



Manejo da dor pós-operatória em criança submetida a ressecção de tumor rabdoide. Relato de caso

Pain management in children undergoing rhabdoid tumor resection. Case report

Flavia Claro da Silva¹ , Vanderson Carvalho Neri² , Rachel Motyl Gutman¹ , Matheus Cabral Raulino de Oliveira¹

¹Instituto Nacional de Câncer,
Departamento de Anestesiologia,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Hospital Federal da Lagoa,
Departamento de Neurologia,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência para:
Flavia Claro da Silva
fla_claro@hotmail.com

Apresentado em:
19 de agosto de 2024.
Aceito para publicação em:
07 de abril de 2025.

Conflito de interesses:
não há

Fontes de fomento:
não há.

Editor associado responsável:
Hazem Adel Ashmawi

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Os tumores rabdoide são tumores agressivos raros, acometendo principalmente a população jovem, com predominância em crianças menores de 4 anos de idade. Dados da literatura definem a doença como de alta malignidade e prognóstico desalentador. O bom controle e adequada abordagem da dor pós-operatória na criança deve ser sempre prioridade no planejamento anestésico-cirúrgico.

RELATO DO CASO: Criança submetida à anestesia geral, associada à técnica de analgesia multimodal, bloqueio peridural e bloqueio do plano transversal do abdômen (TAP Block) para ressecção de tumor rabdoide em membro inferior. A técnica anestésica utilizada foi escolhida visando um bom controle de dor no período pós-operatório para uma abordagem cirúrgica de grande porte. O instrumento utilizado para a mensuração da queixa algica foi a escala *Children's and Infants' Postoperative Pain Scale* (CHIPPS).

CONCLUSÃO: A anestesia multimodal associada à técnica peridural e ao bloqueio de nervo periférico parece ser adequada para o controle de dor pós-operatória em cirurgias oncológicas de grande porte. O adequado manejo e controle da queixa algica pode ser benéfico não somente a curto prazo e no período pós-operatório, como também pode gerar impactos positivos na vida adulta dos pacientes pediátricos com câncer submetidos a tratamento cirúrgico.

DESCRIPTORES: Anestesia, Criança, Dor, Câncer.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Rhabdoid tumors are rare aggressive tumors and affect specially the young population, with a predominance in children under 4 years of age. Literature data define them as a disease of high malignancy and grim prognosis. The proper control and adequate approach to postoperative pain in children should always be a priority in the anesthetic-surgical planning.

CASE REPORT: A child undergoing general anesthesia, associated with multimodal analgesia technique, epidural block, and Transversus Abdominis Plane block (TAP Block) for rhabdoid tumor surgical resection in the lower limb. The chosen anesthetic technique aimed to achieve good pain control in the postoperative period, in major oncologic surgery approach. The instrument used for measuring pain scores was the Children and Infants Postoperative Pain Scale (CHIPPS).

CONCLUSION: Multimodal anesthesia associated with epidural technique and peripheral nerve block seems adequate for postoperative pain control in major cancer surgeries. Adequate management and control of painful complaints can be beneficial not only in the short term and in the postoperative period but can also have beneficial impacts in the adulthood of pediatric cancer patients who underwent surgical treatment.

KEYWORDS: Anesthesia, Child, Pain, Cancer.

DESTAQUES

A importância do planejamento para controle da dor perioperatória em crianças com câncer
Anestesia geral combinada a analgesia multimodal para ressecção de tumor rabdoide em membro inferior
Relato de caso do efeito da anestesia multimodal associada à técnica peridural e ao bloqueio de nervo periférico

INTRODUÇÃO

Os rabdoides são tumores raros, porém extremamente agressivos, e tendem a afetar predominantemente crianças com menos de quatro anos de idade. Atualmente, os tumores rabdoides extracranianos são descritos em oncologia como entidades e ocorrem principalmente nos rins, fígado, cabeça e pescoço, retroperitônio, tórax, coração e pelve. São descritos na literatura como cânceres de progressão rápida, alta malignidade e prognóstico ruim¹.

A dor em crianças é subestimada, principalmente por se tratar de um fenômeno que não pode ser facilmente mensurado, geralmente devido à dificuldade das crianças em relatar suas queixas, ao medo de seringas e agulhas e à incapacidade de se expressar, especialmente em crianças mais novas e pacientes com déficits cognitivos. Equipes de saúde com pouco pessoal e sem qualificação podem tornar esse cenário mais problemático, além da falta de instrumentos adequados para medir a dor. A Organização Mundial da Saúde (OMS)² defende a utilização de ferramentas adequadas de avaliação da dor para o gerenciamento apropriado da dor pediátrica, a fim de obter os melhores resultados, e recomenda o registro dos dados em arquivos médicos³.

