

RELATO  
DE CASO

# Bloqueio do nervo obturador como proposta terapêutica analgésica para osteoartrose de coxofemoral – técnica simplificada

Milene Ferreira e Silva\*  
Danilo Masiero\*\*  
Therezinha Rosane Chamlian\*\*\*  
Sílvia Wasserstein\*\*\*\*

## RESUMO

Apresentar uma nova abordagem terapêutica na dor por osteoartrose de quadril por meio de uma técnica simplificada de bloqueio do nervo obturador; com a vantagem de ser mais fácil, rápida e com menor risco que a técnica descrita em literatura. Será enfatizada também a necessidade de um tratamento global, nos casos de dor crônica. Sendo aqui relatado o caso clínico da primeira paciente a ser submetida a esse procedimento a qual apresentou grande melhora do quadro algico (com base na escala visual analógica) e funcional (segundo relatos da paciente).

## UNITERMOS

Osteoartrose. Quadril. Bloqueio nervoso. Dor. Nervo obturador.

## SUMMARY

**Obturator nerve blockage as an analgesic proposal for hip osteoarthritis – a simplified technique**

To introduce a new therapeutic approach to pain related to hip osteoarthritis consisting of a simplified technique of obturator nerve blockade. The advantages are: it's easier, faster and with lower risks than the literature's techniques. We also emphasize the necessity of a global treatment in cases of chronic pain. So we report the case of the first patient submitted to this procedure showing relevant improvement of pain (using visual scale) and also functional status.

## KEYWORDS

Hip. Osteoarthritis. Pain. Obturator nerve blockade

## Apresentação de caso

L.D.T., feminino, 78 anos, branca, costureira (atualmente aposentada).  
Q.P.: “dor em quadril esquerdo, há dois anos”.

H.D.A.: A paciente referia dor e limitação da articulação coxo-femoral esquerda, progressiva, associada à dor lombar do mesmo lado, há dois anos; fazendo uso de várias medicações analgésicas e anti-inflamatórias, sem melhora. Relatava indicação prévia de prótese, porém, sem condições financeiras de adquiri-la. Descrevia a dor articular como

\* Médica residente de Medicina Física e Reabilitação da Disciplina de Fisiatria do DORT – UNIFESP–EPM.

\*\* Chefe da Disciplina de Fisiatria do DORT – UNIFESP–EPM.

\*\*\* Chefe de Clínica da Disciplina de Fisiatria do DORT–UNIFESP–EPM.

\*\*\*\* Médica fisiatra da Disciplina de Fisiatria do DORT–UNIFESP–EPM.

### Endereço para correspondência:

Rua Açores, 310 – Telefax: 5571-0906 – CEP 04032-060 – São Paulo, SP

em pontada e pior com a movimentação, e a dor lombar como de caráter contínuo e em queimação. Na escala visual analógica (EVA) de dor, apresentava nota 9. Nas atividades de vida diária (AVD's), as maiores dificuldades relatadas eram: para marcha livre (incapaz), para usar o sanitário, para calçar sapatos e meias e para mobilidade e transferências no leito. Sem patologias prévias.

## Exame físico

Exame clínico geral: N.D.N.

Exame do aparelho musculoesquelético:

Incapaz de marcha livre sem apoio; claudicante. Postura assimétrica com queda do ombro para direita e elevação da bacia do mesmo lado. Pontos miofasciais detectáveis em região lombar esquerda com contratura muscular evidente. Teste de força muscular prejudicado pela dor. *Patrick-Fabere* positivo (Tabela 1).

Tabela 1

ADM (quadril)	Esquerda	Direita
1. Flexão	60°	100°
2. Extensão	5°	20°
3. Abdução	15°	30°
4. Adução	25°	30°
5. Rotação interna	0°	30°
6. Rotação externa	0°	20°

## Exames complementares

Raio X de quadril: à esquerda, diminuição do espaço articular e desmoronamento subcondral com osteonecrose. À direita, apenas discreta diminuição do espaço articular.

## Diagnóstico fisiátrico

Osteoartrose de quadril avançada à esquerda e incipiente à direita + síndrome dolorosa miofascial lombar à esquerda + alterações posturais secundárias à dor + incapacidade funcional extrema.

