

Dor nociplástica

Introdução

Tradicionalmente, os mecanismos da dor têm sido divididos nas categorias “nociceptiva” e “neuropática”. Embora sempre tenha sido possível invocar outra categoria, como “desconhecida” ou “idiopática. No entanto, esta estratégia cria uma terceira categoria pobre, porque não tem implicações num mecanismo [1].

A definição de dor neuropática evoluiu ao longo do tempo. Em 2005, definia-se “como dor devida a lesão ou disfunção do sistema nervoso”, mas em 2011 passou a definir-se como “dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial”. Esta definição, ao excluir especificamente o conceito de “disfunção”, deixou um grande grupo de doentes sem um descritor fisiopatológico para a sua experiência de dor [1]. Neste grupo estão incluídos indivíduos que não têm activação óbvia dos nociceptores nem neuropatia, mas nos quais os dados clínicos e psicofísicos sugerem alteração da função nociceptiva, nomeadamente os que têm fibromialgia, dor lombar crónica inespecífica e síndrome do intestino irritável [1].

Definição

Com base nas questões surgidas e explicadas em cima, a International Association for the Study of Pain (IASP) introduziu um terceiro descritor mecanístico de dor, a “dor nociplástica”. A dor nociplástica define-se como “dor com origem em nocicepção alterada apesar de não haver evidência de dano tecidual real ou iminente causando a activação de nociceptores periféricos nem provas de doença ou lesão do sistema somatossensorial causadora de dor.” O termo tem a intenção de ser usado na clínica e na investigação para identificar indivíduos em quem há dor e hipersensibilidade em regiões com tecidos aparentemente normais e sem sinais de neuropatia [2].

A dor nociplástica refere-se a uma categoria de base fisiológica particularmente aplicável às situações de dor crónica primária descritas na 11ª edição da Classificação Internacional das Doenças (ICD – 11) [3]. A dor crónica primária é a que não tem uma causa subjacente clara ou o seu impacto é desproporcionado a qualquer dano ou doença observável [4]. O conceito de dor nociplástica está de acordo com a observação corrente de que certas formas de dor crónica são mais bem entendidas como doenças por si próprias e não como sintomas de outra patologia [2]. Assim, a dor crónica pode classificar-se como primária – dor como doença - e secundária – dor como sintoma. No entanto, deve reconhecer-se que os termos reflectem dimensões diferentes

porque “nociplástica” é um termo mecanístico, enquanto “dor primária” é um conceito de diagnóstico [2].

Embora a definição proposta identifique a dor nociplástica como uma categoria única sem dano somatossensorial real ou iminente, há dados de uma sobreposição de dor nociceptiva, neuropática e nociplástica indicando que a dor nociplástica não é uma entidade distinta, mas parte de um contínuo de dor crónica [3].

Categorias de síndromes de dor nociplástica

A ICD-11 divide a dor primária crónica em cinco grupos principais: dor visceral primária crónica, dor difusa crónica, dor musculoesquelética primária crónica, cefaleias ou dor orofacial primárias crónicas e síndrome de dor regional complexa. Além destes, existem ainda mais dois grupos: outra dor primária crónica especificada e dor primária crónica, não especificada [5].

A IASP reconheceu a necessidade de criar critérios clínicos para a dor nociplástica e foi criado um grupo de trabalho para desenvolver diferentes critérios para diferentes categorias de dor nociplástica, sobretudo para a dor músculo-esquelética e a dor visceral [2].

Dor visceral primária crónica

Segundo a ICD- 11 “A dor visceral primária crónica é a dor crónica localizada na região torácica, abdominal ou pélvica e associada a sofrimento emocional significativo ou incapacidade funcional. A localização anatómica distinta é compatível com padrões típicos de dor referida de órgãos internos específicos. Os sintomas não são mais bem explicados por um diagnóstico de dor visceral crónica secundária. A dor visceral primária crónica é multifatorial: fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para a síndrome dolorosa. O diagnóstico é adequado independentemente dos fatores biológicos ou psicológicos identificados, a menos que outro diagnóstico explique melhor os sintomas apresentados.” [5].

