

VAMOS
FALAR
SOBRE
DOR?



EBOOK CLÍNICO

Diagnóstico das Síndromes Dolorosas



Dr. Felipe Chiodini - Medicina da dor



@vamosfalarsobredor

www.drfelipechiodini.com.br

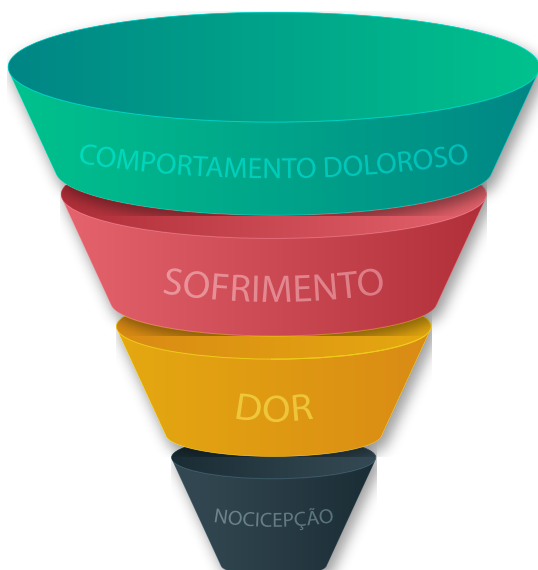
SOBRE ESTE E-BOOK

O Conceito de dor segundo a IASP

(Associação Internacional para o Estudo da Dor) é:

Dor é uma sensação ou experiência funcional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

Esse conceito mostra que a **dor é algo subjetivo**, variável de acordo com o paciente. Não é limitado somente aos processos neurais envolvidos, mas é altamente **dependente de aspectos psicológicos, mentais, sociais e até culturais das pessoas.**



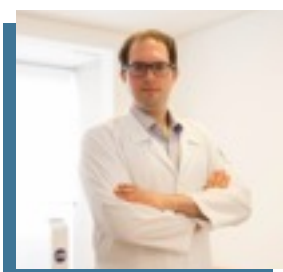
É comum notar que pessoas inseridas em culturas diferentes tendem a **perceber a dor de forma diferente.**

Da mesma forma, alguém que não está em seu melhor momento psicológico ou mental também pode ter uma alteração em seus **relatos de dor.**

Essa subjetividade é descrita como “**Comportamento Doloroso**” e é o que normalmente percebemos durante uma consulta em que o paciente relata Dor como um de seus sintomas.

O objetivo deste e-book

é discutir algumas ferramentas que podem ajudar no processo de diagnóstico diferencial entre as principais síndromes dolorosas, para se chegar a um melhor diagnóstico sindrômico de cada tipo de dor e implementar o melhor tratamento para cada caso.



Dr. Felipe Chiodini

Residência em Anestesiologia e Pós graduação em dor pela USP. Doutorado em Ciências pela USP.

CAPÍTULOS



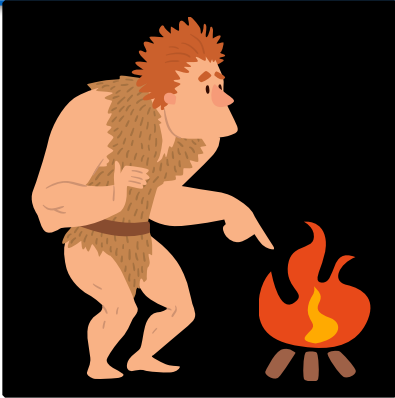
Dor Aguda x Dor crônica	4
Síndromes dolorosas	6
Dor Neuropática	7
Dor Nociceptiva	10
Dor Nociplástica	11
Dor Mista	12
O Diagnóstico guia o tratamento	13
Resumo	15
Referências	17

Dor aguda x Dor Crônica

A primeira classificação que se deve fazer frente a um paciente com quadro doloroso é observar os aspectos relacionados à **temporalidade** e **sintomas** de **cronificação**, classificando sua dor em **aguda** ou **crônica**.

