

RELATO DE CASO

USO DA OXICODONA EM PÓS-OPERATÓRIO DE ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR

RICARDO KIYOSHI MIYAMOTO

CRM-SC 5761 - Ortopedista e traumatologista - coluna vertebral; mestre e professor da Faculdade de Medicina Univille - Joinville; preceptor da Residência Médica IOT - Joinville

INTRODUÇÃO

Inúmeros fatores devem ser considerados no pós-operatório imediato dos pacientes submetidos a artrodeose de coluna lombar. Um dos mais importantes para o sucesso global do tratamento é o controle adequado das queixas álgicas.

Diversos estudos mostram que, apesar do esforço para melhorar o controle da dor pós-operatória com o desenvolvimento e a implementação de guidelines, o manuseio da dor ainda é difícil^{1,2}. Um estudo evidenciou proporção significativa de pacientes que recebiam analgesia pós-operatória e ainda referiam dor de intensidade moderada a intensa³.

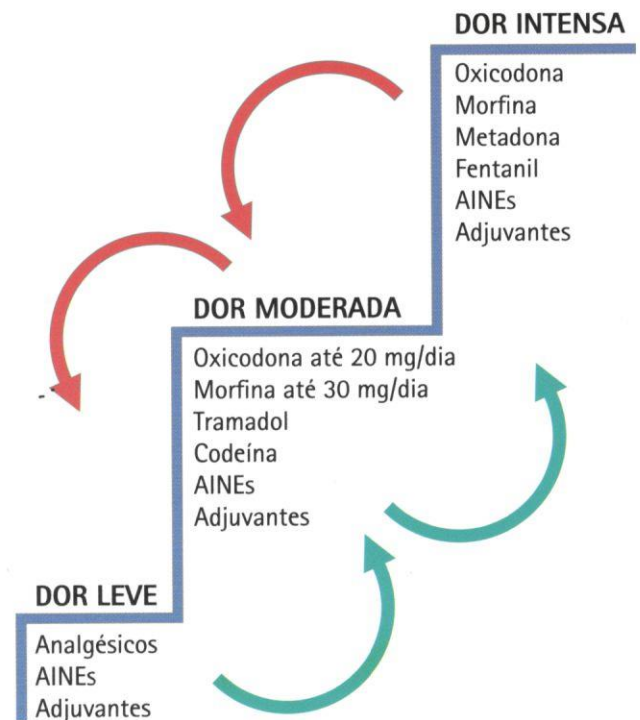
O desenvolvimento de métodos mais efetivos para o alívio da dor pós-operatória é uma questão de fundamental importância. A dor relacionada ao trauma operatório agudo não é apenas fonte de imenso sofrimento, mas também está relacionada com dor crônica debilitante e estresse pós-traumático⁴.

A dor pós-operatória de moderada a intensa ainda é um problema constante na prática diária e está relacionada a aumento de complicações pulmonares e tromboembólicas no pós-operatório, aumento do tempo de internação, piora na qualidade de vida do paciente e aumento no risco de desenvolvimento de dor crônica^{5,6}.

A dor crônica persistente pós-operatória é aquela que se mantém por dois meses ou mais após o ato cirúrgico, quando se excluem quaisquer outras causas de dor, como câncer ou infecção crônica⁷. Ela ocorre no período pós-operatório imediato pela ativação de nociceptores. Surgem sintomas de dor ao simples toque da ferida operatória, pela respiração, tosse ou atividade gas-

trointestinal. Na presença de dano nervoso, um componente neuropático pode surgir e persistir na ausência de estímulo periférico nociceptivo ou inflamatório⁸.

FIGURA 1 - Tratamento farmacológico da dor



Adaptado de: WHO. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996. European consensus guideline for the primary care management of chronic osteoarthritic pain. 2008. Available at: www.eguidelines.co.uk National Opioid Use Guideline Group, Canada, 2010. Adaptado de Mary Lynn Mc Pherson, em Demystifying Opioid Conversion Calculation, 2010, American Society of Health-System Pharmacists.

Estudos recentes indicam que algumas das alterações neuroplásticas de dessensibilização medular que ocorrem após o trauma podem ser prevenidas por meio de tratamento agressivo da dor aguda. A analgesia multimodal com combinações de fármacos que utilizam mecanismos de ação distintos e efeitos sinérgicos parece interferir de forma adequada na complexidade da transmissão dolorosa⁹.

Os esquemas terapêuticos multimodais utilizam opioides, agonistas 2-adrenérgicos, antagonistas da COX, gabapentina, pregabalina, esteroides, antagonistas NMDA e anestésicos locais¹⁰.

