



Dor no doente com dor neuropática

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Jorge Hernâni-Eusébio, Filipa Fontes, Rita Mendes*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor neuropática é a consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial, tanto nas vias centrais como periféricas. A dor neuropática inclui uma ampla variedade de síndromes de dor, sendo que indivíduos com dor neuropática apresentam, em geral, uma combinação de sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos incluem sintomas dolorosos e sensações anormais não dolorosas (e.g., parestesia, disestesia) enquanto que os sintomas negativos incluem perda da função sensorial na ou adjacente à área afetada geralmente em conjunto com outros déficits (e.g., motor, cognitivo) dependendo da localização da lesão.

Epidemiologia

Estima-se que a dor neuropática afete 7 a 8% da população geral e 20 a 25% dos indivíduos com dor crônica.

Apresentação clínica



História clínica

As dores neuropáticas são um enorme desafio diagnóstico devido às suas especificidades, particularmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Assim, o Médico de Família deve proceder a uma abordagem diagnóstica sistematizada e guiada pelos "3 L - Listen (ouvir o utente), Locate (localizar a lesão ou disfunção no sistema nervoso) and Look (verificar a existência de alterações sensoriais e reconhecimento de padrões)".

Quadro 1. História Clínica.

| | Características | Exemplos |
|--|--|--|
| Distribuição | A região dolorosa não se situa habitualmente no local da lesão nervosa, mas na zona da estrutura nervosa afetada. | Periférica – Nevralgia pós-herpética (dermatomo específico) Central – Esclerose Múltipla |
| Descritores verbais | Expressões usadas pelos utentes para descrever a Dor. A sensação de queimadura é muito sugestiva de dor neuropática, verificando-se em 90% dos casos. | <ul style="list-style-type: none"> • Ardor/calor/queimadura • Compressão/aperto • Dor lancinante/choque elétrico • Dormência • Formigueiro/picada • Frio doloroso |
| Causas possíveis | Metabólica, traumática, infecciosa, isquémica, hereditária, tóxica, imunológica, compressiva e idiopática. | <ul style="list-style-type: none"> • Metabólica – DM • Traumática – Cirurgia • Infecciosa – Pós-herpética • Isquémica – AVC • Tóxica – Quimioterapia • Imunológica – LES • Compressiva – Neoplasia |
| Intensidade da dor | Existem várias escalas unidimensionais para a sua quantificação. | Escalas visual analógica, numérica, qualitativa e de faces. |
| Avaliação temporal | Evolução da dor ao longo do tempo. | Quando começou? Tem variado com o tempo? |
| Manifestações associadas a dor | Permite entender como a dor afeta a qualidade de vida do utente, podendo ser alterações do sono, diminuição da capacidade funcional, fadiga, stress e/ou sintomas psicopatológicos. | Existem escalas para medir estas manifestações como: <ul style="list-style-type: none"> • Sono – Post-Sleep Inventory; • Capacidade funcional – Health Assessment Questionnaire; • Sintomas Psicopatológicos – Symptom Checklist-90-Revised |
| Escalas auxiliares de diagnóstico | Utilizam pontuação baseada em sintomas e dados de exame objetivo. Cerca de 10-20% dos utentes com dores neuropáticas não são identificados por estas escalas logo prevalece uma avaliação clínica cuidadosa. | <ul style="list-style-type: none"> • DN 4 (em anexo) • PainDETECT • LANSS • NPQ |

AVC: acidente vascular cerebral; DM: diabetes mellitus; DN4: Douleur Neuropathique 4 questions; LANSS: Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs; LES: Lúpus Eritematoso Sistémico; NPQ: Neuropathic Pain Questionnaire.

O exame objetivo realizado ao utente é essencial para que se possa estabelecer ou excluir um diagnóstico, provável ou definitivo, de dor neuropática.

Quadro 2. Diagnóstico de dor neuropática.

| Doente com História sugestiva de dor neuropática | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | Sinais sensoriais | Teste diagnóstico |
| Dor neuropática definitiva | + | + |
| Dor neuropática provável | - | + |
| | + | - |
| Dor neuropática não confirmada | - | - |

A avaliação do sistema somatossensorial, através de ferramentas de diagnóstico simples e acessíveis, permite a identificação de alterações do toque, vibração, frio, calor e de sensibilidade à dor. A alteração da relação entre um estímulo e a sensação percebida deve ser descrita quantitativa e qualitativamente (quadro 3) e avaliada através de testes sensoriais (quadro 4).