O objetivo do presente relato foi apresentar o manejo da dor perioperatória e pós-operatória de uma paciente pediátrica com tumor rabdoide pélvico pelo anestesiologista.

RELATO DO CASO

Uma paciente de sete anos de idade, do sexo feminino, 17 kg, foi submetida a tratamento cirúrgico para tumor rabdoide na raiz da coxa direita (Figura 1), após tratamento com quimioterapia neoadjuvante. A técnica anestésica escolhida foi a anestesia geral combinada com técnica multimodal associada à anestesia peridural com injeção única e bloqueio do plano transversal do abdômen (TAP) com 5mL de ropivacaína a 0,3% na parede abdominal esquerda ao final da cirurgia, a qual durou aproximadamente cinco horas.

A indução anestésica foi realizada com propofol (2mg/kg), fentanil (3 µg/kg), rocurônio (1,2mg/kg), cetamina (0,3mg/kg), dexametasona (1,5mg/kg), infusão contínua de dexmedetomidina (0,3µg/kg/h), sulfato de magnésio (40 mg/kg) e lidocaína intravenosa (2mg/kg). O sevoflurano (1,2 CAM) foi usado para a manutenção da anestesia. Morfina 800 µg com 10 mL de ropivacaína a 0,3% foram usados em anestesia peridural de injeção única.

A monitoração hemodinâmica consistiu em pressão arterial não invasiva, cardioscopia, oxímetro de pulso, capnografia, analisador de gases e índice bispectral (BIS). A anestesia peridural foi realizada com agulha pediátrica Touhy 20G, com a paciente já intubada, pouco antes do início da cirurgia. O bloqueio do plano transversal do abdômen (TAP) foi escolhido para complementar a analgesia, associado à dipirona intravenosa no final do procedimento cirúrgico, devido à extensa duração da cirurgia (Figura 2). A Children and Infants Postoperative Pain Scale (CHIPPS)⁴ foi usada para avaliar as queixas de dor nas primeiras 48 horas de pós-operatório na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), às 10h e às 18h, pelo anestesiologista, e em um intervalo de seis horas pela equipe da UTIP. O valor de corte para analgesia de resgate foi 4 no CHIPPS.

A equipe da UTIP seguiu os protocolos de controle da dor, incluindo o contato com a equipe de anestesiologia para situações de controle da dor refratária. Todas as medições apresentaram a pontuação CHIPPS = 0, o que significa que a paciente não teve dor ou não se queixou de dor durante as 48 horas na UTIP e estava hemodinamicamente estável (pressão arterial média = 63-78 mmHg; frequência cardíaca = 67-93 bpm e oximetria = 97-100%). Os dados foram registrados em um formulário específico do estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

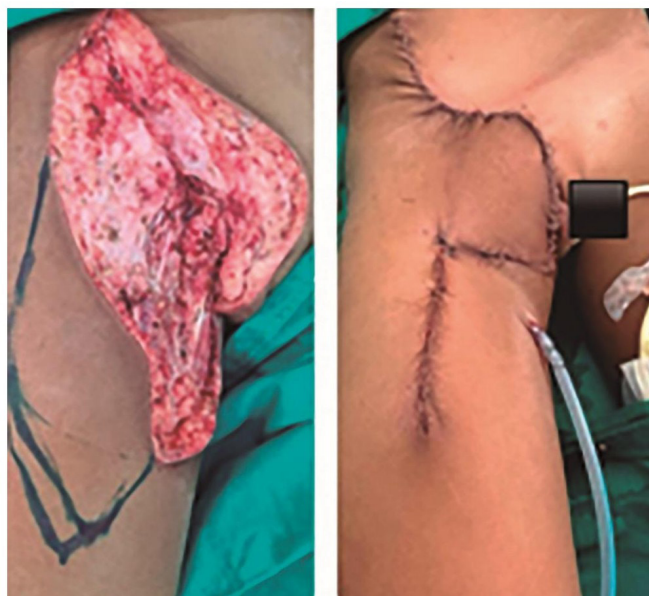


Figura 1. Ressecção cirúrgica dos tumores.

