



# 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.

	<b>Características</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Distribuição</b>	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
<b>Descritores verbais</b>	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"> <li>• Ardor/calor/queimadura</li> <li>• Compressão/ aperto</li> <li>• Dor lancinante/ choque elétrico</li> <li>• Dormência</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formigueiro/picada</li> <li>• Frio doloroso</li> </ul>
<b>Causas possíveis</b>	Metabólica, traumática, infecciosa, isquémica, hereditária, tóxica, imunológica, compressiva e idiopática.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metabólica - DM</li> <li>• Traumática - Cirurgia</li> <li>• Infecciosa - Pós-herpética</li> <li>• Isquémica - AVC</li> <li>• Tóxica - Quimioterapia</li> <li>• Imunológica - LES</li> <li>• Compressiva - Neoplasia</li> </ul>
<b>Intensidade da dor</b>	Existem várias escalas unidimensionais para a sua quantificação.	Escalas visual analógica, numérica, qualitativa e de faces.
<b>Avaliação temporal</b>	Evolução da dor ao longo do tempo.	Quando começou? Tem variado com o tempo?
<b>Manifestações associadas a dor</b>	Permitem 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"> <li>• Sono - <i>Post-Sleep Inventory</i>;</li> <li>• Capacidade funcional - <i>Health Assessment Questionnaire</i>;</li> <li>• Sintomas Psicopatológicos - <i>Symptom Checklist-90-Revised</i></li> </ul>
<b>Escalas auxiliares de diagnóstico</b>	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"> <li>• DN 4 (em anexo)</li> <li>• PainDETECT</li> <li>• LANSS</li> <li>• NPQ</li> </ul>

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 <b>definitiva</b>	+	+
Dor neuropática <b>provável</b>	-	+
	+	-
Dor neuropática <b>não confirmada</b>	-	-

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.

<b>Alterações sensoriais quantitativas</b>	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
<b>Alterações sensoriais qualitativas</b>	Positivas	Alodinia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dor provocada em resposta a estímulo não nociceptivo</li><li>• Mecânica (estática ou dinâmica)</li><li>• Térmica (frio ou calor)</li></ul>
		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	<b>Hipoestesia/ Hiperestesia</b> ao tato (fibras A $\beta$ )
		Dor em resposta a estímulo	<b>Alodinia</b> mecânica estática (fibras A $\beta$ )
Algodão, pincel, cotonetes	Pincelar a pele	Dor em resposta a estímulo	<b>Alodinia</b> mecânica dinâmica (fibras A $\beta$ )
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	<b>Hipoalgesia/ Hiperalgesia</b> mecânica (fibras A $\delta$ )
Líquido de arrefecimento (acetona, éter)	Tocar a pele com líquido de arrefecimento (acetona, éter)	Diminuição/aumento da resposta dolorosa ao estímulo doloroso	<b>Hiperalgesia/ Hipoalgesia térmica ao frio</b>
Objetos quentes	Tocar a pele com objeto quente	Diminuição/aumento da resposta dolorosa ao estímulo doloroso	<b>Hiperalgesia/ Hipoalgesia térmica ao calor</b>
Objeto frio a 20°C ( <i>termoroller</i> )	Tocar a pele com objeto frio a 20°C	Dor em resposta a estímulo	<b>Alodinia térmica ao frio</b>
Objeto frio a 40°C ( <i>termoroller</i> )	Tocar a pele com objeto frio a 40°C	Dor em resposta a estímulo	<b>Alodinia térmica ao calor</b> (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	Lidocaína 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 recaptção da serotonina e noradrenalina

\*indicado para o alívio sintomático da dor neuropática associada a uma infecção 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 recaptção 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 da 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.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.