



Dor Neuropática Central

Dor Neuropática

Dor neuropática (vide ficha técnica sobre “O que É Dor Neuropática?”) pode resultar de lesão nervosa ou de doença que afete o sistema nervoso periférico ou central.

Definição

- A dor neuropática central é causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo central.
- Dor central pós AVE pode ocorrer após acidente vascular encefálico. Outras causas comuns de dor neuropática central incluem lesão da medula espinhal (inclusive siringomielia), esclerose múltipla e lesão cerebral traumática.

Características Clínicas

- A dor central pode ser espontânea ou evocada por estímulo e pode envolver alodínia mecânica dinâmica e alodínia a frio. A dor pode ser descrita em termos como queimação, agulhada, tiro, repuxa e frio doloroso.
- Parestesia e disestesia são comuns (por ex., sensações de formigamento, alfinetes e agulhas, frio e aperto).
- A distribuição da dor pode variar de uma pequena área para grandes áreas, abrangendo metade do tronco em AVE ou o tronco inferior em lesão da medula espinhal. Em pacientes com infarto medular lateral, a dor pode envolver um lado da face e o lado contralateral do tronco ou membros, e dor periorbital é comum. Em lesão da medula espinhal, a dor neuropática é classificada como dor “no nível”, que é a dor sentida em um padrão segmentar no nível da lesão, e dor “abaixo do nível”, que é a dor sentida abaixo do nível da lesão. A dor na esclerose múltipla tem uma distribuição compatível com uma lesão cerebral ou espinhal.
- A dor central se localiza em áreas com anomalias sensitivas compatíveis com lesão do sistema nervoso central.
- A dor central pode ocorrer imediatamente no início da doença ou pode surgir após vários meses.
- Exame clínico ao pé do leito costuma revelar sensação alterada de picada de agulha, sensação diminuída ou aumentada ao toque e ao frio e aumento dos reflexos dos tendões profundos.

Epidemiologia

- A dor central ocorre em aproximadamente 8% dos pacientes com AVE, 25% dos pacientes com esclerose múltipla e 40-50% dos pacientes com lesão da medula espinhal.
- Hipersensibilidade sensorial precoce parece prever o desenvolvimento de dor central. Pouco se sabe sobre outros possíveis fatores de risco.

Impacto

- A dor neuropática central está associada a sofrimento emocional e qualidade de vida mais baixa relacionada à saúde e afeta a reabilitação, o humor, o sono e o convívio social.

Patogênese

- Sensibilização central e descargas constantes nas vias da dor central contribuem para o desenvolvimento de dor central.
- Atividade espontânea que ocorre no corno dorsal e em outros neurônios centrais, vias polissinápticas desinibidas e vias do trato espinotalâmico sensibilizadas são substratos possíveis para a dor central. Além disso, mudanças em áreas supraespinhais, como o tálamo, o córtex cingulado anterior e os córtices pré-frontais podem estar envolvidas na geração, amplificação, ou modificação da dor neuropática central.

Tratamento

- O tratamento inclui drogas antiepiléticas (por ex., gabapentina ou pregabalina), antidepressivos (por ex., amitriptilina, imipramina ou duloxetina), e outras drogas. Medidas não farmacológicas incluem terapia cognitivo-comportamental, hipnose e terapias neuroestimulantes.



Referências

1. Bryce TN, Biering-Sørensen F, Finnerup NB, Cardenas DD, Defrin R, Lundeberg T, Norrbrink C, Richards JS, Siddall P, Stripling T, Treede RD, Waxman SG, Widerström-Noga E, Yezierski RP, Dijkers M. International spinal cord injury pain classification: Part I. Background and description. *Spinal Cord* 2012;50:413–7.
2. Klit H, Finnerup NB, Jensen TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol* 2009;8:857–68.
3. Osterberg A, Boivie J. Central pain in multiple sclerosis: sensory abnormalities. *Eur J Pain* 2010;14:104–10.