Os medicamentos opioides são usados há séculos para o controle da dor. O uso racional e a correta observação das indicações e controle dos efeitos colaterais são imprescindíveis para a boa eficácia terapêutica. Entre as muitas opções de opioides disponíveis, a oxicodona apresenta posição de destaque.

A oxicodona, um opioide forte, está em uso clínico há mais de 80 anos, sendo eficaz no manejo da dor oncológica, dor neuropática, dor pós-operatória e outras dores não oncológicas crônicas e intensas^{11,12,13,14,15,16}. Trata-se de um opioide semissintético derivado da tebaína, um alcaloide do ópio. É um agonista opioide total. Ela é metabolizada no fígado e excretada principalmente na urina.

Como um dos fatores que contribuem para a analgesia inadequada é a ocorrência de dor nos intervalos entre a administração de doses de analgésicos e os efeitos adversos, a oxicodona é alternativa viável para tratamento dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de artrodese de coluna lombar¹⁷.

A oxicodona possui apresentações em comprimidos de 10 mg, 20 mg e 40 mg. É um opioide forte, mas, devido às suas características de segurança, quando em baixa dosagem (até 20 mg/dia) pode ser utilizada no segundo degrau da escada da OMS, sendo comparada a opioides fracos para dor moderada. Em dores intensas, basta titular a dose de acordo com a intensidade da dor do paciente, reforçando que não existe dose teto para a medicação¹⁸.

A absorção da oxicodona em comprimidos tem um padrão bifásico: uma fase inicial relativamente rápida (aproximadamente 37 minutos), relativa a 33% da dose disponível, e uma fase lenta (aproximadamente 6,2 horas), relativa a 67% da dose disponível. Essa propriedade permite um início rápido de analgesia juntamente com alívio sustentado da dor por 12 horas. O perfil farmacodinâmico é previsível e o alívio da dor ocorre após uma hora¹⁹.

Os efeitos adversos são os mesmos dos outros

opioides (sedação, náuseas, vômitos, constipação, tontura, depressão respiratória, dependência física e tolerância).

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 anos de idade, feminina, costureira, refere que há cerca de três anos iniciou com quadro de lombalgia e que há cerca de dois meses passou a apresentar lombociatalgia 30/70 bilateral, mas de maior intensidade à esquerda.

Ela relata que iniciou o uso de analgésicos e anti-inflamatórios de maneira aleatória nas crises de dor, sem orientação médica. Após piora dos sintomas, há dois meses, recebeu orientação médica e passou a realizar sessões de fisioterapia, analgesia escalonada com analgésicos comuns e opioides fracos. Três meses antes da cirurgia iniciou uso de neuromodulador (pregabalina 75 mg 2x dia), com alívio parcial dos sintomas.

EXAME FÍSICO/NEUROLÓGICO:

- Força grau 5 em todas as raízes testadas à direita (L2-S1).
- Força grau 5 em raízes de L2-L3-L4 à esquerda.
- Força grau 4 em raízes de L5 e S1 à esquerda.
- Parestesias em dermatomo de S1 à esquerda.
- Reflexos patelar e aquileu preservados e simétricos bilateralmente.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E PÓS-OPERATÓRIO

O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. No pós-operatório imediato, a paciente relatou melhora importante da lombociatalgia. Foi medicada com esquema multimodal de analgesia. Para controle dos sintomas álgicos, escolhemos como opioide a oxicodona de 20 mg de 12/12 horas.

Ela permaneceu todo o período pós-operatório de internação sem queixas de dor e não relatou efeitos colaterais com o uso da medicação. Recebeu alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório com prescrição de anti-inflamatório, analgésico e opioide.

No retorno ambulatorial (14 dias de pós-operatório), a ferida operatória estava completamente cicatrizada e a paciente referia controle total dos sintomas álgicos.

Em novos retornos ambulatoriais, realizados na quarta e oitava semanas de pós-operatório, a paciente referiu melhora completa dos sintomas. Foi utilizado oxicodona 20 mg 12/12 hs por 2 semanas até a retirada dos pontos. Posteriormente, foi utilizado oxicodona 10 mg 12/12hs por mais 2 semanas para início de reabilitação. No momento, ainda está em tratamento e seguimento pós-operatório.

