

Dor oncológica aguda

Introdução

A dor aguda é um tipo de dor caracterizada por um início súbito e uma duração que pode ir de minutos a alguns meses (menos de 3 – limite arbitrário), mas sobretudo é autolimitada.

A dor aguda é muito importante porque permite identificar e localizar estímulos nocivos, levando a respostas de afastamento, que limitam o dano dos tecidos, e inibem a mobilidade, promovendo a cura das lesões. A dor aguda tem implicações psicológicas e comportamentais. É pela experiência da dor que aprendemos o que devemos evitar e como nos devemos proteger de circunstâncias que podem causar dor. Nas raras doenças genéticas em que os doentes não sentem dor, a sobrevivência é relativamente curta porque os indivíduos, como não sentem dor, lesionam-se constantemente e, por isso, acabam por morrer precocemente. Também, por exemplo, os doentes com neuropatia diabética devem inspecionar frequentemente os pés porque a sua sensibilidade reduzida pode resultar em queimaduras ou outras lesões que, por não serem sentidas, se podem agravar.

A dor aguda é geralmente limitada no tempo, cessando com a reparação dos tecidos lesados.

No entanto, se a dor se prolongar sem controlo adequado, pode resultar no desenvolvimento de dor crónica.

Classificação da dor

Tal como a dor oncológica crónica a dor aguda pode classificar-se em nociceptiva, resultante da lesão celular. A dor nociceptiva, geralmente, é proporcional à magnitude do dano tecidual e à libertação de mediadores inflamatórios [1]. A dor nociceptiva somática é bem localizada. A dor nociceptiva visceral é geralmente mal localizada e é descrita como espasmódica ou em cólica. A dor visceral pode irradiar num padrão somático e é designada como dor referida. A dor

neuropática resulta de uma alteração no sistema nervoso central ou periférico. A dor neuropática é geralmente descrita como em queimadura, choque eléctrico ou lancinante. As dores podem também ser mistas.

As causas de dor aguda neoplásica podem dever-se ao envolvimento tumoral, a manobras de diagnóstico e ao tratamento (tabela 1).

Tabela 1. Síndromes de dor neoplásica aguda

Síndromes nociceptivos	
▪	Por envolvimento tumoral
–	Dano de ossos e articulações <ul style="list-style-type: none"> ▪ fractura patológica ▪ dor incidental relacionada com o movimento dos ossos danificados.
–	Dano de vísceras <ul style="list-style-type: none"> ▪ obstrução intestinal aguda ▪ obstrução do tracto biliar ▪ obstrução de ureter ▪ distensão, compressão ou torção aguda de cápsula de órgão ou de tecido conjuntivo relacionado
▪	Relacionado com a terapêutica
–	Dor aguda pós-operatória (incisional)
–	Síndromes pós-radioterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ estomatite ▪ enterite ▪ proctite
–	Síndromes pós-quimioterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ síndrome meníngeo agudo associado a MTX intratecal ▪ dor no local do tumor após administração de vinorelbina ▪ mucosite oral ▪ mialgias e caibras ▪ associados a embolização tumoral ▪ extravasão com dano de tecidos moles ▪ pleurodese química ▪ injecções múltiplas
–	Relacionada com manobras de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor incidental associada com o posicionamento ▪ venipunctura ▪ biopsia ▪ aspirado medular.
Síndromes neuropáticas	
▪	Por envolvimento tumoral <ul style="list-style-type: none"> ▪ dores lancinantes paroxísticas ou de curta duração ▪ radiculopatia aguda associada a colapso de vértebra
▪	Relacionada com a terapêutica <ul style="list-style-type: none"> ▪ dor pós-operatória relacionada com dano agudo de nervo ▪ sinal de Lhermitte seguindo irradiação espinal ▪ Dor intensa e transitória no períneo nos doentes que recebem doses altas de dexametasona (100 mg) EV
Outros	
▪	cefaleias (relacionadas com o tumor, a terapêutica ou outro)
▪	dor abdominal aguda associada a obstipação (por tumor, terapêutica ou outro)
▪	herpes zoster agudo.

