

Identificação da Dor Neuropática na Prática Clínica: Um Guia para os Clínicos

- Andreas C. Themistocleous, MBBCh, PhD, Nuffield Department of Clinical Neuroscience, University of Oxford, Oxford, UK.
- Annina Schmid, PhD, MManipTher, MMACP, Nuffield Department of Clinical Neuroscience, University of Oxford, Oxford, UK.
- Eva Sierra-Silvestre, PhD, Nuffield Department of Clinical Neuroscience, University of Oxford, Oxford, UK.
- Xavier Moisset, MD, PhD, Neuro-Dol, Inserm/Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France.
- Sandra Sif Gylfadottir, MD, PhD, Danish Pain Research Center, Department of Clinical Medicine, Aarhus University and Department of Neurology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark.
- Joel Fundaun, DPT, DPhil, Department of Anesthesiology, Perioperative, and Pain Medicine, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.
- Daniella M Menichella, MD, PhD, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, USA.

Importância do diagnóstico da dor neuropática

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor neuropática como dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial^[7]. Essa definição distingue a dor neuropática da dor nociceptiva decorrente de lesão tecidual ou inflamação. A identificação adequada da dor neuropática na prática clínica é essencial, pois influencia diretamente o diagnóstico, a seleção do tratamento, o prognóstico e a educação do paciente. A dor neuropática permanece sub-reconhecida ou classificada incorretamente, particularmente quando coexiste com dor nociceptiva^[3].

Abordagem para o diagnóstico

A identificação da dor neuropática baseia-se na integração cuidadosa da história do paciente e do exame físico, apoiada por investigações diagnósticas quando apropriado^[3]. O Grupo de Interesse Especial em Dor Neuropática da IASP (NeuPSIG) propôs um sistema de classificação para melhorar a clareza e a consistência diagnóstica^[4]. Esse sistema

aplica-se quando a história sugere dor decorrente de uma patologia neurológica, em vez de dano a tecidos não neurais. Ele integra características dos sintomas, plausibilidade neuroanatômica, achados do exame e testes confirmatórios. Como a maioria das diretrizes clínicas, esse modelo apresenta limitações, mas oferece uma abordagem útil para aumentar a certeza na identificação ou exclusão da dor neuropática. As diretrizes são elaboradas para orientar a prática clínica, e não para substituí-la, e suas recomendações devem ser interpretadas em conjunto com o julgamento clínico e o contexto individual do paciente.

Para alcançar o primeiro nível de certeza diagnóstica para a dor neuropática possível, dois critérios devem ser atendidos. Primeiro, deve haver uma história sugestiva de uma lesão ou doença relevante que afete o sistema nervoso somatossensorial. Isso pode incluir eventos claramente identificáveis, como herpes-zóster, lesão nervosa traumática ou lesão da medula espinhal, nos quais a dor se desenvolve imediatamente ou em semanas. Em contraste, condições como a polineuropatia diabética podem produzir dor apenas após um período prolongado de latência. Embora o intervalo entre o início da lesão e o surgimento da dor varie, uma relação temporal próxima, aumenta a probabilidade diagnóstica. Em algumas condições, a dor ou os sintomas sensoriais representam a única manifestação, como ocorre na neuralgia do trigêmeo.

Além do desenvolvimento temporal, as características dos sintomas devem ser consideradas. Sintomas característicos incluem dor em queimação, em choque, em pontada ou semelhante a descarga elétrica, frequentemente acompanhada por formigamento. Tanto a dor espontânea quanto fenômenos evocados podem ocorrer. Sintomas sensoriais positivos incluem parestesia/disestesia (sensação alterada não dolorosa/dolorosa, como formigamento) e alodinia (dor evocada por estímulos normalmente não dolorosos); sintomas negativos incluem dormência ou perda sensorial. A combinação de múltiplas características típicas aumenta a probabilidade diagnóstica. Instrumentos de rastreio como DN4^[2], painDETECT^[6] ou LANSS^[1] podem auxiliar na identificação, mas devem complementar, e não substituir, a avaliação clínica.

Segundo, a distribuição da dor deve ser neuroanatomicamente plausível (considerando variações nos dermatômos e disseminação extraterritorial) e consistente com o local suspeito da doença no sistema nervoso somatossensorial. A dor neuropática geralmente segue distribuições reconhecidas. Exemplos incluem dor irradiada que segue aproximadamente distribuições do dermatomo na radiculopatia dolorosa, territórios de nervos periféricos em neuropatias focais, distribuição em “luva e bota” na polineuropatia, ou padrões centrais após acidente vascular cerebral ou lesão medular^[5]. A dor fora dos limites neuroanatômicos reconhecíveis reduz a probabilidade diagnóstica de dor neuropática, embora apresentações atípicas possam ocorrer.

O próximo nível de certeza, dor neuropática provável, requer um exame neurológico direcionado que demonstre alterações sensoriais dentro de uma distribuição plausível. A comparação da área dolorosa com uma área de referência não dolorosa pode revelar perda sensorial ao toque leve, picada, vibração ou temperatura. Fenômenos de ganho sensorial, incluindo alodinia ou hiperalgesia, também podem ocorrer. Sinais motores ou autonômicos podem acompanhar os achados sensoriais, dependendo da localização da lesão.

