



GLOBAL YEAR AGAINST NEUROPATHIC PAIN

International Association for the Study of Pain
2014-2015

As polineuropatias dolorosas

Definições

- A neuropatia periférica é uma doença ou um estado degenerativo dos nervos periféricos que pode afetar fibras nervosas motoras, sensitivas ou autonómicas.
- A polineuropatia é uma doença generalizada, hereditária ou adquirida, aproximadamente simétrica, que afeta os nervos periféricos. É a forma mais comum de neuropatia periférica.
- A neuropatia de pequenas fibras é um subtipo de neuropatia sensorial, o qual afeta exclusiva ou predominantemente fibras de diâmetro reduzido (A δ) e fibras não mielinizadas (C).
- A dor neuropática é definida como dor que surge como uma consequência direta de uma lesão ou de doenças que afetam o sistema somatossensorial (cf. a ficha informativa «O que é a dor neuropática?»).

Epidemiologia

- Das causas identificáveis, a diabetes é a causa mais frequente da polineuropatia dolorosa.
- Estima-se que a diabetes afete 8,5% da população na Europa e que a polineuropatia sensório-motora diabética ocorra em 10 a 54% dos pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2. Um terço dos pacientes com polineuropatia sensório-motora diabética sofre de dor neuropática.
- No caso da maioria dos pacientes com idade superior a 50 anos, não é possível identificar uma causa específica para a polineuropatia dolorosa. Estima-se a presença de dor neuropática em 65 a 80% das polineuropatias idiopáticas.

Impacto

- A neuropatia diabética dolorosa tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida física e mental, em comparação com a neuropatia diabética não dolorosa.

Características clínicas

- O quadro clínico característico das neuropatias dolorosas é uma combinação de sintomas negativos (perda de sensação, hipoestesia, hipoalgesia) e sintomas sensoriais positivos (dor espontânea, dor evocada, hiperalgesia).
- A dor obedece a uma distribuição distal clássica em «luva e meia».
- A polineuropatia sensório-motora distal e a neuropatia de pequenas fibras são os subtipos mais frequentes de neuropatia diabética dolorosa. Outros subtipos incluem a neuropatia radicular lombo-sagrada diabética, a mononeuropatia e a mononeurite múltipla, todas elas assimétricas. A neuropatia induzida pelo tratamento caracteriza-se por dor intensa de início agudo e disfunção autonómica após o início do tratamento com insulina ou fármacos hipoglicemiantes orais.
- Os pacientes com neuropatia de pequenas fibras podem apresentar uma série de sintomas autonómicos, incluindo aumento ou diminuição anormal da sudorese, alterações transitórias da temperatura e cor da pele nas extremidades distais, secura dos olhos e boca e impotência.
- O prurido pode ser uma manifestação da neuropatia de pequenas fibras.
- No exame clínico, em geral, os pacientes com neuropatias de grandes fibras dolorosas apresentam ausência ou diminuição dos reflexos tendinosos profundos. Na neuropatia de pequenas fibras, os reflexos tendinosos profundos costumam ser normais ou ligeiramente reduzidos e, na maioria dos pacientes, observa-se diminuição da sensação nos testes térmico e de *pinprick*.
- A ganglionopatia de pequenas fibras não dependente do comprimento encontra-se descrita. Nesta, verifica-se um envolvimento precoce do rosto, do tronco ou dos membros proximais e os pacientes queixam-se de dor ardente, dor tipo pontada ou alodinia. Esta doença poderá estar relacionada com causas metabólicas ou imunológicas.

Causas da polineuropatia dolorosa

- Doenças hereditárias: neuropatia sensorial (e autonómica) hereditária (em particular, do tipo 1), polineuropatia amilóide familiar (polineuropatia amilóide familiar da transtiretina), doença de Fabry, doença de Tangier, porfiria
- Causas metabólicas e nutricionais: diabetes, má nutrição e deficiência de vitaminas, uremia
- Doenças imunomediadas: síndrome de Guillain-Barré, neuropatia desmielinizante inflamatória crónica (NDIC), neuropatia sensório-motora desmielinizante multifocal adquirida (síndrome de Lewis-Sumner), vasculites sistémicas (por exemplo, poliarterite nodosa e granulomatose com poliangite), vasculite isolada do sistema nervoso periférico, neuropatias em doenças sistémicas do tecido conjuntivo (síndrome de Sjogren, lúpus eritematoso sistémico), sarcoidose, doença celíaca, doenças inflamatórias intestinais
- Infecções: VIH, lepra, herpes-zóster, borreliose (doença de Lyme), hepatite C
- Disglobulinemias: amiloidose sistémica primária, crioglobulinemia, macroglobulinemia, mieloma
- Causas relacionadas com neoplasia: infiltração direta pelo tumor de neuropatia sensorial
- Causas tóxicas: álcool, metais, fármacos (por exemplo, derivados de platina, bortezomib, vincristina, paclitaxel, talidomida, linezolida, metronidazol, zalcitabina, estavudina)

Tratamento

- Deve procurar-se sempre identificar a causa específica da polineuropatia dolorosa. Em alguns casos, o tratamento da causa subjacente poderá também aliviar a dor.
- Os analgésicos de primeira linha incluem antidepressivos tricíclicos, gabapentina, pregabalina e inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (duloxetina e venlafaxina). A aplicação de um adesivo tópico de lidocaína ou um adesivo de capsaicina em adultos não diabéticos pode ser o tratamento de escolha na dor neuropática localizada.
- Os medicamentos de segunda linha incluem tramadol e outros opióides.
- As avaliações sistemáticas das terapias combinadas são limitadas, mas a terapia combinada personalizada poderá ser considerada em caso de efeito insuficiente de um fármaco isolado.
- Recorde-se que a maioria dos ensaios aleatórios controlados publicados sobre a polineuropatia dolorosa foi realizada em pacientes com diabetes e que há menos dados científicos sobre a eficácia destes fármacos sobre outras formas específicas de polineuropatia dolorosa.
- É extremamente importante uma abordagem multidisciplinar à gestão da dor, dado que apenas 20 a 35% dos pacientes com polineuropatia dolorosa registam uma redução da dor superior a 50% com os fármacos disponíveis.

Referências

1. Brix Finnerup N, Hein Sindrup S, Staehelin Jensen T. Management of painful neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2013;115:279-90.
2. Ginsberg L. Chapter 42. Specific painful neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2006;81:635-52.
3. Peltier A, Goutman SA, Callaghan BC. Painful diabetic neuropathy. *BMJ* 2014;348:g1799.
4. Sommer C, Lauria G. Chapter 41. Painful small-fiber neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2006;81:621-633.
5. Trivedi JR, Silvestri NJ, Wolfe GI. Treatment of painful peripheral neuropathy. *Neurol Clin* 2013; 31:377-403.