IMAGENS PRÉ-OPERATÓRIAS

FIGURA 2 – Raio x em AP e perfil de coluna lombossacra

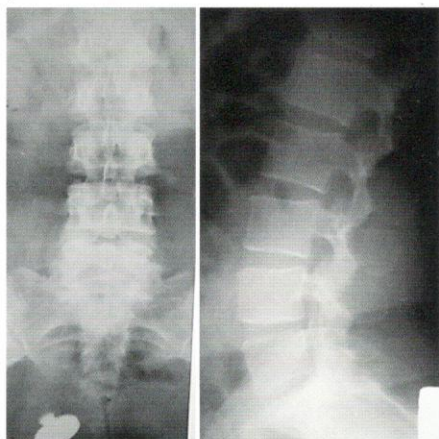


FIGURA 3 – Ressonância magnética de coluna lombossacra (T2). Corte sagital



FIGURA 4 – Ressonância magnética de coluna lombossacra (T2). Corte axial

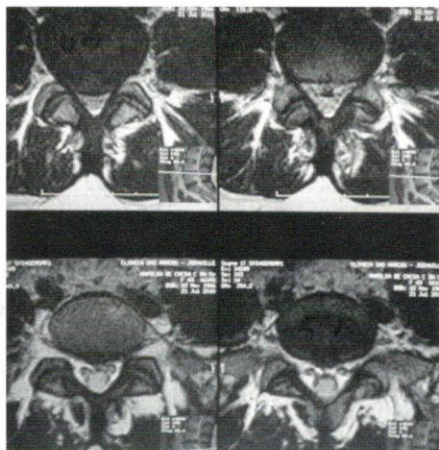
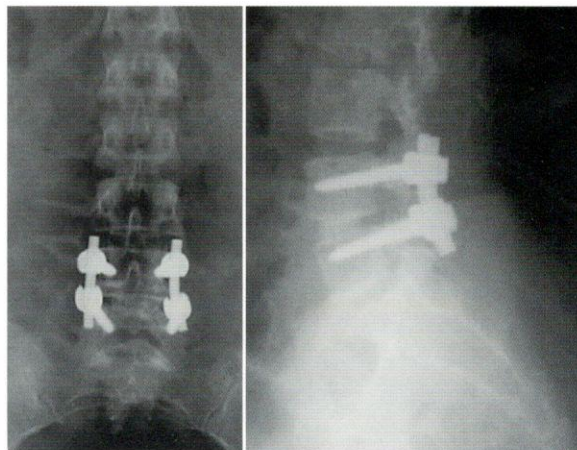


FIGURA 5 – Raio x em AP e perfil de coluna lombossacra (pós-operatório)



Referências bibliográficas:

1. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97(2):534-40.
2. Salomaki TE, Hokajarvi TM, Ranta P, et al. Improving the quality of postoperative pain relief. *Eur J Pain* 2000;4(4):367-72.
3. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002;89(3):409-23.
4. Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, et al. Burn injury pain: the continuing challenge. *J Pain* 2007;8(7):533-48.
5. Mattia C, Coluzzi F. Acute postoperative pain management: focus on iontophoretic transdermal fentanyl. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(1):19-27.
6. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated reported by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2004;100(6):1573-81.
7. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*.2011;377:2215-25.
8. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367:1618-25.
9. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate post-operative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin North America*. 2005;23:21-36.
10. Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic post surgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother*.2009;9:723-44.
11. Mucci-Lo Russo P, Berman B. S, Silberstein PT et al. Controlled-release oxycodone compared with controlled-release morphine in the treatment of cancer pain: a randomized, double-blind, parallel-group study. *Eur J Pain*. 1998;2:239-249.
12. Gagnon B, Bielech M, Watanabe S et al. The use of intermittent subcutaneous injections of oxycodone for opioid rotation in patients with cancer pain. *Support Cancer*. 1999; 7 :265-270.
13. Watson CPN, Babul N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain. A randomised trial in post herpetic neuralgia. *Neurol*. 1998; 50:1837-1841.
14. Hanna M et al, Prolonged release oxycodone enhances the effects of existing gabapentin therapy in painful diabetic neuropathy patients. *Eur J Pain*. 2008;12 (6) 804-813.
15. Curtis GB, Johnson GH, Clark P et al. Relative potency of controlled-release oxycodone and controlled-release morphine in a post-operative pain model. *Eur. J. Clin. Pharmacol*. 1999;55: 425-429.
16. Napp Pharmaceuticals Limited. A randomised, double-blind, parallel group, multicenter study to compare the tolerability, safety and efficacy of oxycodone with morphine in patients using i.v. patient-controlled analgesia (PCA) for acute post-operative pain. Data on file. Study code: OXI3201.
17. Smith G, Power I. Audit and bridging the analgesic gap. *Anaesthesia* 1998;53(6):521-2.
18. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet. Oncol*. 2012[cited 2016 Oct 3];13(2):e58-68.
19. Mandema JW, Kaiko RF, Oshlack B, Reder RF, Stanski DR. Characterization and validation of a pharmacokinetic model for controlled-release oxycodone. *Br J Clin Pharmacol*. 1996 Dec;42(6):747-56.