



---

## Dor pós-amputação

### Dor neuropática

A dor neuropática (cf. a ficha informativa «O que é a dor neuropática?») pode ser provocada por lesões nos nervos ou por doenças que afetam o sistema nervoso periférico ou central.

### Definição

- Dor do membro fantasma: dor percebida como tendo origem no membro amputado.
- Dor no coto (membro residual): dor percebida como tendo origem no coto da amputação ou no membro residual.
- Sensações fantasma: sensações, que não dor, no membro amputado.

### Características clínicas

- Em geral, a dor do membro fantasma tem início na primeira semana após a amputação, podendo, contudo, demorar meses ou até anos a manifestar-se.
- Normalmente, a dor do membro fantasma é intermitente; são poucos os amputados que têm dor persistente. A intensidade e a frequência dos ataques de dor do membro fantasma costumam diminuir com o tempo. Esta dor é descrita por palavras como, por exemplo, «pontada», «picada» e «ardor».
- A dor do membro fantasma situa-se sobretudo nas partes distais do membro amputado, ou seja, os amputados nos membros superiores costumam sentir dor nos dedos e na palma da mão e, no caso dos amputados nos membros inferiores, a dor manifesta-se geralmente nos dedos dos pés, no pé ou no tornozelo.
- A dor do membro fantasma pode ser modulada por diversos fatores internos e externos, nomeadamente, atenção, angústia, micção, manipulação do coto e uso de prótese.
- A dor crónica no coto inclui neuroma, bem como músculo e osso do coto como fontes de dor.
- Frequentemente, o exame clínico do coto revela alterações sensoriais (por exemplo, hipoestesia, alodinia e hiperalgesia).
- Alguns amputados sentem movimentos espontâneos do coto, os quais podem ir de pequenas sacudidelas a contrações visíveis.
- As sensações fantasma, em que o amputado tem sensações cinestésicas de comprimento, volume ou outra sensação espacial do membro amputado, são muito frequentes imediatamente após a amputação, mas diminuem com o tempo.
- As sensações fantasma raramente constituem um problema clínico grave.
- Existe uma sobreposição entre dor do membro fantasma, sensações fantasma e dor no coto, sendo que, frequentemente, os três fenómenos coexistem no mesmo paciente.

## Epidemiologia

- A dor do membro fantasma ocorre em aproximadamente 70% dos amputados. O número de pacientes com dor intensa situa-se no intervalo de 5 a 15%. O sexo feminino e a amputação dos membros superiores poderão estar associados a um risco mais elevado de dor do membro fantasma. A dor do membro fantasma é menos frequente em crianças e em amputados congénitos. A existência de dor na fase que precede a amputação aumenta o risco de dor do membro fantasma.
- A dor no coto é frequente imediatamente após a amputação. A dor crónica no coto ocorre em 5 a 10% dos amputados.
- A sensação fantasma é percebida por praticamente todos os amputados.

## Patogénese

- Os mecanismos subjacentes à dor pós-amputação são complexos, envolvendo mecanismos periféricos, espinais e supraespinais (cf. a ficha informativa «Mecanismos da dor neuropática»).

## Tratamento

- Não há dados suficientes para orientar os clínicos no tratamento. As orientações de tratamento para outras condições de dor neuropática são a melhor aproximação.
- O tratamento farmacológico inclui antiepiléticos, antidepressivos e/ou produtos tópicos, juntamente com outros fármacos.
- As abordagens não farmacológicas incluem estimulação nervosa elétrica transcutânea, hipnose, terapia do espelho e terapias de neuroestimulação, entre outros.

## Referências

1. Alviar MJ, Hale T, Dungca M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 (12), CD006380.
2. Bosmans JC, Geertzen JH, Post WJ, van der Schans CP, Dijkstra PU. Factors associated with phantom limb pain: a 31/2-year prospective study. *Clinical Rehabilitation* 2010; 24:444-53.
3. Flor H, Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? *Nature Reviews Neuroscience* 2006; 7: 873-881.
4. Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Journal of Pain Research* 2013; 6: 121-36.