É um processo que pode até parecer óbvio, porém inicia o raciocínio diagnóstico e pode ser **a chave para entender alguns dos sintomas dolorosos. O mais clássico é se separar dor aguda e dor crônica por “duração da dor”.**

MECANISMO EVOLUTIVO



Atualmente acredita-se na medicina que a **dor aguda** tem uma **função protetora biológica**.

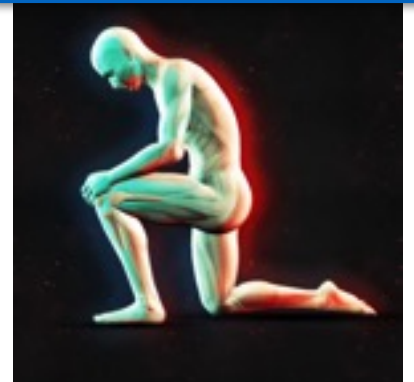
O fato de termos a capacidade de **sentir dor** faz com que nos afastemos de certos estímulos que podem ser nocivos ao nosso corpo e foi muito importante durante o **desenvolvimento da nossa espécie**.

É pelo fato de termos a capacidade de sentir dor que procuramos evitar estímulos como cortes, queimaduras, esmagamentos e etc...

Algumas pessoas com insensibilidade a dor por problemas genéticos podem ter inclusive menor expectativa de vida, mesmo nos dias de hoje.

No caso da dor crônica, a maioria das literaturas não vê uma **função protetora biológica** óbvia como na dor aguda.

SEM FUNÇÃO PROTETORA



Dor crônica então seria aquela que se mantém por **mais de 3 meses** (ou mais de 2 meses em casos de dor pós-operatória); enquanto a **dor aguda** seria a que não atinge tais critérios de tempo.

No entanto a tendência mais atual é não se fixar um período determinado de tempo, mas sim dizer que a dor crônica é aquela que estende para além do período esperado para a resolução da lesão. **Nesses casos pode nem haver dano tecidual mantendo a dor crônica, apenas mecanismos de sensibilização.**

Dor aguda x Dor Crônica

A dor crônica então pressupõe um organismo sensibilizado.

Pacientes com dor crônica podem ser classicamente identificados por sintomas de **hiperalgesia** (estímulo normalmente doloroso causando uma dor além da habitual) e **alodinia** (estímulo não doloroso causando dor, como o tato).

Tais sintomas são típicos de **sensibilização central**, um conceito bastante presente na dor crônica.

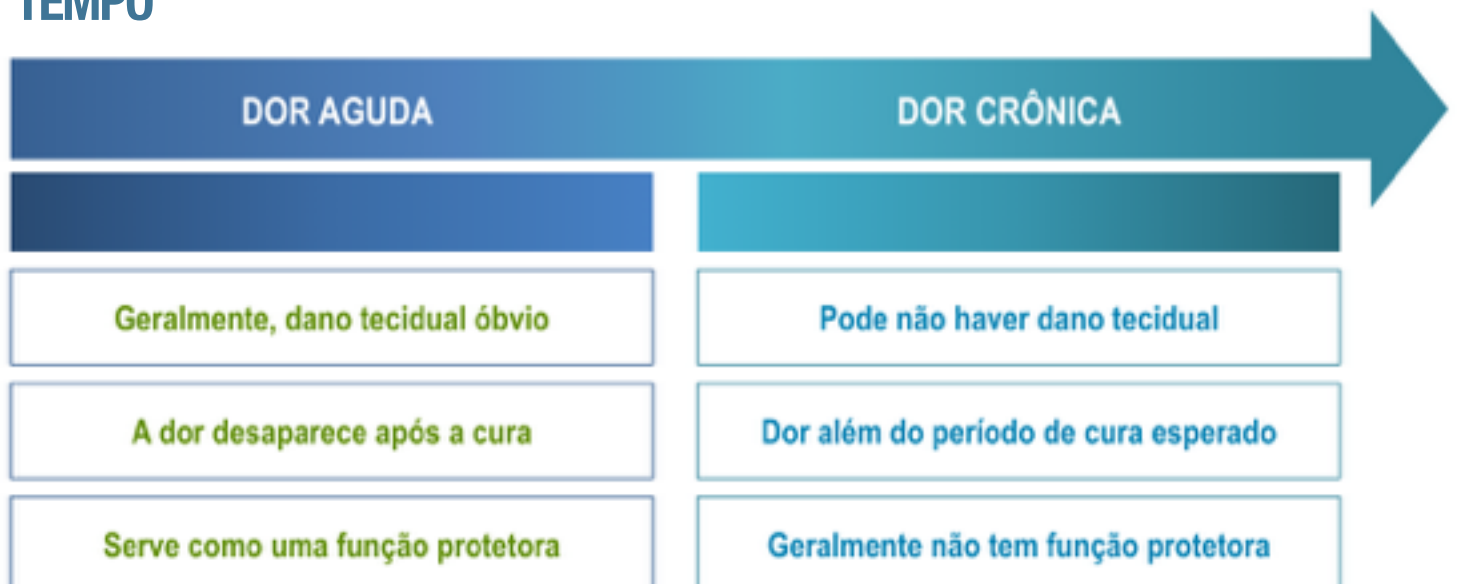
A sensibilização central pode ser gerada por estímulos dolorosos intensos e/ou persistentes, além de lesão neuronal.