## Conduta e resultados

Foram dadas orientações gerais sobre a doença. Prescrito ondas-curtas em região lombar esquerda e massoterapia. Orientado exercícios domiciliares de alongamento. Prescrito bengala para uso na mão direita. Sugerido adaptações como elevação da cama e sanitário, barras de apoio, sapatos adequados, utensílios facilitadores como calçadeira e orientações quanto à prevenção de quedas. No

retorno (10 dias após), a paciente referia melhora de 40% do quadro algico e funcional seguindo todas as orientações que foram dadas.

Apesar da melhora significativa mantinha quadro de dor e incapacidade. Assim, optou-se pela tentativa de bloquear o nervo obturador, mais especificamente o ramo anterior, com 10 ml de bupivacaína 0,25%. Houve melhora de 100% da dor e a mesma tornou-se independente para todas as funções que antes necessitava de ajuda.

Devido ao grande fluxo de pacientes só foi possível iniciar a fisioterapia 20 dias após o bloqueio.

Após 40 dias do bloqueio, a paciente mantinha-se sem dor, sem usar qualquer medicação analgésica e cumprindo todos os objetivos em fisioterapia, como ganho e manutenção de amplitude de movimento, melhora do esquema corporal e da marcha e ergonomia aplicada nas atividades de vida diária (Tabela 2, 3 e 4).

Tabela 2

Pré/Pós-bloqueio	MIE	MID
Fase de apoio	61,2%/63,4%	72%/67%
Fase de balanço	38,8%/36,6%	28%/33%

Tabela 3

	Pré-bloqueio	Pós-bloqueio
Velocidade	0,84 m/s	0,90 m/s
Cadência	115 p/min	112 p/min

Tabela 4

ADM	Pré-T.T.O	Pós-T.T.O
1. Flexão	60°	90°
2. Extensão	5°	10°
3. Abdução	20°	40°
4. Adução	25°	30°
5. Rotação interna	0°	10°
6. Rotação externa	0°	10°

## Discussão

Diante de um quadro de incapacidade severa decorrente de osteoartrose de quadril, sem resposta ao tratamento medicamentoso e sem condições socioeconômicas para a realização cirúrgica, foi experimentado o bloqueio do nervo obturador como terapêutica analgésica paliativa.

A técnica utilizada foi idealizada pela autora visto não haver relatos na literatura mundial. Em levantamento bibliográfico extenso, o bloqueio do nervo obturador é descrito como método anestésico adjuvante em determinadas cirurgias como nas cirurgias de membros inferiores, nas intervenções transuretrais, na ressecção tumoral de bexiga, etc.; sendo a técnica mais utilizada, o bloqueio 3 em 1 em que é acessado, além do obturador o femoral e o cutâneo lateral da coxa. É descrito também como

método de auxílio diagnóstico quanto à origem da dor lombar e inguinal. A técnica descrita em literatura para acessar o nervo obturador com intenção analgésica é feita pelo canal obturatório, acessando o nervo antes de sua bifurcação, sendo necessária radioscopia. Foi encontrado também um trabalho que propôs como método analgésico na osteoartrose de quadril a destruição percutânea por radiofrequência do nervo obturador acessado também no canal obturatório, com bons resultados.

A técnica proposta nesse trabalho tem como base noções de anatomia farmacologia anestésica e fisiopatologia da dor. Baseando-se na anatomia o bloqueio foi dirigido ao ramo anterior do nervo obturador por este ser um nervo misto e responsável pela inervação das estruturas articulares coxofemorais.

Foi utilizado o eletroestimulador para localização nervosa. Visto que do ramo anterior emergem fibras tanto para adutores quanto para o grácil, é possível diferenciá-lo do ramo posterior pois este não promove a contração do grácil quando estimulado. O local de inserção da agulha foi a dois dedos da região inguinal logo abaixo do ventre muscular do adutor longo, com a ponta da agulha apontando para a crista ilíaca ântero-superior do mesmo lado.

A escolha da bupivacaína foi pela maior meia-vida em relação aos demais anestésicos locais. A dose utilizada foi dez vezes menor que a dose considerada tóxica. O efeito analgésico desse procedimento pode ser temporário ou permanente pela interrupção do círculo vicioso de dor. Atua no bloqueio de novos estímulos nociceptivos diminuindo a hiperexcitabilidade da medula espinhal, interfere na manutenção do sistema nervoso simpático e também na contratura muscular decorrente da ativação dos neurônios motores do corno anterior pela dor.