A dor visceral primária crónica pode localizar-se nas regiões da cabeça e pescoço, torácica, abdominal ou pélvica [6]. A localização anatómica respectiva é compatível com os padrões de dor referida de órgãos internos específicos. A dor visceral primária crónica inclui a dor nas vísceras do sistema digestivo da cabeça e pescoço; na região torácica inclui dores como a torácica não cardíaca ou hipersensibilidade de refluxo; na região abdominal inclui dores como a síndrome de dor epigástrica, a síndrome do intestino irritável, a síndrome da dor abdominal mediada centralmente e a discinesia biliar; e na região pélvica inclui a síndrome da dor da bexiga, espasmo anal; dor pélvica crónica e a dor testicular crónica [6]. Vários diagnósticos que

antes eram designados “funcionais” são incluídos na dor visceral primária crónica e têm de ser renomeados.

Dor difusa crónica

A dor difusa crónica na nomenclatura da ICD-11 é a fibromialgia. A fibromialgia é um tipo de dor crónica comum que apresenta problemas de diagnóstico, o que levou ao desenvolvimento de vários critérios de diagnóstico ao longo do tempo.

Recentemente, um grupo de trabalho estabeleceu critérios de diagnóstico de fibromialgia. Os critérios centrais de diagnóstico de fibromialgia são [7]:

- Seis ou mais locais de dor de um total de 9 locais possíveis
 - Os 9 locais incluem a cabeça, membro superior esquerdo e direito, tórax, abdómen, dorso e coluna, lombar e coluna incluindo nádegas, membros inferiores, esquerdo e direito
- Problemas de sono moderados a intensos ou fadiga
- As dores nos vários locais mais a fadiga e os problemas de sono devem ter estado presentes por, pelo menos, 3 meses

A fadiga é definida como física ou mental de intensidade pelo menos moderada no julgamento do profissional de saúde [7]. A fadiga física pode manifestar-se como queixa de exaustão física após actividade física, incluindo incapacidade de funcionar dentro de limites normais em actividades normais diárias e a necessidade de períodos de descanso após a actividade. Os problemas de sono definem-se como dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, acordar frequente, perturbador durante o período de sono, ou sentir o sono como não reparador. Os sintomas devem ser considerados pelo menos de intensidade moderada pelos profissionais de saúde [7].

Dor músculo-esquelética primária crónica

Segundo a ICD-11, “dor musculoesquelética primária crónica é uma dor crónica nos músculos, ossos, articulações ou tendões que se caracteriza por sofrimento emocional significativo (ansiedade, raiva/frustração ou humor deprimido) ou incapacidade funcional (interferência nas atividades da vida diária e participação reduzida em papéis sociais). A dor musculoesquelética primária crónica é multifatorial: fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para a síndrome dolorosa. O diagnóstico é adequado independentemente dos fatores biológicos ou psicológicos identificados, a menos que outro diagnóstico explique melhor os sintomas apresentados.” [5]. Este tipo de dor nociplástica inclui:

- Dor lombar primária crónica
- Dor cervical primária crónica
- Dor torácica primária crónica
- Dor em membro primária crónica

O grupo de trabalho da IASP desenvolveu os critérios de diagnóstico para a dor nociplástica músculo-esquelética apresentados no quadro seguinte.

Critérios para o diagnóstico de dor nociplástica músculo-esquelética [2]

1. A dor é
 - a. crónica, isto é, está presente há mais de 3 meses (não se considera que haja relevância em definir dor nociplástica aguda);
 - b. A distribuição é regional e não discreta;
 - c. Não há dados de que está presente dor nociceptiva ou neuropática ou se presentes não são totalmente responsáveis pela dor.
2. Há história de hipersensibilidade na região da dor. Pode ocorrer qualquer uma das seguintes: sensibilidade ao toque, à pressão, ao movimento, e/ou ao calor ou ao frio.
3. Presença de comorbilidades. Qualquer uma das seguintes: aumento da sensibilidade ao som e/ou à luz e/ou a odores; perturbações do sono, acordando frequentemente durante a noite; fadiga; problemas cognitivos, como dificuldade em focar a atenção, perturbações da memória, etc.
4. Fenómenos de hipersensibilidade evocada podem ser induzida clinicamente na região da dor. Qualquer dos seguintes: alodinia mecânica estática, alodinia mecânica dinâmica, alodinia pelo calor ou frio; sensação dolorosa a seguir à avaliação de qualquer das alternativas anteriores.