Os principais mecanismos moleculares envolvidos na sensibilização central são **ativação de receptores de NMDA, desinibições neuronais e recrutamentos de células da glia para sua gênese e manutenção.**

Tal estado pode ser clinicamente manifestado por hiperalgesia e alodinia, sintomas típicos de dor crônica.



TEMPO



Síndromes dolorosas

Além da classificação de uma **dor em Aguda ou Crônica** é possível classificá-la em uma das **grandes síndromes dolorosas**:

NEUROPÁTICA

NOCICEPTIVA

NOCIPLÁSTICA

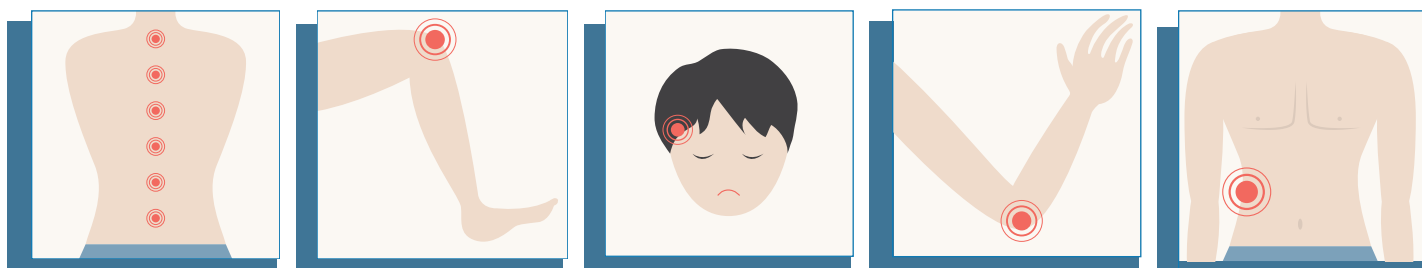
MISTA

Tal classificação é bastante importante por ajudar a **guiar o tratamento**, que é distinto a depender de em qual categoria melhor se encaixam os sintomas de cada paciente.

É importante ressaltar que a classificação por síndromes dolorosas é independente da classificação de temporalidade mostrada anteriormente.

Assim, é possível que uma **dor crônica** seja mais **neuropática** (p.ex. neuropatia diabética) ou **nociceptiva** (p.ex. dor miofascial crônica).

Também é possível que uma **dor aguda** seja mais **neuropática** (p.ex. a dor intensa e fugaz que ocorre após mobilizarmos uma perna que ficou na mesma posição por muito tempo) ou **nociceptiva** (p.ex. a maioria das dores pós-operatórias).



Dor neuropática

Segundo conceito atual, a dor neuropática é aquela que ocorre por **lesão** ou doença do **sistema nervoso**, seja ele **central** ou **periférico**.

Assim, são dores que ocorrem por lesão neural com substrato anatômico identificável ou suspeito.

Mesmo tendo várias síndromes com apresentações diferentes, em geral é possível que sejam identificados sintomas que são comuns à maioria das dores neuropáticas.