Quadro 3. Alterações sensoriais identificadas em pessoas com dor neuropática.

| | | | |
|--|-----------|-------------|--|
| Alterações sensoriais quantitativas | Negativas | Hipoestesia | Redução da sensibilidade ao estímulo táctil ou térmico |
| | | Hipoalgesia | Diminuição da resposta dolorosa a um estímulo doloroso |
| | Positivas | Hipoestesia | Aumento da sensibilidade ao estímulo táctil ou térmico |
| | | Hipoalgesia | Aumento da resposta dolorosa a um estímulo doloroso |
| Alterações sensoriais qualitativas | Positivas | Alodinia | <ul style="list-style-type: none"> • Dor provocada em resposta a estímulo não nociceptivo • Mecânica (estática ou dinâmica) • Térmica (frio ou calor) |
| | | Parestesia | Sensação anormal, espontânea ou evocada |
| | | Disestesia | Sensação desagradável, espontânea ou evocada |

Quadro 4. Testes sensoriais para avaliação de dor neuropática.

| Instrumentos de Avaliação | Teste sensorial | Queixas do Doente | Tipo de alteração sensorial |
|---|---|---|--|
| Dedos da mão | Leve pressão manual na pele | Diminuição/ aumento da sensibilidade ao estímulo táctil | Hipoestesia/ Hiperestesia ao tato (fibras A β) |
| | | Dor em resposta a estímulo | Alodinia mecânica estática (fibras A β) |
| Algodão, pincel, cotonetes | Pincelar a pele | Dor em resposta a estímulo | Alodinia mecânica dinâmica (fibras A β) |
| Filamento de <i>Von Frey</i> ou objeto pontiagudo rombo (palito, espátula lascada, "micado" ou similar) | Picar suavemente a pele | Diminuição/ aumento da resposta dolorosa ao estímulo doloroso | Hipoalgesia/ Hiperalgesia mecânica (fibras A δ) |
| Líquido de arrefecimento (acetona, éter) | Tocar a pele com líquido de arrefecimento (acetona, éter) | Diminuição/aumento da resposta dolorosa ao estímulo doloroso | Hiperalgesia/ Hipoalgesia térmica ao frio |
| Objetos quentes | Tocar a pele com objeto quente | Diminuição/aumento da resposta dolorosa ao estímulo doloroso | Hiperalgesia/ Hipoalgesia térmica ao calor |
| Objeto frio a 20°C (<i>termoroller</i>) | Tocar a pele com objeto frio a 20°C | Dor em resposta a estímulo | Alodinia térmica ao frio |
| Objeto frio a 40°C (<i>termoroller</i>) | Tocar a pele com objeto frio a 40°C | Dor em resposta a estímulo | Alodinia térmica ao calor (fibras C) |





Meios complementares de diagnóstico (MCDTs)

Alguns meios complementares de diagnóstico podem ser úteis na avaliação do utente com dor neuropática. A tomografia computadorizada ou a ressonância magnética são utilizadas na pesquisa de hérnias discais e outras causas de compressão nervosa, como tumores, malformações vasculares ou ósseas. A eletromiografia pode ter um papel relevante na deteção de lesões nervosas, através do registo de atividade elétrica nos músculos.



Red flags

A presença de sinais de alarme indicia a possibilidade de uma causa grave subjacente à dor neuropática, requerendo uma avaliação mais aprofundada:

- Suspeita de fratura:
 - Traumatismo major ou traumatismo minor em idosos ou utentes com osteoporose (fratura).
- Suspeita de infeção ou tumor:
 - Idade menor do que 20 anos ou maior do que 50 anos;
 - Antecedentes pessoais de doença neoplásica;
 - Sintomas constitucionais (febre, calafrios ou perda de peso);
 - Infeção bacteriana recente;
 - Uso de drogas endovenosas;
 - Imunossupressão ou agravamento da dor à noite ou com o decúbito dorsal.
- Suspeita de lesão neurológica:
 - Alterações sensitivas graves ou progressivas;
 - Fraqueza muscular;
 - Alteração da função esfinteriana vesical ou intestinal.

