

# Avaliação da dor em Portadores de Dor Neuropática

---

Miriam Martelete \*

Por ser um sintoma, a dor neuropática deve ser inicialmente avaliada como tal, definindo-se

- Localização
- Extensão
- Intensidade
- Duração
- Caráter
- Fatores de exacerbação e alívio

De acordo com a **intensidade** a dor neuropática pode ser desde fraca ou moderada , como certas neuropatias pós herpéticas, a excruciante como em certas dores de origem central.

De acordo com a **duração**, a dor pode ser episódica, intermitente, paroxística, com duração de poucos segundos, como na neuralgia do trigêmeo, ou contínua, como a dor de desaferentação.

A dor neuropática costuma ser de **localização** bem definida , o que facilita a identificação da estrutura comprometida. Assim, poderemos ter uma dor com localização em bota ou luva, característica das neuropatias periféricas; localizada no trajeto de um nervo, como é o caso da neuralgia de Morton; de localização radicular, como é o caso das neuropatias pós-herpéticas; localizada em hemicorpo, como é o caso de dores de origem central.

Porém há situações bizarras, como é o caso das dores resultantes das Síndromes Complexas Regionais que, embora atinjam extremidades, não tem localização bem definida; certas dores centrais, que são projetadas, como é o caso da dor pós-amputação.

A **extensão** costuma ser bem definida, limitada ao território comprometido, como é o caso da dor ciática. Já nas neuropatias periféricas, embora a extensão seja momentaneamente bem

---

\* Prof<sup>a</sup>. Titular do Dept<sup>o</sup> de Cirurgia da Faculdade de Medicina – UFRS  
Chefe do Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre

definida, esta aumenta com o agravamento da doença, como se vê nas neuropatias alcoólicas.

O **caráter** da dor pode ser bem variado, principalmente quando associado a disestesias. Assim temos a clássica dor de dente, a dor em queimação as dores em fisgadas, em choque e outras. Em uma mesma neuropatia, podem ser percebidos mais de um tipo de dor.

Vários são os **fatores de exacerbação e alívio** porém, como regra geral, as dores neuropáticas se exacerbam à noite e com o estresse.

A dor neuropática pode ser ainda espontânea ou evocada. A dor evocada é chamada de **alodinia** quando desencadeada por estímulo normalmente não doloroso (como o toque suave, por exemplo). Convém ressaltar que este tipo de dor não é patognomônico da dor neuropática, podendo ocorrer em outras situações, como em certas lesões da pele ou em artrites. Quando a dor é evocada por estímulo doloroso, porém percebida em intensidade desproporcionalmente elevada, é chamada de **hiperalgesia**. Quando há uma reação dolorosa anormal como resposta a estímulo repetitivo, chama-se **hiperpatia**. As dores neuropáticas são freqüentemente acompanhadas de manifestações sensoriais anormais<sup>3</sup>, que podem ser espontâneas ou evocadas, como as disestesias e as parestesias...

Como a dor é parte do sistema somatosensorio, sua avaliação deve ser acompanhada da avaliação das anormalidades sensoriais restritas ao território de inervação comprometido. Estas podem incluir hipo ou hiperestesia, perda da sensibilidade discriminativa ao frio e calor, assim como alterações espaço-temporais. Convém aqui ressaltar que a hipoestesia é duas vezes mais freqüente que a hiperestesia nesses pacientes.

As modalidades somatosensoriais mais comumente examinadas na dor neuropática são: além da própria dor, o toque, a temperatura e a vibração. Um pincel de Von Frey, uma agulha e dois tubos, um contendo água quente e outro, gelada são instrumentos indispensáveis à boa avaliação do paciente com dor neuropática. A dor evocada pode ser assim examinada:

1. A somação temporal ao estímulo da picada, com uma força constante e velocidade de 2 Hz por 60s ou até que a dor se torne insuportável. Dor evocada superior a 3 na escala análogo-visual (EAV), é considerada anormal.
2. Se uma gota de acetona aplicada na pele evoca dor superior a 3 na EAV, é considerada alodinia ao frio.
2. Alodinia provocada por escovação aplicada à pele por 60 s, quando surge dor de intensidades superior a 3 na EAV.

Alodinia evocada pela escovação é mais freqüente na dor neuropática. No entanto, nem a alodinia ao frio, picada ou estímulo repetitivo pode separar dor neuropática periférica de central.

Para evitar-se uma avaliação caótica, uma hipótese diagnóstica deve orientar esta avaliação. Os resultados dessa avaliação podem ser suficientes para estabelecimento do diagnóstico.

Além disso, não podemos esquecer que os nervos periféricos costumam ser mistos. Portanto, a avaliação da sensibilidade deve ser acompanhada de avaliação funções motora e neurovegetativa.

#### Anormalidades sensoriais na dor neuropática

Quantitativa	Qualitativa	Espacial	Temporal
Hipoestesia	Alodinia	Radiação	Latência
Hiperestesia	Disestesia	Deslocamento	Retardo
Hipoalgesia	Parestesia		Anormal
Hiperalgesia			

Convém ressaltar que nenhum sintoma ou sinal é específico de dor neuropática. No entanto os descritores mais freqüentemente usados pelos pacientes com dor neuropática são: choque elétrico, queimação, frio, picada, *tingling* e prurido.<sup>6</sup>

Como foi previamente afirmado por Besson e Chaouch<sup>4</sup> o estabelecimento de uma divisão nociceptivo/neuropática da dor crônica é uma supersimplificação de um processo complexo.

### Referências Bibliográficas

1. Hansson PT – Neuropathic pain: definition, epidemiology, classification, and diagnostic work-up. Pain 2005 – An Updated Review: Refresher Course Syllabus. IASP Press, Seattle pp 91-95.
2. Belgrade MJ – Following the clues to neuropathic pain. Postgrad Med, 1999;106:127-140.
3. Rasmussen PV, Soren HS, Jensen TS, Bach FW – Symptoms and signs in patients with suspected neuropathic pain. Pain 2004; 110: 461-469.
4. Besson JM, Chaouch A – Peripheral and spinal mechanisms of nociception. Physiol Rev 1987; 67: 67-186.
5. Bennett M – The LANSS pain scale: The Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Pain, 2001; 92: 147-157.
6. Masson EA, Hunt L, Gem JM, Boulton AJ – A novel approach to the diagnosis and assessment of symptomatic diabetic neuropathy. Pain, 1989; 38: 25-28.