Atualmente o **diagnóstico da dor neuropática é clínico**, ou seja, após história e exame físico o médico já deve suspeitar do diagnóstico de dor neuropática.

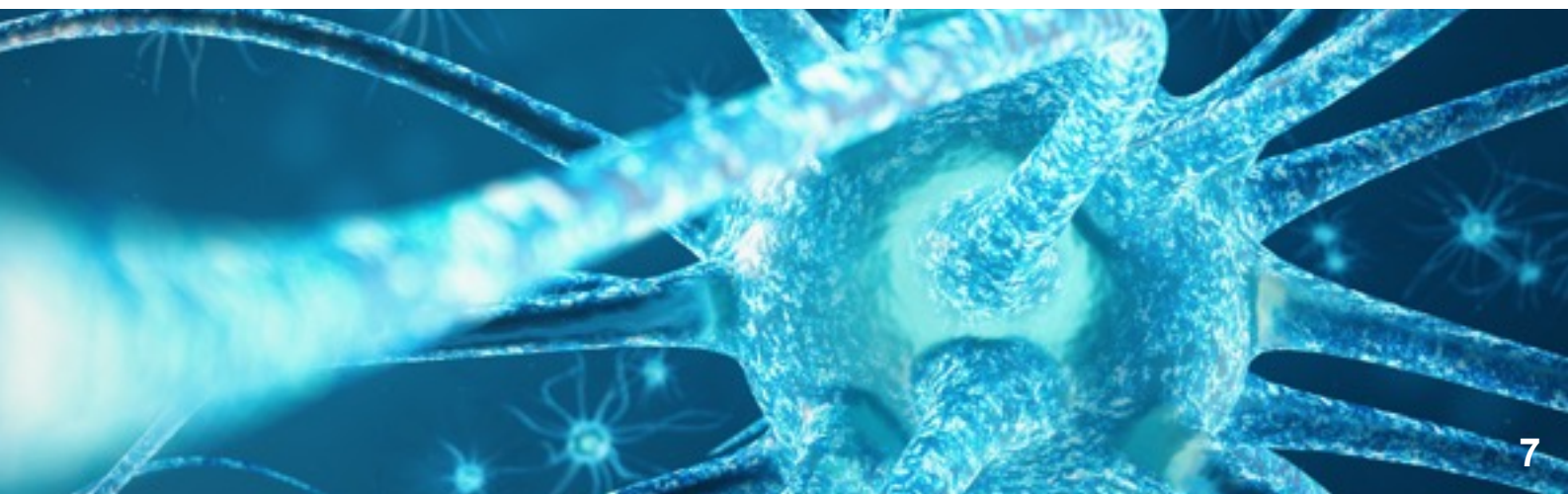
Os **exames complementares** tem sua utilidade e devem ser solicitados também para identificar o local de lesão ou doença do sistema nervoso que já foi suspeitado durante a anamnese.

Várias escalas com sinais e sintomas foram validadas para auxiliar no diagnóstico de dor neuropática.

A mais versátil das escalas talvez seja o DN4 (próxima página), validada no Brasil para uso em dores neuropáticas Centrais e Periféricas (embora outras sejam validadas para um ou outro tipo de dor neuropática).

Ela é composta por 10 itens: 7 de história e 3 de exame físico.

Se respondido **Sim a 4 ou mais dos critérios** desta escala, existe uma alta chance que os sintomas dolorosos do paciente tenham **características neuropáticas** (com sensibilidade de 83% e especificidade de 90%)



Questionário para diagnóstico de dor neuropática - DN4

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

Entrevista do paciente

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
1. Queimação		
2. Sensação de frio dolorosa		
3. Choque elétrico		

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

	SIM	NÃO
4. Formigamento		
5. Agulhada e alfinetada		
6. Adormecimento		
7. Coceira		

Exame do paciente

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

	SIM	NÃO
8. Hipoestesia ao toque		
9. Hipoestesia a picada de agulha		

Questão 4: Na área dolorosa a dor pode ser causada ou aumentada por:

	SIM	NÃO
10. Escovação		

ESCORE

0 - Para cada item negativo

1 - Para cada item positivo

Dor neuropática: Escore total a partir de 4/10

() Dor nociceptiva

() Dor neuropática

Dor neuropática

Apesar de várias escalas diferentes terem sido propostas, é comum a utilização de 4 conceitos que são pilares para o possível diagnóstico de dor neuropática:

Descritores de dor:

As dores neuropáticas são tipicamente descritas como “choque elétrico”, “queimação”, “formigamento”, “frio doloroso”, “alfinetadas ou agulhadas”. No entanto, de todos os critérios, este parece ser o menos específico. Sem dúvida uma dor descrita como “choque” ou “queimação” tem maior chance de ser de natureza neuropática do que uma dor “em aperto”. No entanto tais descritores não devem ser tomados como patognomônicos de dor neuropática. Um bom exemplo é a dor miofascial, que também pode ser descrita como “queimação”, apesar de ser de natureza mais nociceptiva.

Histórico que indique lesão ou doença neural:

Epidemiologicamente, a minoria das dores tem seu principal componente neuropático. No entanto alguns aspectos que podem estar relacionados a lesão neural e são relatados pelo paciente em sua história podem aumentar essa probabilidade. É o caso, por exemplo, de antecedente de diabetes, herpes-zoster, trauma local, entre outros.

Plausibilidade neurológica na distribuição de sintomas:

A dor neuropática em geral tem sua irradiação do ponto de lesão neural para distal, em trajeto compatível com aquele nervo ou grupamento neural lesionado. Assim, lesões que respeitem locais de inervação específicos (centrais ou periféricos) tem maior chance de ter um componente neuropático associado, quando comparadas a lesões que tem seu território de irradiação não compatível com um trajeto de inervação neuronal.

Outras perdas neuronais:

Quando se suspeita que o paciente tem lesão ou doença neuronal o suficiente para causar dor neuropática, é bem provável que este também tenha alguma outra alteração de funções neuronais. Assim, pacientes com dor neuropática podem experimentar sensibilidade alterada com quadros clínicos variáveis como parestesias, anestésias, hipoestésias, hiperesésias, hiperpatias. Também se o nervo lesionado tiver um componente motor o paciente pode experimentar perdas motoras ou alterações de reflexo, também em território compatível com a inervação do nervo lesionado.

Dor Nociceptiva

O conceito mais atual de dor nociceptiva é: dor que resulta de lesão ou ameaça de lesão a tecidos não-neurais e é causada pela ativação de nociceptores.

Tal definição dá à dor nociceptiva uma amplitude de tecidos diferente da dor neuropática. São consideradas dores nociceptivas os **sintomas provenientes de lesões ou ameaça de lesão em pele, subcutâneo, tendões, músculos, ossos, articulações e vísceras.**

Assim sendo, é bastante difícil a padronização de sintomas para dor nociceptiva da mesma forma como são padronizados para dor neuropática.

Nas atuais diretrizes de diagnóstico, **se há evidência de lesão ou ameaça de lesão tecidual e a dor do paciente não tem características neuropáticas** (como demonstrado acima), **esta deve ser nociceptiva.**

Assim, a dor nociceptiva em geral tem outros descritores de dor (embora este seja o parâmetro mais inespecífico para o diagnóstico), **não tem histórico de lesão tecidual, irradia em um trajeto não compatível com inervação neural e não tem outras perdas neuronais associadas aos seus sintomas.**

Cada **síndrome nociceptiva** tem ainda suas características de dor próprias e um estudo mais aprofundado de cada uma delas pode sensibilizar melhor os critérios diagnósticos.



Dor Nociplástica

O conceito mais recente de dor nociplástica é: “Dor por alteração de nocicepção sem evidência de dano tecidual real ou potencial causando a ativação dos nociceptores e sem evidência de lesão do sistema somatossensorial como causa da dor”.

Isto quer dizer que dor nociplástica é aquela em que o paciente não tem lesão compatível com sua dor, ou seja, que não é neuropática nem nociceptiva. Sua dor ocorre principalmente por hipersensibilização sensorial.

Os mecanismos das dores nociplásticas ainda são bastante discutidos em pesquisas. Esse tipo de dor já teve vários outros nomes, dentre os mais recentes podem-se citar “dor disfuncional”, “dor por hipersensibilidade de sensorio”, ou ainda “dor do tipo fibromiálgica”.

Realmente a fibromialgia é atualmente o principal representante das síndromes nociplásticas. No entanto outras doenças podem também ser classificadas como nociplásticas, tais como: Síndrome de Dor Complexa Regional, algumas dores pélvicas crônicas, dores faciais atípicas e dores crônicas pós-operatórias.



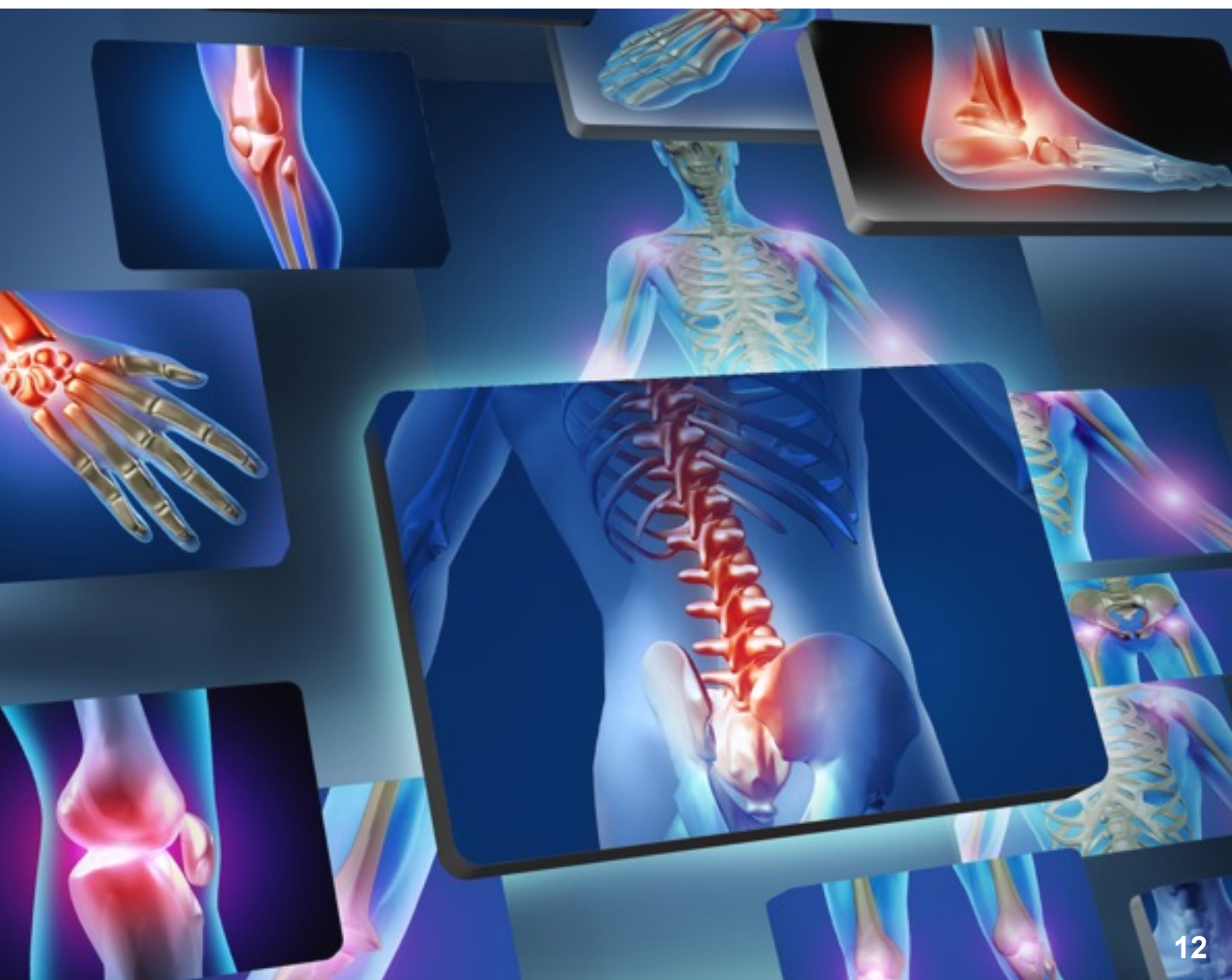
Dor Mista

Dor mista é aquela em que coexistem **dois ou mais mecanismos de lesão ou ameaça de lesão**.