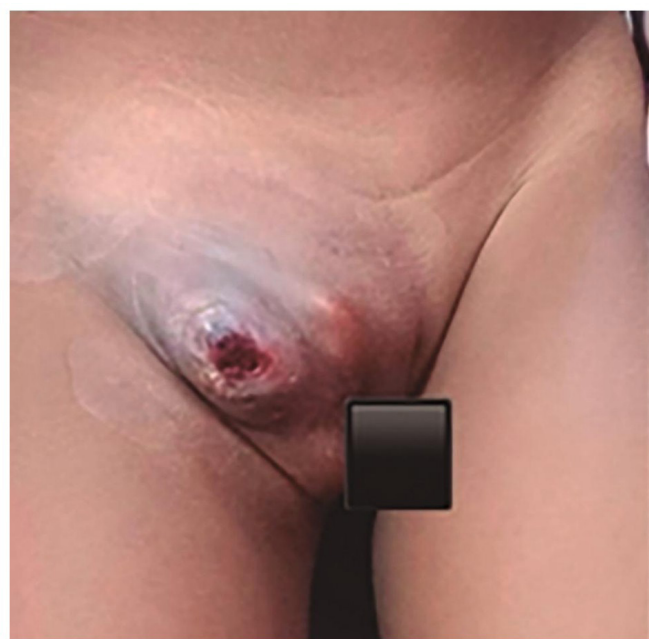


Figura 2. Lesão tumoral antes do tratamento.

DISCUSSÃO

A avaliação da intensidade da dor durante a hospitalização do paciente é essencial para a aplicação adequada de fármacos e assistência. O uso de escalas de mensuração da dor ajuda os profissionais de saúde a obterem informações reais sobre o fenômeno da dor e auxilia no manejo da dor em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos⁵. Essas escalas representam um parâmetro de avaliação seguro, rápido e simples.

A diretriz da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA - American Society of Anesthesiologists) para o controle da dor perioperatória recomenda anestesia multimodal, bloqueios de nervos periféricos e abordagem peridural⁶. Os autores acreditam que uma escala comportamental seria mais apropriada para avaliar a dor no presente caso, embora não seja o padrão-ouro das escalas de autorrelato para a idade da paciente. Um estudo de referencial⁷ comparou o bloqueio caudal, o bloqueio TAP e o bloqueio do quadrado lombar (QL) em 94 crianças com idade entre 6 meses e 14 anos, classificadas como ASA I e II, submetidas a cirurgia abdominal inferior. Eles concluíram que o bloqueio QL foi a melhor opção, considerando a segurança e a analgesia pós-operatória. Outros autores⁸ estudaram 90 crianças pacientes oncológicas, com idades entre 7 e 12 anos, classificadas como ASA I e II, programadas para cirurgia de câncer abdominal grave. Os resultados mostraram que a analgesia multimodal proporcionou alívio adequado da intensidade da dor por até 24 horas no pós-operatório.

De acordo com os autores⁸, os relatos de dor pós-operatória de intensidade leve correspondem a escores de 1 a 4/10. No presente estudo, a criança apresentou escores de dor de zero nas primeiras 48 horas de pós-operatório, bem como nos três meses após a intervenção cirúrgica. Esse período já pode ser considerado suficiente para avaliar os resultados funcionais do procedimento cirúrgico, de acordo com outros estudos de referência⁹ que classificou a queixa de dor persistente nesse período pós-operatório como dor pós-operatória persistente (DPP)¹⁰.

O controle da dor pós-operatória foi obtido no presente caso, pois a paciente não apresentou nenhuma queixa dolorosa. A anestesia multimodal associada à técnica peridural foi escolhida devido às recomendações da literatura⁹. Em estudo retrospectivo, os autores¹¹ avaliaram a analgesia peridural contínua no pós-operatório de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos para tratamento de tumores sólidos abdominais. Dois grupos foram investigados: o grupo de intervenção, com crianças recebendo analgesia peridural, dipirona e paracetamol, por via oral ou intravenosa, em horário estabelecido, e o grupo de controle, sem analgesia peridural, recebendo paracetamol ou dipirona, ibuprofeno, por via oral ou intravenosa, e posteriormente piritramida em infusão contínua ou analgesia controlada pelo paciente (ACP). A idade média foi de 55,8 meses para o grupo de intervenção (GI) e 39 meses para o grupo de controle (GC). Os bebês com menos de dois anos de idade receberam apenas morfina intravenosa contínua. As escalas usadas para medir a dor foram a Escala Numérica de Avaliação da Dor (NRS) e a Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFS). O estudo concluiu que as crianças submetidas à cirurgia para tratar tumores abdominais se beneficiam da analgesia perioperatória peridural contínua. O método é seguro e está associado a baixas taxas de complicações quando realizado por uma equipe qualificada.