Dor nociplástica possível: 1 e 4

Dor nociplástica provável: 1,2, 3 e 4

Cefaleia ou dor orofacial primárias crónicas

As cefaleias e a dor orofacial primárias crónicas incluem seis síndromes definidas com critérios de diagnóstico estabelecidos: enxaqueca crónica, cefaleia de tensão crónica, cefalalgias trigeminal autonómica, dor de disfunção temporomandibular crónica, ardência bucal crónica e dor orofacial primária crónica

Enxaqueca crónica

Define-se como uma cefaleia que ocorre em 15 ou mais dias por mês durante mais de 3 meses, a qual, em pelo menos 8 dias por mês, tem as características de enxaqueca. A enxaqueca é uma cefaleia recorrente que se manifesta em ataques com a duração de 4 a 72 horas. A cefaleia é tipicamente unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a intensa, agravada pela actividade física de rotina e associada a náuseas e/ou fotofobia e fonofobia [7].

Cefaleia de tensão crónica

É uma cefaleia episódica frequente que ocorre por pelo menos 2 horas por dia em 15 ou mais dias por mês por mais de 3 meses. São bilaterais, em pressão ou aperto e de intensidade ligeira

a moderada, durando horas a dias, mas pode ser persistente. A dor não piora com a actividade física de rotina, mas pode associar-se a náuseas ligeiras, fotofobia ou fonofobia [7].

Cefalalgias trigeminais autonómicas

As cefalalgias trigeminais autonómicas (CTA) caracterizam-se por cefaleia unilateral e, geralmente, sinais proeminentes autonómicos parassimpáticos cranianos, como lacrimejo, rinorreia, congestão nasal e edema palpebral, ipsilaterais à cefaleia. As CTA consideram-se crónicas se os ataques persistem por um ano ou mais ou com períodos de remissão durando menos de três meses [7].

Disfunção temporomandibular crónica

Afecta as articulações temporomandibulares, os músculos mastigadores e os tecidos associados. A disfunção temporomandibular crónica define-se como uma dor orofacial crónica que ocorre por pelo menos 2 horas por dia em pelo menos 50% dos dias durante pelo menos 3 meses. Há pelo menos 2 fenótipos distintos: dor nos músculos mastigadores designada dor temporomandibular miofascial e dor na articulação temporomandibular designada artralgia temporomandibular [7].

Ardência bucal crónica

É uma dor orofacial crónica caracterizada por queimor intraoral ou sensação disestésica que recorre por mais de 2 horas por dia em 50% dos dias por mais de 3 meses, sem evidência de lesões causadoras na investigação clínica. Foram descritos 2 fenótipos: com ou sem perturbações somatossensoriais [7].

Dor orofacial primária crónica

É uma dor crónica na boca e na face associada a *distress* emocional significativo e/ou incapacidade funcional que não é mais bem explicada por outros diagnósticos [7].

Síndrome de dor regional complexa

Segundo ICD -11 “a síndrome de dor regional complexa (SDRC) é uma condição de dor crónica em uma extremidade com curso variável ao longo do tempo. É caracterizada por dor regional contínua (não em um território nervoso ou dermatomo específico), geralmente com predominância distal ou gradiente distal para proximal. Geralmente surge após trauma de tecido e é aparentemente desproporcional em magnitude ou duração ao curso normal da dor após esse trauma de tecido. A SDRC é caracterizada por sinais que indicam alterações autonómicas e

neuroinflamatórias na região corporal afetada, variando entre os pacientes e ao longo do tempo. Frequentemente, a SDRC é acompanhada por sofrimento emocional significativo ou deficiência funcional. SDRC é multifatorial.” [5]

A SDRC pode ser subclassificada em tipo 1 (sem dano de nervo) ou tipo 2 (com um dano identificado de nervo) e é a única entidade nociplástica e neuropática com dados clínicos claramente identificáveis. Os sinais e sintomas devem ser desproporcionados ao evento causador [3].