Assim, a dor mista pode ter componentes **neuropáticos** e **nociceptivos** somados.

Pode também ter mais de um componente **neuropático** ou mais de um componente **nociceptivo**, também configurando dor de **características mistas**.

Existe discussão atualmente se pacientes com **dor nociplástica** podem ter **dor considerada mista**, já que em seu conceito a **dor nociplástica** pressupõe ausência de lesão ou lesão não-compatível com o quadro clínico.



O Diagnóstico guia o Tratamento

O diagnóstico do subtipo de síndrome dolorosa para cada situação é importante pois guia a **decisão terapêutica**.

Para dores **neuropáticas** o tratamento comumente envolve vitaminas, gabapentinóides (gabapentina ou pregabalina) e antidepressivos antes do uso de opioides, principalmente em doses mais altas.

Outros fármacos com evidência para dores classificadas como **neuropáticas** ainda podem ser bloqueadores de NMDA, alfa-2 agonistas, outros anticonvulsivantes (bloqueadores de canais de Na⁺), toxina botulínica e fármacos de ação tópica.

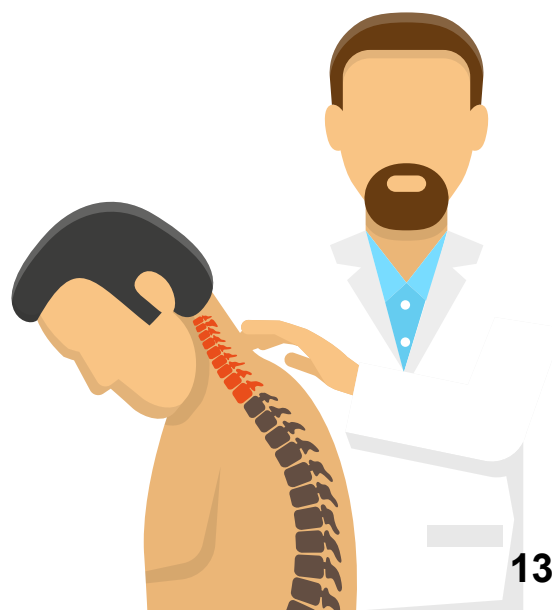
Eventuais **bloqueios analgésicos** em dores neuropáticas podem ser feitos em alguns casos proximais a nervos lesionados, com posterior neuromodulação.

Para dores **nociceptivas** atualmente se extrapola o uso da escada analgésica da OMS, descrita na década de 80 para tratamento de dor oncológica, porém atualmente utilizada para várias síndromes dolorosas.

No entanto a analgesia nas **dores nociceptivas** não se limita a analgésicos simples, anti-inflamatórios e opioides, podendo ser usados outros adjuvantes analgésicos para objetivos específicos.

Outros adjuvantes podem ser indicados na **dor nociceptiva** para redução do consumo de opioides (principal fármaco associado a efeitos adversos físicos e psíquicos), redução da sensibilização central em casos de dor crônica, ou ainda em casos de evidências específicas para cada síndrome nociceptiva.

Eventuais bloqueios analgésicos para **dores nociceptivas** podem incluir injeções no próprio tecido lesionado fonte da dor ou em sua inervação, com várias técnicas analgésicas diferentes atualmente descritas.



O Diagnóstico guia o Tratamento

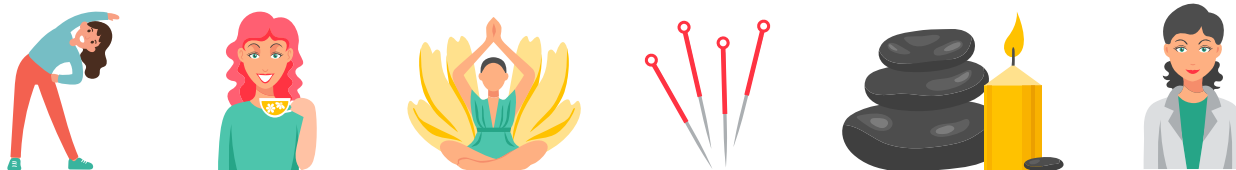
O tratamento das dores nociplásticas deve ser voltado para a **hipersensibilização**.