Tratamento

Muitos doentes em cuidados paliativos tomam opióides e isso deve ser levado em conta quando os doentes se apresentam com uma dor aguda. Esta questão é particularmente importante nos doentes que são submetidos a cirurgia, porque no período perioperatório as condições se modificam (ver adiante). Em geral a tolerância aos opióides, a dependência física e a abstinência desenvolvem-se em doentes que tomavam doses altas de opióides para dor ligeira a moderada (ex., codeína > 120mg/dia ou tramadol > 400 mg/dia) ou opióides para dor moderada a intensa por mais de duas semanas [2].

Paracetamol

O paracetamol pode ser utilizado, sobretudo na dor ligeira a moderada. No entanto, nos doentes já a tomar opióides regularmente os estudos mostram resultados contraditórios [3-5]. Os seus efeitos indesejáveis são geralmente escassos se não se ultrapassarem as doses recomendadas de até ao máximo de 4 g/dia, excepto em doentes com insuficiência hepática em que é aconselhável usar doses mais baixas.

AINE

Os AINE são também um grupo de fármacos que podem ser úteis em certos casos de dor aguda associados ou não a outros fármacos, nomeadamente opióides. No entanto, um estudo recente sugere que os AINE podem não ser uma boa opção na dor aguda [6]. Nesse estudo, doentes com dor lombar tratados precocemente com anti-inflamatórios esteróides e não esteróides embora tivessem a dor controlada inicialmente, tiveram dor mais persistente do que os não os tomaram. Isto não ocorreu com outros analgésicos. Concluiu-se que, apesar da eficácia analgésica inicial, a interferência com a inflamação aguda pode ser contraproducente no longo prazo para os doentes com dor lombar. Parece que a inflamação, particularmente através da

actividade dos neutrófilos, desempenha um papel fundamental na resolução da dor e esse processo que não deve ser perturbado.

Os efeitos indesejados dos AINE são mais frequentes e graves do que os que o paracetamol pode causar quando tomado nas doses recomendadas. As comorbilidades podem também não aconselhar o seu uso: coagulopatias, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência hepática, etc. Interage com vários fármacos. Os doentes idosos podem estar em maior risco de toxicidade provocada pelos AINE.

Combinação fixa de opióides e não-opióides

A combinação de paracetamol com codeína ou com tramadol pode ser uma opção útil para a dor ligeira a moderada quando os não-opióides isoladamente não são suficientes (ver capítulo respectivo, neste blog)

Opióides

Os opióides são muito importantes em grande parte dos casos de dor aguda associada ao cancro. Muitas vezes os doentes já estão a tomar opióides, geralmente de libertação modificada. No entanto, na dor aguda é necessário usar inicialmente formas de libertação normal, geralmente a morfina. Depois de se titular a dose eficaz, pode passar-se para um regime de doses regulares complementadas com doses de resgate. À medida que o processo agudo causador da dor se for resolvendo, pode ser possível ir reduzindo a dose ou até, em certos casos, suspender o fármaco.

Dor relacionada com a cirurgia

Nos doentes que vão ser submetidos a cirurgia deve ser estabelecida a eficácia da analgesia pré-operatória e se for necessário aliviar a dor. Os doentes podem estar a tomar uma variedade de opióides por diversas vias: oral, transdérmica, espinal, subcutânea. Os doentes a tomar

opióides devem mantê-los pré-operatoriamente, excepto os transdérmicos que devem ser removidos antes da cirurgia para evitar problemas relacionados com a absorção retardada e inflexibilidade da dose [2]. Na fase pós-operatória devem usar-se opióides de libertação normal. Os doentes a receber opióides intra-espinais devem manter esta via.

Os doentes que tomavam opióides por mais de duas semanas geralmente têm dependência física, pelo que necessitam da administração de base de opióides para evitar reacções de privação. A dose de base deve ser calculada a partir da dose pré-operatória, embora a dose necessária possa variar para cima ou para baixo no período pós-operatório [2]. O efeito da cirurgia pode aumentar ou diminuir a necessidade de opióide: pode diminuir a necessidade ao remover o efeito local do tumor; pode aumentá-la pela agressão cirúrgica; pode modificar a natureza da dor dependendo das estruturas que afecte.

A analgesia controlada pelo doente é um método que pode ser aplicado na dor pós-operatória que permite a um doente auto administrar pequenas doses de um analgésico de acordo com as suas necessidades. O método consiste no emprego que uma bomba programável que permite que o doente a acione a bomba quando necessitar, em intervalos programados. Este método é apropriado para doentes com dor aguda com probabilidade de necessitarem de doses repetidas de um opióide parentérico. O uso deste método não se adequa a todos os doentes e deve ser reservado para doentes sem alterações cognitivas e compreendam bem o método e os objectivos do tratamento.