A interpretação requer contexto clínico. Algumas condições de dor neuropática são episódicas, e alterações sensoriais podem não ser detectáveis no momento da avaliação. A sensibilização central também pode ampliar a hiperalgesia ou a alodinia para além do local da lesão, reduzindo a especificidade anatômica. Embora sinais sensoriais positivos, como a hiperalgesia, sejam menos preditivos de dor neuropática, ainda podem representar as principais características sensoriais em determinadas condições neuropáticas. Em contraste, achados sensoriais em condições não neuropáticas, sejam positivos ou negativos, geralmente não apresentam distribuição neuroanatômica consistente nem reprodutibilidade.

O exame sensorial apresenta limitações. Os clínicos não conseguem avaliar de forma confiável a função sensorial somática profunda ou visceral; portanto, a certeza além de “dor neuropática possível” raramente é alcançada nessas condições. Ainda assim, alterações sensoriais reprodutíveis dentro de uma distribuição neuroanatômica plausível fornecem forte suporte para dor neuropática provável.

O nível final de certeza, dor neuropática definitiva, requer evidência diagnóstica confirmatória. Exemplos incluem: testes de condução nervosa que demonstram lentificação focal na síndrome do túnel do carpo; biópsia de pele mostrando redução da densidade de fibras nervosas intraepidérmicas na neuropatia de fibras finas; ou ressonância magnética evidenciando lesões desmielinizantes na esclerose múltipla. Não é necessário realizar exames extensos em todos os casos. Em vez disso, a investigação deve seguir o raciocínio clínico e considerar se os achados provavelmente influenciarão o manejo. Em contextos com recursos limitados, os clínicos podem não ter acesso a exames diagnósticos, e o diagnóstico de dor neuropática provável geralmente é suficiente para iniciar o tratamento.

Diferentes causas de dor crônica podem coexistir

A dor neuropática frequentemente ocorre juntamente com a dor nociceptiva, resultando em apresentações de dor mista. Exemplos comuns incluem dor lombar com dor neuropática no membro inferior como na radiculopatia dolorosa e dor relacionada ao câncer, que também pode causar dor neuropática devido à compressão ou infiltração nervosa. Nessas situações, múltiplos mecanismos de dor podem contribuir para o quadro geral de sintomas, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar para o manejo ideal.

Conclusão

A identificação da dor neuropática na prática clínica requer uma avaliação cuidadosa da história da dor, dos sintomas sensoriais, dos achados provenientes do exame neurológico e das evidências de patologia que afete o sistema nervoso somatossensorial. A aplicação de princípios diagnósticos estabelecidos e critérios de classificação auxilia na diferenciação entre dor neuropática e não neuropática, no reconhecimento de apresentações de dor mista e na seleção de estratégias terapêuticas apropriadas. A dor neuropática não deve ser vista como um diagnóstico binário, mas sim como um espectro de certeza diagnóstica, refletindo a complexidade e a incerteza inerentes à avaliação clínica da dor. A identificação

aprimorada da dor neuropática contribui, em última análise, para melhores desfechos dos pacientes e para um uso mais eficiente dos recursos de saúde.

Recurso complementar

Um vídeo complementar está disponível para reforçar os princípios-chave da identificação da dor neuropática e ilustrar a abordagem de classificação do NeuPSIG na prática clínica: https://www.youtube.com/watch?v=mVxA_8U4ekE

Declarações de Conflito de Interesses

ACT é apoiado por uma bolsa *Clinician Scientist Fellowship* do MRC (MR/Z504075/1) e é membro do consórcio PAINSTORM, financiado pelo MRC/Versus Arthritis, que faz parte da *Advanced Pain Discovery Platform* (MR/W002388/1).

ABS é apoiado por uma bolsa *Clinical Career Development Fellowship* da Wellcome Trust (222101/Z/20/Z).

ESS é apoiado pela Wellcome Trust [222101/Z/20/Z].

JS é apoiado pelo National Institute on Drug Abuse do NIH, sob a concessão (T32DA035165).

DMM é apoiado pelo NIH R01 NS104295-01 e NIH R01 AR077691-01.

Referências

1. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001;92(1-2):147-157.
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. 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.
3. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, Freeman R, Truini A, Attal N, Finnerup NB, Eccleston C, Kalso E, Bennett DL, Dworkin RH, Raja SN. Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers* 2017;3(1):17002.
4. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, Cruccu G, Freeman R, Hansson P, Nurmikko T, Raja SN, Rice ASC, Serra J, Smith BH, Treede R-D, Jensen TS. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016;157(8):1599-1606.
5. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiol Rev* 2021;101(1):259-301.

6. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22(10):1911-1920.
7. Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice ASC, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011;152(10):2204-2205.

Translated into Portuguese by:

Daiane Lazzeri de Medeiros, PhD, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, Brazil
Felipe J J Reis, PhD, Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil