

A watercolor illustration of a person's silhouette, rendered in dark purple and black. The figure is positioned on the right side of the frame, facing left. The background is composed of soft, blended washes of red, pink, and light blue, creating a dreamlike and ethereal atmosphere. The overall composition is centered around the text.

CONHEÇA A DOR NEUROPÁTICA

Um Guia Prático para Entender,
Avaliar e Tratar
a Dor Neuropática



Comitê de Desenvolvimento

Mario H. Cardiel, MD, MSc

Reumatologista

Morelia, México

Jianhao Lin, MD

Ortopedista

Pequim, China

Jose Antonio San Juan, MD

Cirurgião Ortopedista

Cidade de Cebu, Filipinas

Andrei Danilov, MD, DSc

Neurologista

Moscou, Rússia

Supranee Niruthisard, MD

Especialista em Dor

Bangkok, Tailândia

Ammar Salti, MD

Consultor Anestesista

Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos

Smail Daoudi, MD

Neurologista

Tizi Ouzou, Argélia

Germán Ochoa, MD

Ortopedista

Bogotá, Colômbia

Xinping Tian, MD

Reumatologista

Pequim, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD

Anestesiologista

São Luis, Brasil

Milton Raff, MD, BSc

Consultor Anestesista

Cidade do Cabo, África do Sul

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD

Neurologista, Neurocientista e Especialista em Dor

Ancara, Turquia

Yuzhou Guan, MD

Neurologista

Pequim, China

Raymond L. Rosales, MD, PhD

Neurologista

Manila, Filipinas

Este programa foi patrocinado pela Pfizer Inc.



Objetivos de Aprendizagem

- Após concluir este módulo, os participantes conseguirão:
 - Explicar a patofisiologia da dor neuropática
 - Discutir a prevalência da dor crônica neuropática
 - Aplicar uma técnica simples de diagnóstico para o diagnóstico da dor neuropática
 - Entender o impacto da dor neuropática e suas comorbidades nas capacidades funcionais e na qualidade de vida do paciente
 - Selecionar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da dor neuropática
 - Saber quando encaminhar pacientes a especialistas

PERGUNTAS FREQUENTES





Perguntas Frequentes: Índice

- Como a dor neuropática pode ser identificada?
- Qual o melhor tratamento não farmacológico para a dor neuropática?
- Qual a forma mais efetiva de aliviar os sintomas da alodinia?
- Por que os NSAIDs não são efetivos na dor neuropática?
- E quanto à cirurgia para dor neuropática?
- Quando e por que a terapia de combinação deve ser usada para a dor neuropática?
- Como as medicações para dor neuropática devem ser tituladas?
- Você consegue usar os ligantes $\alpha 2\delta$ com CCBs?
- Consegue interromper os ligantes $\alpha 2\delta$ de forma abrupta?

Como a dor neuropática pode ser identificada?

Esteja alerta para os descritores verbais comuns da dor neuropática:



Queimação



Formigamento



Agulhadas



Similar a choque elétrico



Dormência

Ferramentas de Exame da Dor Neuropática

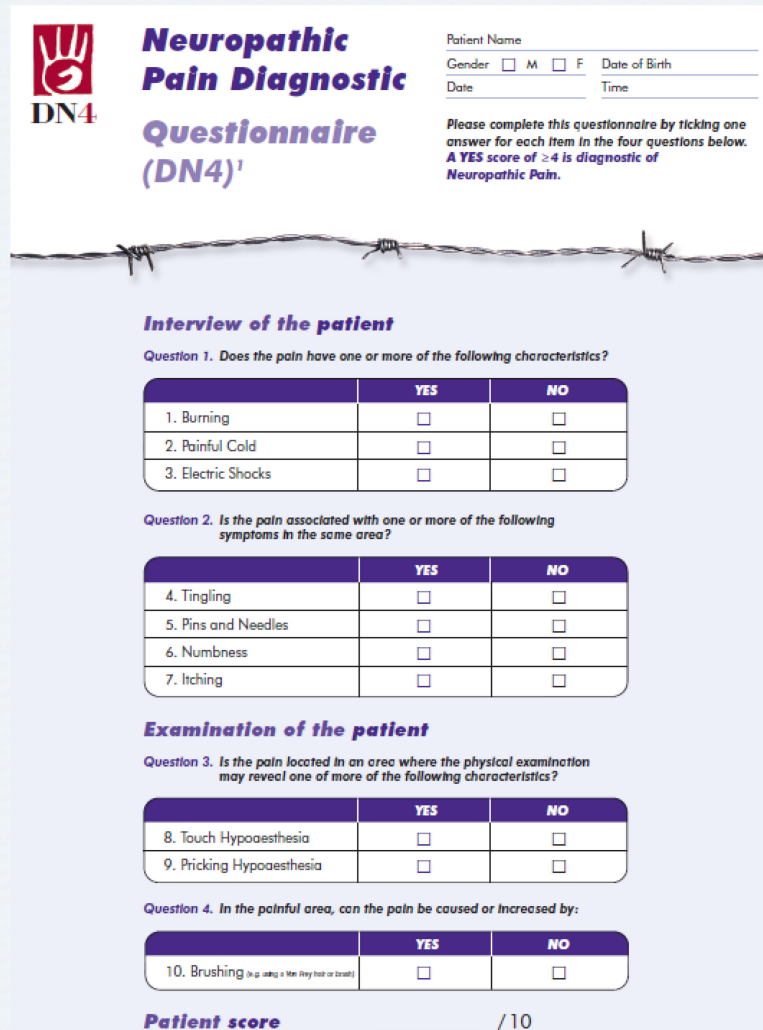
	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID Pain
<i>Sintomas</i>					
Comichão, formigamento, pontadas	X	X	X	X	X
Choques elétricos	X				
Calor ou queimação	X				
Dormência					
Dor provocada por toque leve	X		X	X	X
Dor por toque					
<i>Exame físico</i>					
Alodinia por escovação	X	X			
Aumento do limiar ao toque suave					
Limiar de dor como pontadas	X				

As ferramentas de exame da dor neuropática dependem amplamente dos descritores verbais da dor

Selecione a(s) ferramenta(a) com base na **facilidade de uso** e na **validação no idioma local**

Algumas ferramentas de exame também incluem testes físicos

DN4



Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire (DN4)

DN4

Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire (DN4)

Gender M F Date of Birth _____
Date _____ Time _____

Please complete this questionnaire by ticking one answer for each item in the four questions below. A YES score of ≥ 4 is diagnostic of Neuropathic Pain.

Interview of the patient

Question 1. Does the pain have one or more of the following characteristics?

	YES	NO
1. Burning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Painful Cold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Electric Shocks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2. Is the pain associated with one or more of the following symptoms in the same area?

	YES	NO
4. Tingling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pins and Needles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Itching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examination of the patient

Question 3. Is the pain located in an area where the physical examination may reveal one or more of the following characteristics?

	YES	NO
8. Touch Hypoaesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pricking Hypoaesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4. In the painful area, can the pain be caused or increased by:

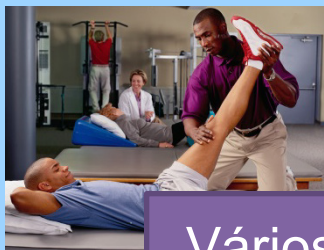
	YES	NO
10. Brushing (e.g. using a comb, hair brush or comb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient score _____ / 10

- Preenchido pelo médico no consultório
- Diferencia dor neuropática da dor nociceptiva
- 2 perguntas sobre dor (7 itens)
- 2 testes de sensibilidade cutânea (3 itens)
- Pontuação ≥ 4 é um indicativo de dor neuropática
- Validado

Qual o melhor tratamento não farmacológico para a dor neuropática?

Fisioterapia¹



Psicoterapia/CBT^{6,7}



Vários tratamentos não farmacológicos estão disponíveis para a dor neuropática e podem ser discutidos com os pacientes. Os tratamentos devem ser selecionados com base na segurança presumida, no interesse e na disponibilidade do paciente.

tratamento
gico são
s diretrizes,
modalidade é
ada
nte¹⁻⁵

Terapias alternativas e curas espirituais¹⁻⁴



Educação do paciente¹



CBT = terapia comportamental cognitiva; TENS = estimulação nervosa elétrica transcutânea

1. Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25; 2. Bril V et al. *Neurology* 2011; 76(20):1758-65; 3. Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70; 4. Pittler MH, Ernst E. *Clin J Pain* 2008; 24(8):731-35; 5. Dubinsky RM et al. *Neurology* 2004; 63(6):959-65; 6. Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002; 7. Morley S. *Pain* 2011; 152(3 Suppl):S99-106.



Evidências de Terapias não Farmacológicas na Dor Neuropática

- As terapias estudadas incluem:
- Evidências limitadas da maioria das

A eficácia das vitaminas B na redução da dor neuropática crônica não foi estabelecida

- ímãs
- Suplementos nutricionais
- Imagística
- Cura espiritual

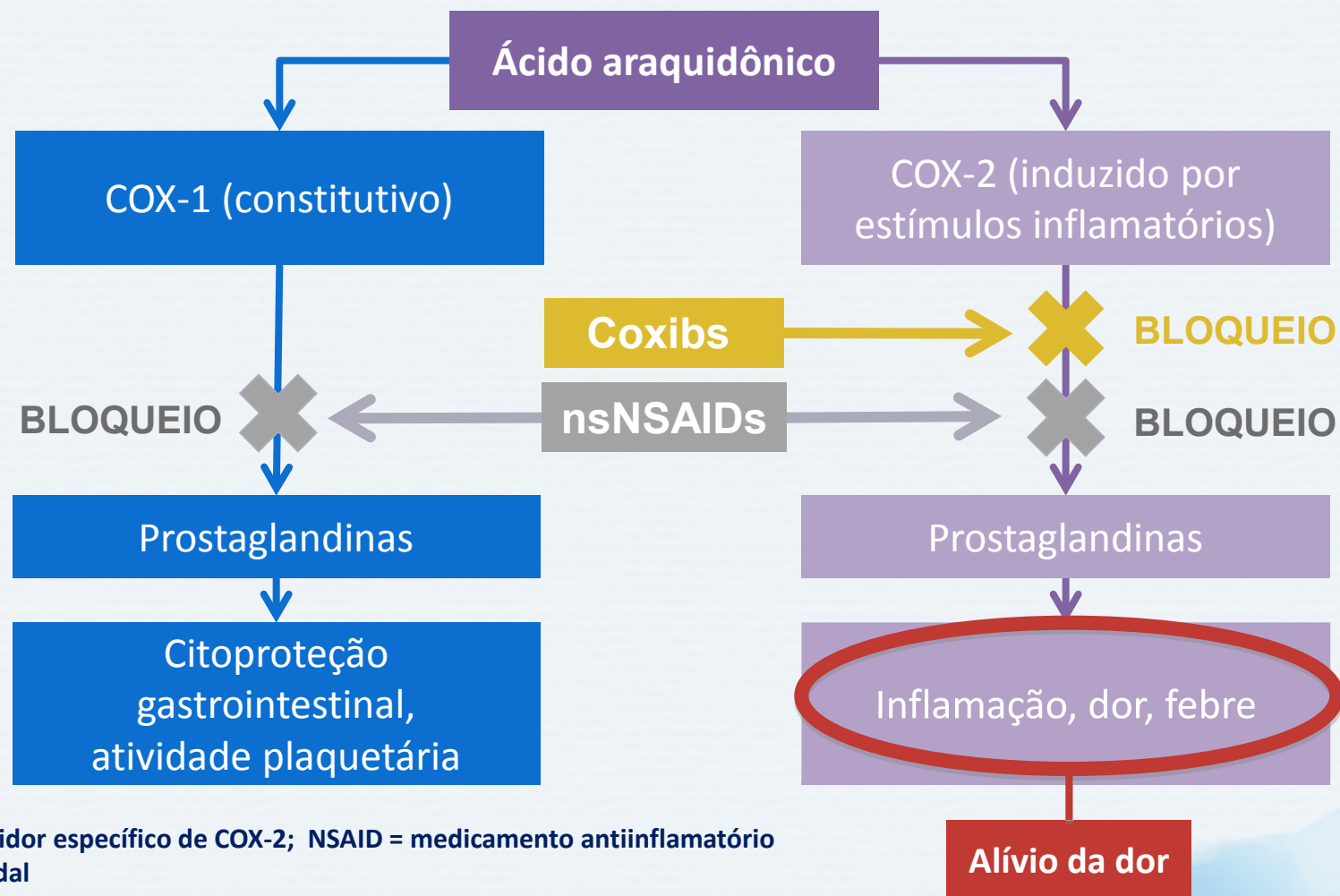
- asseguram novos estudos para:
- Extrato de cannabis
 - Carnitina
 - Eletroestimulação
 - ímãs

Qual a forma mais efetiva de aliviar os sintomas da alodinia?

Seleção do medicamento de acordo com a apresentação clínica

Medicações		Apresentação Clínica da Dor Neuropática				
		Queimação	Lancinante	Hiperalgisia	Alodinia	Parestesia, Disestesia
TCA	Amitriptilina	++	+/-	++	++	+
SNRI	Venlafaxina	+	+/-	+	+	+/-
	Duloxetina	++	+/-	++	+	+/-
Bloqueadores do canal Na ⁺ :	Carbamazepina	+/-	++	+	+	+
	Oxcarbazepina	+/-	++	+	+	+
Ligantes do canal Ca ²⁺ α _{2δ}	Gabapentina	++	+/-	++	++	+
	Pregabalina	++	+/-	++	++	+
Opioides:	Tramadol	+	+/-	+	+	+
	Morfina	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

Por que os NSAIDs não são efetivos na dor neuropática?



Coxib = inibidor específico de COX-2; NSAID = medicamento antiinflamatório não esteroideal

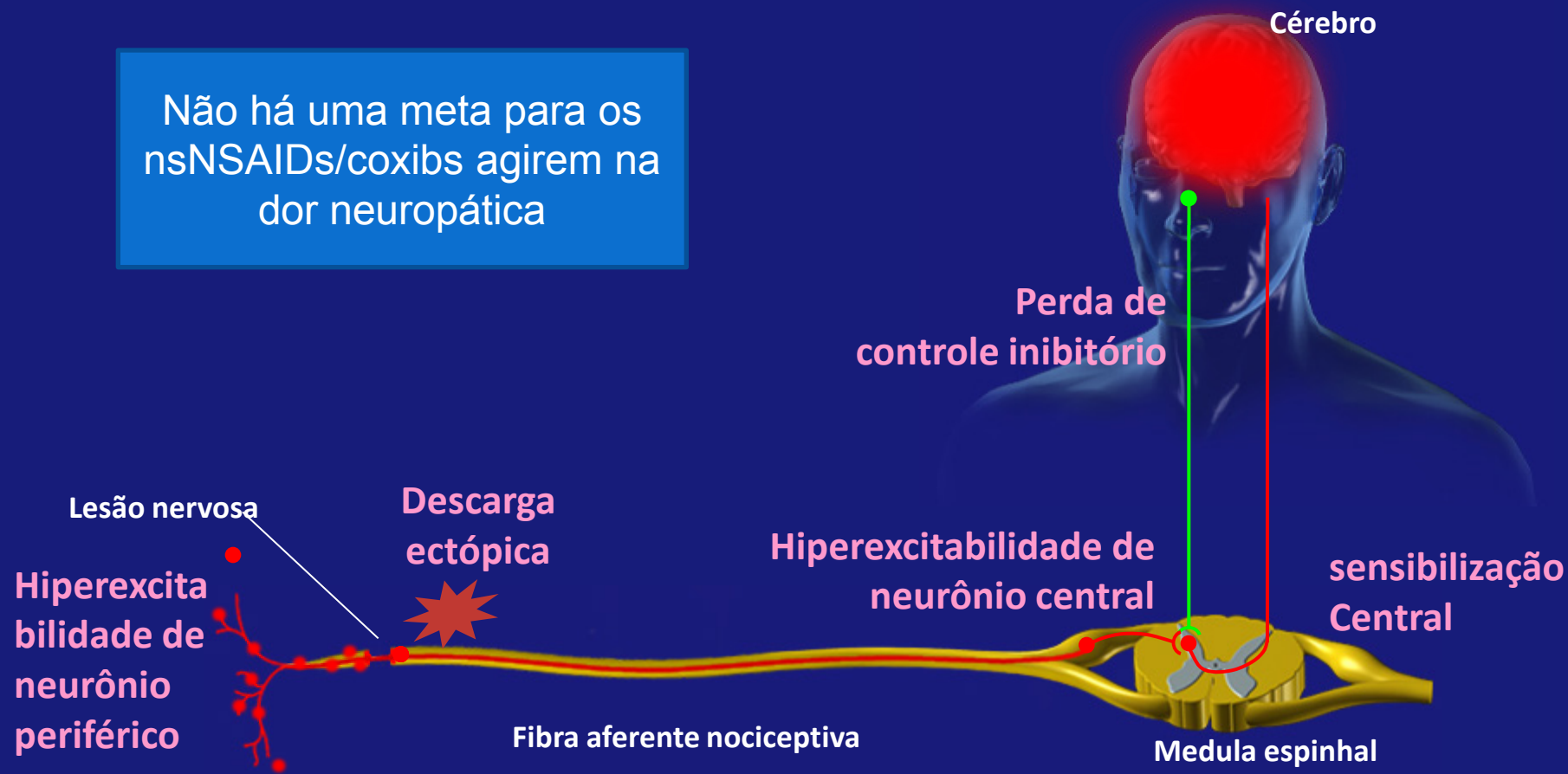
nsNSAID = medicamento antiinflamatório não esteroideal não específico

Gastrosource. *Non-steroidal Anti-inflammatory Drug (NSAID)-Associated Upper Gastrointestinal Side-Effects*. Available at: <http://www.gastrosource.com/11674565?itemId=11674565>.