Por isso, os fármacos mais utilizados são **anticonvulsivantes, antidepressivos e alguns neurolépticos**.

Nestes pacientes em geral **evita-se o uso de opioide**, dada a ausência de lesão identificável e potencial de transtorno por abuso de substâncias.

Também para esse tipo de dor em geral há evidência significativa de **métodos não farmacológicos**, que são importantes em todas as síndromes, porém para **dores nociplásticas** por vezes estão entre as **primeiras linhas de tratamento**.

É o caso de **exercício físico, dietas individualizadas, perda de peso, psicoterapia, acupuntura, técnicas de relaxamento e meditação**.

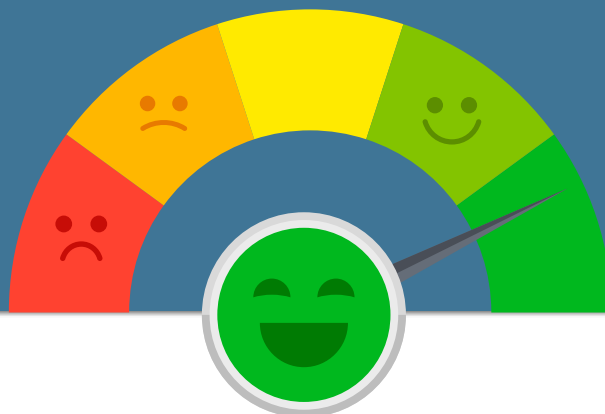


Em **dores mistas** podem ser tratados **todos os componentes simultaneamente** ou abordados os **componentes de dor mais preponderantes em cada visita médica**, com titulação mais lenta e paulatina dos analgésicos oferecidos.

É comum também o uso de analgésicos por um período de tempo, com melhora de um componente da dor mista, e em seguida feito ajuste analgésico para melhora de outros componentes ainda pouco abordados em outras consultas.



Resumindo



No dia a dia é comum encontrar pacientes com queixas de dor bastante variadas.

O diagnóstico diferencial em síndromes dolorosas é importante para guiar o tratamento de forma individualizada para cada caso e obter a maior taxa de sucesso com o diagnóstico o mais preciso possível.

Os conceitos diagnósticos de Dor Aguda e Crônica, em conjunto com os conceitos de Dor Neuropática, Nociceptiva, Nociplástica e Mista, **devem sempre permear a consulta do paciente com dor.**

DOR NEUROPÁTICA

Descritores (inespecíficos)

Histórico de lesão ou doença neural

Sintomas com distribuição em trajeto neurológico

Com disfunções neurológicas

DOR NOCICEPTIVA

Descritores (inespecíficos)

Histórico de componente nociceptivo

Pode ter dor irradiada, mas não respeita trajeto neural

Sem outras alterações neurológicas

DOR NOCIPLÁSTICA

Dor sem lesão compatível

Diagnóstico de excessão



OBRIGADO POR CHEGAREM ATÉ AQUI!

A avaliação da dor sempre foi um desafio.

Não é fácil traduzir em um número ou limitar a algumas palavras toda a percepção dolorosa de um paciente, justamente porque ela não é objetiva e envolve muito mais do que simples impulsos nervosos.

Mesmo com a falta de objetividade natural da Dor, há ferramentas diagnósticas clínicas que podem auxiliar no diagnóstico diferencial de cada síndrome dolorosa e levar a um melhor resultado terapêutico para os pacientes.

Obrigado pela oportunidade de compartilhar conhecimento. Qualquer dúvida, não deixem de me acionar.

Dr. Felipe Chiodini
www.felipechiodini.com.br



Siga minhas redes sociais para conteúdos diários sobre dor:



@vamosfalarsobredor



VAMOS
FALAR
SOBRE
DOR?

Obrigado!



Dr. Felipe Chiodini - Medicina da dor



@vamosfalarsobredor

www.drfelipechiodini.com.br