o tratamento com outras drogas: etanol, benzocaína, metilmelubrina.

As primeiras demonstrações da eficácia na injeção retrobulbar de clorpromazina<sup>4</sup> trouxeram novas esperanças para o tratamento do olho doloroso cego. Duas modificações se impõem: a primeira diz respeito à dose inicialmente preconizada, de 25 mg, que mostrou-se exagerada, provocando graves reações inflamatórias; nos demais casos, *a posteriori*, utilizamos entre 10-15 mg de fenotiazínico.

A outra não é propriamente modificação de técnica, mas de mecanismo de ação. Pensava-se, inicialmente, que a clorpromazina provocava analgesia por formar vacúolos na membrana nervosa e, assim, desmielinizar as fibras nervosas, A delta, responsáveis pela aferência da dor rápida<sup>4</sup>.

A clorpromazina é medicamento de intensa ação anestésica local, estabilizando a membrana nervosa e impedindo a condução do impulso nervoso aferente<sup>6</sup>.

Concluimos que a clorpromazina foi eficaz analgésico no tratamento do olho cego doloroso, nas doses de 10-15 mg de injeção retrobulbar, pelo menos, durante 7-8 dias, de acordo com nosso acompanhamento, permitindo a manutenção do globo ocular.

Ferreira A A, Ferreira M A, Souza M D, Queiroz Neto L S — Tratamento do olho cego doloroso com bloqueio retrobulbar com clorpromazina.

Trinta pacientes com olho doloroso foram submetidos ao bloqueio retrobulbar com 10-15 mg de clorpromazina. Nos 7º e 8º dias de observação

Ferreira A A, Ferreira M A, Souza M D, Queiroz Neto L S — Tratamiento de ojo ciego doloroso con bloqueio retrobulbar de clorpromacina.

Treinta pacientes con ojo ciego doloroso fueron sometidos a bloqueio retrobulbar con 10-15 mg de clorpromacina. En los 7º y 8º días de observa-

após o bloqueio todos se apresentaram sem dor e com aspecto estético bom.

ción después del bloqueo, todos se presentaron sin dolor y con buen aspecto estético.

Unitermos: ATARÁDICOS: fenotiazínico, clorpromazina; DOR: ocular, crônica; OLHO; TÉCNICAS ANESTÉSICAS: regional, retrobulbar.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Havener W H – Ocular pharmacology 4<sup>th</sup> ed., St. Louis – The C V Mosby Co 1978: 411-412.
2. Lima A L H, Gozzani J L, Belfort Jr. R et al. – Tratamento da dor ocular crônica com infiltração retrobulbar de metilmelubrina (dipirona). Arg Bras Oftalmol 1982; 45: 127-129.
3. Sbrissa R A, Lenza C F, Sbrissa C A – A injeção retrobulbar de clorpromazina no tratamento do glaucoma absoluto. Rev Bras Oftalmol 1985; 44: 56.
4. Fiore C, Lupidi G, Santoni G – Effet de l'injection rétrobulbaire de chlorpromazine dans le glaucome absolu. J Fr Ophtalmol 1980; 3: 397-399.
5. Almeida Sobrinho E F, Cronemberger S, Calixto N – Anestesia retrobulbar: estudo da pressão intra-ocular, motilidade extrínseca e profundidade da câmara anterior. Rev Bras Oftalmol 1986; 45: 199-214.
6. Goodman L S, Gilman A – The pharmacological basis of therapeutics 6<sup>th</sup> ed., N. York: The MacMillan Co Publishing 1980: 402-403.

### Fifth International Symposium Computing in Anesthesia and Intensive Care

20 hours AMA/CMA  
Exhibits, Scientific Sessions, Posters/Papers  
and Hands-On Computer Workshops

**Fee: \$ 300 for Physicians**  
**\$ 200 for Fellows, Residents and Interns**

US Grant Hotel  
San Diego, California  
**May 16-20, 1988**

**Information: UC San Diego School of Medicine**  
**Office of Continuing Medical Education, M-017**  
**La Jolla, California 92093**  
**(619) 534-3940**

**XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE  
ANESTESIOLOGIA**

Belém do Pará, de 27 de novembro a  
2 de dezembro de 1988

Caro Colega,

1 – Como é do conhecimento associativo, a Assembléia de Representantes de 1985, em Salvador, outorgou à Regional do Pará a incumbência de patrocinar o XXXV Congresso Brasileiro de Anestesiologia referente a 1988, ano em que a Sociedade Brasileira de Anestesiologia vê, coincidentemente, passar seus 40 anos de profícua existência.

2 – Ciente da honra e da responsabilidade desta outorga, nossa Regional iniciou seus trabalhos aclamando a Comissão Organizadora que vem delineando o esquema do Conclave, no qual se define como tema científico oficial:

**“ANESTESIA E A CRIANÇA”**

3 – Além das tradicionais conferências, mesas-redondas, temas livres e cursos, o esquema aprovado prevê um PAINEL COMEMORATIVO das atividades da SBA, como corolário de realce aos méritos nela reconhecidos nestas quatro décadas e, ainda, às perspectivas de nossa vida associativa.

4 – Na abordagem do tema oficial, a Comissão Organizadora abriu espaço para a exposição e debate de trabalhos previamente inscritos sob a denominação geral de “Contribuição ao Tema Oficial”.

5 – A Comissão Organizadora estuda, presentemente, a concessão de prêmios aos melhores trabalhos apresentados no item referido acima, a escolha da Comissão Julgadora e os critérios de exposição e avaliação, detalhes estes que serão divulgados dentro em breve.

6 – No sentido de estimular um relevante apoio à “Contribuição ao Tema Oficial”, e conseqüentemente ao tema escolhido oficialmente para o Congresso, dirige-se a Comissão Organizadora, através deste informe preliminar, aos senhores responsáveis pelos Centros de Ensino e Treinamento da SBA, e a todos os Colegas de um modo geral, na esperança de que venham a ajuizar e motivar em tempo hábil e oportuno, junto a suas equipes de trabalho, uma valiosa colaboração a este mister.

Cordial e atenciosamente,

HERACLITO BARBOSA FONSECA  
Presidente do XXXV CBA

**XXXV CONGRESSO BRASILEIRO DE ANESTESIOLOGIA**

		A	B	C
2 <sup>a</sup> -feira	M	– Conf. TO	– Conf. TO	T L
		– Conf. TO	– MR	T L
		– MR	–	T L
	T	– Conf.	– Cont. TO	T L
		– Conf.	– Cont. TO	T L
		– MR TO	– Debate	T L
3 <sup>a</sup> -feira	M	– Conf. TO	– Conf. TO	T L
		– Conf.	– MR	T L
		– Debate		
	T	– Conf.	– Cont. TO	T L
		– Conf.	– Cont. TO	T L
		– MR TO	– Debate	
4 <sup>a</sup> -feira	M	– Conf.	– Conf.	T L
		– MR TO	– MR TO	T L
	T	– Conf.	– Cont. TO	T L
		– Conf.	– Cont. TO	T L
		– MR TO	– Debate	T L
5 <sup>a</sup> -feira	M	– Painel		
		– Premiação		
	T	– AR		
6 <sup>a</sup> -feira	M	– Cursos nos 3 auditórios		
	T	– Cursos nos 3 auditórios		