

Ainda Sobre o Uso Espinhal de Opiáceos

Prezado Senhor Editor:

Há cerca de dois anos, em Editorial publicado nesta Revista, chamava a atenção para a nova era que se abria em Anestesiologia e na terapêutica da dor, com a identificação de receptores opiáceos altamente específicos no SNC e a possibilidade de sua ocupação por narcóticos depositados nos espaços subaracnóideo e peridural⁴. Mantenho hoje meu ponto de vista, alicerçado agora sobre experiência clínica multinacional com o método e o conhecimento detalhado não só da farmacocinética como dos riscos potenciais da administração de narcóticos por via espinhal. Assim, ao ler o artigo "Sobre o Uso Espinhal dos Opiáceos" (Conceição M J, Silva Jr CA, Rev Bras Anest 32: 443 - 444, 1982), não posso deixar de comentar algumas indagações colocadas pelos autores, tendo em vista trabalhos recentes sobre o assunto.

1. Não há dúvida de que a analgesia depende da ação destas drogas a nível da medula espinhal, independente da sua absorção sistêmica. Yougstrom e col⁸, em estudo duplo-cego, comparam a analgesia pós-operatória obtida com a administração de 4,0 mg de morfina pelas vias peridural e muscular em paciente submetidas a operação cesariana. Os índices de dor foram significativamente mais elevados no grupo da morfina muscular do que no da morfina peridural, tendo a analgesia proporcionada por esta última durando em média 20 horas. O importante é que a concentração plasmática de morfina após a administração peridural foi significativamente mais baixa e mais tardia em relação à administração muscular, não se observando nenhuma relação entre concentração plasmática e o efeito analgésico pós-morfina peridural.

2. Alguns narcóticos como a metadona e o fentanil, por serem mais lipossolúvel, são eliminados mais rapidamente do líquido cefalorraquidiano e proporcionam assim analgesia menos duradoura; outros como a morfina, por serem mais hidrossolúveis, permanecem por mais tempo no líquido cefalorraquidiano. Propiciam assim analgesia de maior duração mas, justamente pelo fato de permanecerem por mais tempo no líquido, têm uma progressão rostral mais acentuada no SNC, podendo originar efeitos colaterais como depressão respiratória tardia^{1,5}.

3. A dose não guarda relação tanto com a qualidade da analgesia como com a duração desta. Pybus e Torda⁷, comparando a eficácia de três doses de morfina peridural (4 - 6 - 8 mg) para o alívio da dor pós-operatória, não encontraram diferenças quanto à qualidade da analgesia nos três grupos mas observaram que ao aumento da dose de narcótico corresponde um aumento da duração da analgesia. Com as três doses houve aumento do fluxo ex-

piratório máximo; não se registrou aumento da incidência de efeitos colaterais com o aumento da dose dentro dos limites pré-estabelecidos.

4. Os efeitos adversos estão hoje largamente estudados e sua detecção precoce diminui bastante os riscos do método. Em trabalho retrospectivo de âmbito nacional, realizado na Suécia, Gustafsson e col² estudaram entre 6200 e 9500 pacientes que receberam narcóticos por via peridural e entre 90 a 150 pacientes que receberam morfina intratecal. Ocorreu depressão ventilatória em 0,25 a 0,40% dos que receberam a droga por via peridural e em 4,0 a 7,0% dos que a receberam por via intratecal. Em apenas 10% dos casos de depressão ventilatória pós-narcótico peridural, esta ocorreu além de 6 horas após a última dose do opiáceo. A maior incidência do problema registrou-se em pacientes: a) com mais de 70 anos; b) que receberam opiáceo por punção torácica; c) com capacidade ventilatória reduzida.

5. Em outro trabalho recente, "redescobriu-se" que a morfina pode acarretar retenção urinária qualquer que seja a via de administração. Peterson e col⁶ administraram morfina no pós-operatório em três grupos de pacientes submetidos a cirurgias abdominais: a) 5 - 10 mg por via muscular; b) 4 mg por via peridural "alta" (nível torácico); c) 4 mg por via peridural "baixa" (nível lombar). Registraram-se as seguintes incidências de retenção urinária: 35% no grupo muscular, 33% no grupo peridural "alta" e 50% no grupo peridural "baixa". Estes resultados parecem dar força à tese do bloqueio do fluxo parassimpático sacral (devido a inibição pré-sináptica da liberação de acetilcolina pelos neurônios pós-ganglionares) para explicar o fenômeno. De qualquer maneira, o problema é revertido pela administração de narcótico-antagonista¹.

6. A maior dose (acidental) de morfina peridural que conheço é a relatada por Masoud e Green³ em paciente submetido a lobectomia superior direita, o qual recebeu 60 mg da droga através de cateter peridural colocado em T₁₁ - T₁₂. Trinta minutos após a injeção desenvolveu-se bloqueio de ramo E e sonolência, revertidos pela infusão contínua de naloxona. Não houve nenhuma evidência de neurotoxicidade relacionada ao narcótico.

Estas considerações reforçam o conceito de que todo e qualquer método de alívio da dor atinge seu objetivo a um determinado preço. A experiência de nosso Serviço - já bastante extensa - com o método de administração de narcóticos por via espinhal permite-nos dizer que este preço não é tão alto a ponto de desencorajar seu emprego.