Tratamento

O diagnóstico adequado da dor neuropática e da sua causa subjacente é o principal fator predisponente a uma boa resposta ao tratamento.

Este inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. No que concerne aos fármacos, são habitualmente privilegiados os fármacos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes, anestésicos). As medidas não farmacológicas podem compreender mobilização, reabilitação e psicoterapia. Em casos selecionados, a neuromodulação pode ter um papel importante.

As tabelas 1 e 2 procuram resumir as principais opções farmacológicas disponíveis no tratamento da dor neuropática.



Tabela 1. Principais opções farmacológicas de primeira linha disponíveis para o tratamento da dor neuropática

| Primeira linha | | | | |
|----------------------|-----------------|--|---------------------|---------------------------|
| Classe farmacológica | Fármaco | Recomendação | Via | Dose máxima |
| Gabapentinóides | Gabapentina | Início lento, até 600 mg, três vezes/dia | Oral | 3600 mg/dia |
| | Pregabalina | Início com 150 mg, duas a três vezes/dia | Oral | 600 mg/dia |
| SNRI | Duloxetina | Início com 30 mg, uma vez/dia | Oral | 60 mg/dia |
| | Venlafaxina | Início com 37,5 mg, uma vez/dia | Oral | 225 mg/dia |
| Tricíclicos | Nortriptilina | Início com 10 a 25 mg, uma vez/dia ao deitar | Oral | 60 mg/dia |
| | Amitriptilina | Início com 10 a 25 mg, uma vez/dia ao deitar | Oral | 150 mg/dia |
| Anestésicos | Lidocaina a 5% | No local doloroso, aplicar durante 12 horas e retirar durante 12 horas | Creme ou Emplastro* | 3 emplastos em simultâneo |
| | Capsaicina a 8% | No local doloroso, aplicar durante 30 minutos (nos pés) ou 60 minutos (em outras localizações) | Emplastro | - |

SNRI – Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina

*Indicado para o alívio sintomático da dor neuropática associada a uma infeção prévia com herpes zoster (nevralgia pós-herpética, NPH), em adultos.

Tabela 2. Principais opções farmacológicas de segunda linha disponíveis para o tratamento da dor neuropática.

| Segunda linha | | |
|-----------------------|-----------------------------|--|
| Classe farmacológica | Fármaco | Recomendação |
| Terapêutica combinada | Gabapentinóide + Tricíclico | Apenas recomendada na ausência de efeitos adversos e se o alívio da dor for insuficiente em monoterapia |
| | Gabapentinóide + SNRI | Utilizar a dose mais baixa eficaz de ambos os fármacos |
| Opioides fracos | Tramadol | Início com 50 mg, por via oral, de formulação de libertação imediata. Utilizar duas a quatro vezes por dia, sempre que necessário, até à dose máxima de 400 mg/dia |

SNRI – Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina



Anexo

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA – DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

| | sim | não |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 – Queimadura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Sensação de frio doloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Choques eléctricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

| | sim | não |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 – Formigueiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Picadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 – Dormência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 – Comichão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

| | sim | não |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 – Hipoestesia ao tacto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 – Hipoestesia à picada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

| | sim | não |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 – Fricção leve (“brushing”) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação de responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD.

Reprodução autorizada pelo Professor Doutor Luís Filipe Azevedo e pelo Professor Doutor José Castro-Lopes.



Bibliografia

1. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol*. 2010;17(9):1113-e88.
2. Azevedo L, da Costa Pereira A, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, et al. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. 2008;6-56.
3. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol*. 2010;9(8):807-19.
4. Bates D, Schultheis BC, Hanes MC, Jolly SM, Chakravarthy KV, Deer TR, et al. A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain. *Pain Med*. 2019;20(Suppl 1):S2-s12.
5. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175(1-2):16-25.
6. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36.
7. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002.
8. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso. Circular Normativa nº43/ DGCG, 23/12/2011. atualizada a 13/07/2017. .
9. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560-71.
10. International Association for the study of Pain (IASP). Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain. 2010;XVIII(7).
11. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. 1994:210-3.



apmgf
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE MEDICINA GERAL
E FAMILIAR