Os anestésicos locais promovem um decréscimo na velocidade e no grau de despolarização da membrana de tal forma que o limiar de excitabilidade para a transmissão não é atingido e o impulso nervoso deixa de ser propagado ao longo do nervo. Bloqueando a dor, impede-se que esta ative os neurônios do sistema nervoso simpático do corno lateral da medula que, quando ativados, liberam substâncias algogênicas que aumentam a estimulação dos nociceptores.

Em relação à técnica descrita em literatura, a técnica empregada nesse trabalho apresenta menor risco de lesar estruturas vasculonervosas indesejáveis; é também de mais fácil e rápida execução. Lembrar que, quando utilizado o eletroestimulador, maior e a certeza de estar bem próximo ao nervo quando comparada à radioscopia, pois a infusão é feita quando for obtida melhor contração muscular com menor estímulo (aproximadamente 0,9 mA).

Outro dado relevante, nesse caso clínico, é a incapacidade devido à síndrome dolorosa miofascial associada ao quadro articular primário. Cha-

ma a atenção a melhora significativa que a paciente obteve após o tratamento com ondas curtas lombar e massoterapia.

Fundamental também foi a abordagem global de reabilitação com a utilização de cinesioterapia, auxiliar de marcha adequado, adaptações em domicílio e utensílios facilitadores, orientações ergonômicas e educação da paciente quanto à sua patologia.

## Conclusão

Apesar do grande sucesso que se obteve no tratamento dessa paciente, ainda é necessário que se aplique em um número maior de pacientes esse procedimento para que se julgue eficaz. Há também a necessidade de se acompanhar a evolução desses pacientes por um tempo prolongado afim de se obter maiores informações sobre a duração do efeito, sobre a necessidade de novos bloqueios, enfim, maiores detalhes sobre essa nova proposta analgésica.

Futuramente, pode vir a ser uma alternativa não só para pacientes com dor por osteoartrose avançada sem condições clínicas de serem submetidas ao tratamento cirúrgico ou para os que se neguem a operar, como também para as osteoartroses incipientes que resultam em dor e incapacidade.

Conclui-se, ainda, que o tratamento de toda dor crônica, seja ela de qualquer etiologia, deve ser global, preventivo, educacional, reabilitativo e sempre que necessário associado à intervenção psicológica.

## Referências bibliográficas

1. S.A.E.S.P. – Anestesiologia, pp. 341-57, 372-92, 860-68, 1996.
2. SAKATA, R. K. – Revista Compacta, Tratamento da Dor, pp. 1-2, 1996.
3. AMARAL, J.L.G. – Atlas de Técnicas de Bloqueios Regionais – S.B.D.A., pp. 134-143, 1995.
4. MILLER R.D. – Anestesia, Dor Crônica, pp. 1927-50, 1993.
5. ALTMAN, R.D. – Practice guidelines in the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 6(suppl. A)(S 1): 22-4, May, 1998.
6. AKATOV, O.V. – Percutaneous radiofrequency destruction of the obturator nerve for treatment of pain caused by coxarthrosis. *Stereotact Funct Neurosurg* 69(1-4 Pt.2): 278-80, 1997.
7. HONG, Y. – Diagnostic obturator nerve block for inguinal and back pain, a recovered opinions. *Pain* 67(2-3): 507-9, Out, 1996.
8. BIRNBAUN, K. – The sensory innervation of the hip joint - an anatomical study. *Surg Radiol Anat* 19(6): 371-5, 1997.
9. CAPDEVILA, X. – Bilateral Continuous 3-in-1 nerve blockade for postoperative pain relief after bilateral femoral shaft surgery. *J Clin Anesth* 10(7): 61106-9, nov, 1998.
10. KAKI, A.M. – Inguinal paravascular (lumbar plexus) neurolytic block – description of a catheter technique: case report. *Reg Anesth Pain Med* 23(2): 214-8, Mar-Apr, 1998.
11. ORBELL, S. – Health benefits of joint replacement surgery for patients with osteoarthritis: prospective evaluation using independent assessments in Scotland. *J Epidemiol Community Health* 52(9): 564-70, Sep, 1998.
12. WHITE, A. – Stinging nettles for osteoarthritis pain of the hip. *Br J Gen Pract* 45(392): 162, Mar., 1995.
13. DELIVELIOTIS, C. – The contribution of the obturator nerve block in the transurethral resection of bladder tumors. *Acta Urol Belg* 63(3): 51-4, Sep, 1995.