Acessado em: December 4, 2010; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

Mecanismos de Dor Neuropática

Não há uma meta para os nsNSAIDs/coxibs agirem na dor neuropática





E a Cirurgia para Dor Neuropática?

- Cirurgia pode ser útil apenas em casos bem selecionados:
 - Casos refratários de neuralgia trigeminal
 - Estimulação da medula espinhal em pacientes com síndrome de falha de cirurgia nas costas e síndrome de dor regional complexa resistente ao tratamento
- A neuroestimulação pode ser útil nos casos de dor neuropática refratária, embora os resultados pareçam ser variáveis
- Cirurgia geralmente não é recomendada para radiculopatia

Quando Terapia de Combinação Deve Der Usada para a Dor Neuropática?

ETAPA 1

Inicie o tratamento com um ou mais tratamento de **primeira linha**:

- Ligantes $\alpha_2\delta$ (gabapentina, pregabalina)
- SNRIs (duloxetina, milnacipran)
- TCAs* (nortriptilina, desipramina)
- Lidocaína tópica (para dor periférica localizada)

ETAPA 2

- Se houver alívio parcial da dor, acrescentar outra medicação de primeira linha
- Se houver alívio da dor inexistente ou inadequado, trocar para outra medicação de primeira linha

ETAPA 3

Se as medicações de primeira linha isoladas e em combinação falharem, considere medicações de **segunda linha** (opioides, tramadol) ou medicações de **terceira linha** (bupropiona, citalopram, paroxetina, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, ácido valproico, capsaicina tópica, dextrometorfano, memantina, mexiletina) ou encaminhe a um especialista em dor

*Use TCAs aminos terciário como amitriptilina apenas se TCAs aminos secundários não estiverem disponíveis.

Observação: há suporte insuficiente para o uso de nsNSAIDs na dor neuropática

nsNSAID = medicamento antiinflamatório não esteroideal não específico; SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

Como as Medicacões para Dor Neuropática Devem ser Tituladas?

Medicacão	Dose Inicial	Titulacão	Dose máx.	Duracão do estudo
Ligantes $\alpha_2\delta$				
Gabapentina	100–300 mg antes de dormir ou 3x/dia	↑ e 100–300 mg 3x/dia a cada 1–7 dias	3600 mg/dia	3–8 semanas + 2 semanas na dose máx.
Pregabalina	50 mg 3x/dia ou 75 mg 2x/dia	↑ para 300 mg/dia após 3–7 dias, depois 150 mg/dia a cada 3–7 dias	600 mg/dia	4 semanas
SNRIs				
Duloxetina	30 mg 1x/dia	↑ para 60 mg qd após 1 semana	60 mg 2x/dia	4 semanas
Venlafaxina	37,5 mg 1x/dia	↑ de 75 mg a cada semana	225 mg/dia	4–6 semanas
TCAs (desipramina, nortriptilina)	25 mg antes de dormir	↑ de 25 mg/dia a cada 3–7 dias	150 mg/dia	6–8 semanas, com ≥ 2 semanas na dose máx. tolerada
Lidocaína tópica	Máx. 3 5% adesivos por 12 h máx.	Nenhuma necessária	Máx. 3 patches/dia for 12–18 h máx.	3 semanas

SNRI = inibidor da recaptacão de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14.



Você pode usar ligantes $\alpha_2\delta$ com CCBs?

- Sim!
 - Diferente de CCBs, os ligantes $\alpha_2\delta$ não bloqueiam totalmente o canal de cálcio, resultando em praticamente nenhuma alteração na pressão sanguínea sistêmica ou em alterações no fluxo sanguíneo coronário



Você pode interromper os ligantes $\alpha_2\delta$ de forma abrupta?

Não!

- As medicações devem ser reduzidas gradualmente durante **pelo menos** uma semana
- A descontinuação abrupta pode resultar em efeitos adversos, como insônia, náusea, cefaleia e diarreia