No presente caso, a anestesia e a cirurgia levaram aproximadamente sete horas, além das expectativas da equipe cirúrgica, portanto, a equipe de anestesiologistas decidiu realizar o bloqueio do nervo periférico ao final da cirurgia, com o objetivo de obter melhor controle da dor pós-operatória. Apenas a agulha peridural pediátrica de uso único estava disponível, embora a escolha tenha sido a técnica peridural contínua para procedimentos abdominais maiores.

O relato é relevante porque, até o momento, não foram encontrados estudos sobre o manejo anestésico e a avaliação da dor em pacientes pediátricos que passaram por tratamentos para tumores rabdoideis.

CONCLUSÃO

A anestesia multimodal associada ao bloqueio peridural e/ou bloqueio de nervos periféricos parece oferecer um bom controle da dor em pacientes pediátricos submetidos a cirurgias oncológicas de grande porte. O monitoramento rigoroso, a avaliação adequada e o gerenciamento das queixas de dor pós-operatória são essenciais para obter resultados favoráveis nas intervenções pós-cirúrgicas.

O mau controle da dor perioperatória em crianças pode levar à dor crônica e afetar a vida adulta desses pacientes pediátricos. A escassez de literatura sobre esse tópico traz à tona a necessidade de mais estudos que abordem o controle da dor pós-operatória com o intuito de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes pediátricos.

REFERÊNCIAS

1. Shan Y, Cai J, Han Y, Xie C, Gao H, Zhang L, Li J, Tian R, Liang Y, Wang J, Chen C, Ji B, Tang J, Xu M, Gu S. An analysis of the diagnosis, clinical characteristics, treatment, and survival outcomes of 36 extracranial malignant rhabdoid tumor patients. *Transl Pediatr*. 2021;10(6):1598-609. <http://doi.org/10.21037/tp-20-459>. PMID:34295774.
2. Bernadé M. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. *Arch Pediatr Urug*. 2013 [citado 2025 jan 13]. 84(2):143-5. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000200011&lng=pt&nrm=iso
3. Santos AF, Machado RR, Ribeiro CJN, Mendes JM No, Luz LKT, Ribeiro MCO, Menezes MG. Manejo da dor em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. *Mundo Saude*. 2018;42(3):438-55. <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20194302438455>.
4. Alves MM, Carvalho PRA, Wagner MB, Castoldi A, Becker MM, Silva CC. Cross-validation of the Children's and Infants' Postoperative Pain Scale in Brazilian children. *Pain Pract*. 2008;8(3):171-6. <http://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2008.00192.x>. PMID:18476896.
5. da Silva FC, Santos Thuler LC, de Leon-Casasola OA. Validity and reliability of two pain assessment tools in Brazilian children and adolescents. *J Clin Nurs*. 2011;20(13-14):1842-8. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03662.x>. 2702.2010.03662.x.5.
6. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and The American Society of Anesthesiologists Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016;17(2):131-57. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>. PMID:26827847.

7. İpek CB, Kara D, Yılmaz S, Yeşiltaş S, Esen A, Dooply SSSL, Karaaslan K, Türköz A. Comparison of ultrasound-guided transversus abdominis plane block, quadratus lumborum block, and caudal epidural block for perioperative analgesia in pediatric lower abdominal surgery. *Turk J Med Sci*. 2019;49(5):1395-402. <http://doi.org/10.3906/sag-1812-59>. PMID:31648515.
8. Ghobrial HZ, Shaker EH. Effectiveness of multimodal preemptive analgesia in major pediatric abdominal cancer surgery. *Anaesth Pain Intensive Care*. 2019;23(3):256-62. <http://doi.org/10.35975/apic.v23i3.1132>.
9. Werner MU, Kongsgaard UEI. Defining persistent post-surgical pain: is an update required? *Br J Anaesth*. 2014;113(1):1-4. <http://doi.org/10.1093/bja/aeu012>. PMID:24554546.
10. Sansone L, Gentile C, Grasso EA, Di Ludovico A, La Bella S, Chiarelli F, Breda L. Pain evaluation and treatment in children: a practical approach. *Children*. 2023;10(7):1212. <http://doi.org/10.3390/children10071212>. PMID:37508709.
11. Warmann SW, Lang S, Fideler F, Blumenstock G, Schlisio B, Kumpf M, Ebinger M, Seitz G, Fuchs J. Perioperative epidural analgesia in children

undergoing major abdominal tumor surgery: a single center experience. *J Pediatr Surg*. 2014;49(4):551-5. <http://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.10.025>. PMID:24726111.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Flavia Claro da Silva: Coleta de Dados, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Vanderson Carvalho Neri: Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Rachel Motyl Gutman: Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Metodologia, Redação Preparação do Original, Supervisão, Visualização

Matheus Cabral Raulino de Oliveira: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição, Visualização