Fármacos não opióides, como os AINE e a clonidina, podem também ser úteis e reduzir a necessidade de opióides. A clonidina pode ser dada simultaneamente com um opióide e/ou anestésico local por via espinal [2].

Suspensão dos opióides

Para evitar os sintomas de privação (tabela 2) os opióides devem ser retirados gradualmente. Quanto mais tempo durou o tratamento maior o tempo necessário para a redução. Nos doentes com dor aguda que não faziam opióides anteriormente, o tempo de tratamento é geralmente curto, pelo que o período de redução da dose pode ser também relativamente curto. Assim, em doentes que possam ter tomado os opióides por alguns meses pode fazer-se redução por 10 a 20% por semana, nos que fizeram opióides por algumas semanas a redução pode ser mais rápida, reduzindo inicialmente 20 a 50% e depois 10% por dia [7]. Se se desenvolverem sintomas de abstinência (tabela 2), deve passar-se para a dose anterior ou para a penúltima dose se a anterior não controlar os sintomas e manter a dose eficaz por uma a duas semanas. Depois desse período reiniciar a descida a um ritmo menor.

Tabela 2. Critérios de diagnóstico da abstinência de opióides [8]

- A) Presença de qualquer um dos seguintes:
 - 1) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (i.e., algumas semanas ou mais).
 - 2) Administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opióides.
 - B) Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após o Critério A:
 - 1) Humor disfórico.
 - 2) Náusea ou vômito.
 - 3) Dores musculares.
 - 4) Lacrimejo ou rinorreia.
 - 5) Midríase, piloereção ou sudorese
 - 6) Diarreia.
 - 7) Bocejos.
 - 8) Febre.
 - 9) Insónia.
 - C) Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D) Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.
-

No caso de uma dor aguda que foi resolvida com cirurgia ou por outra técnica, como a radioterapia para uma metástase óssea, num doente a fazer opióides durante muitos meses ou

anos, a redução da dose tem de ser lenta: após uma redução inicial de 20%, reduzir 10% a cada quatro semanas, com pausas se for necessário.

Como a dor funciona como antagonista dos efeitos indesejados dos opióides, a redução da dor pode tornar a dose de opióides relativamente excessiva e podem aparecer sinais de toxicidade e, nesse caso, deve suspender-se uma ou mais doses seguintes até desaparecerem os sinais de toxicidade e depois reiniciar uma dose mais baixa e numa forma de libertação normal; em alguns casos pode ser necessário recorrer à naloxona (ver artigo respectivo, neste blog), mas é necessário depois repor o opióide como indicado acima.

A informação deste artigo deve ser complementada com os vários artigos deste blog sobre os tópicos relevantes, alguns dos quais já indicados especificamente no artigo.

Referências

1. Ghori MK, Zhang YF, Sinatra RS. Pathophysiology of Acute Pain. Em Acute Pain Management. Eds Sinatra RS, Leon-Casasola OA, Ginsberg B, Viscusi ER.
2. Lewis NL, Williams JE. Acute pain management in patients receiving opioids for chronic and cancer pain. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2005;5:127-129.
3. Stockler M, Vardy J, Pillai A, Warr D. Acetaminophen (paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. J Clin Oncol 2004;15;22:3389-3394.
4. Israel FJ, Parker G, Charles M, Reymond L. Lack of Benefit from Paracetamol (Acetaminophen) for Palliative Cancer Patients Requiring High-Dose Strong Opioids: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Trial. J Pain Symptom Manage 2010;39:548-554.

5. Nikles J, Mitchell GK, Hardy J. Single-patient multiple crossover studies to determine the effectiveness of paracetamol in relieving pain suffered by patients with advanced cancer taking regular opioids: A pilot study. *Palliat Med* 2016;30:800–802.
6. Parisien M, Lima LV, Dagostino C, et al. Acute inflammatory response via neutrophil activation protects against the development of chronic pain. *Sci Transl Med* 2022;14:eabj9954.
7. https://www.pbm.va.gov/AcademicDetailingService/Documents/Pain_Opioid_Taper_Tool_IB_10_939_P96820.pdf (consultado em 16/12/2022)
8. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf (consultado em 16/12/2022).