Em 2012, a IASP adoptou os critérios de Budapeste para SDRC [8,9]:

Características gerais da síndrome:

A SDRC caracteriza-se por uma dor regional contínua (espontânea ou evocada) aparentemente desproporcionada em tempo ou grau ao curso habitual de qualquer traumatismo conhecido ou outra lesão. A dor é regional (não num território ou dermatomo específico de um nervo) e geralmente tem uma predominância distal de dados anormais, sensoriais, motores, sudomotores, vasomotores e/ou tróficos. A síndrome tem uma progressão variável ao longo do tempo.

Crítérios clínicos de diagnóstico

- 1) Dor contínua desproporcionada a qualquer evento provocador
- 2) Deve haver pelo menos 1 sintoma em 3 das 4 categorias seguintes:
 - Sensorial: Informação de hiperalgesia e/ou alodinia
 - Vasomotor: informação de assimetria de temperatura e/ou alterações da cor da pele e/ou assimetria da cor da pele
 - Sudomotor/Edema: Informação de edema e/ou alterações da sudação e/ou assimetria na sudação
 - Motor/Trófico: Informação de diminuição da amplitude de movimento e/ou disfunção motora (fraqueza, tremor, distonia) e/ou alterações tróficas (pelo, unhas, pele)
- 3) Deve mostrar pelo menos 1 sinal* na altura da avaliação em 2 ou mais das seguintes categorias:
 - Sensorial: Evidência de hiperalgesia (à picada) e/ou alodinia (ao toque ligeiro e/ou pressão somática profunda e/ou movimento articular)
 - Vasomotor: Evidência de assimetria da temperatura e/ou alterações da cor da pele e/ou assimetria
 - Sudomotor/Edema: Evidência de edema e/ou alterações da sudação e/ou assimetria da sudação
 - Motor/Trófico: Evidência de diminuição da amplitude de movimento e/ou disfunção motora (fraqueza, tremor, distonia) e/ou alterações tróficas (pelo, unhas, pele)
- 4) Não há outro diagnóstico que explique melhor os sinais e os sintomas

*Um sinal só conta se for observado na altura do diagnóstico

Tratamento

Princípios gerais

O diagnóstico uma vez estabelecido deve ser comunicado empaticamente ao doente e os seus sintomas reconhecidos como reais [3]. As estratégias de gestão dirigem-se a atenuar, não erradicar, os sintomas com princípios abrangentes individualizados. Além do alívio da dor, os objectivos do tratamento devem incluir a melhoria da função e outros indicadores de qualidade de vida. É essencial estabelecer expectativas realistas, porque as expectativas baixas podem levar a maus resultados e maiores níveis de *stress*, enquanto expectativas otimistas podem levar a desapontamento e afastamento [3]. É importante ser-se honesto sobre a incerteza do prognóstico, porque isto é valorizado pelas pessoas com dor crónica [4].

Devem ser desencorajadas investigações desnecessárias para evitar promover um “papel de doente”. O tratamento deve ser multimodal e deve seguir uma abordagem faseada de acordo com a gravidade [3].

Terapêuticas não farmacológicas

As medidas não farmacológicas devem ser priorizadas porque a maioria das medicações produz apenas um benefício modesto e são muitas vezes associados a efeitos indesejáveis, os quais têm maior probabilidade de ocorrer em condições nociplásticas [3]. Deve ser promovida a actividade física, a gestão do peso, a higiene do sono e a redução do *stress*.

Muitos estudos mostram que o exercício reduz a dor e melhora a qualidade de vida nos doentes com dor nociplástica [4]. O tipo de exercício parece não ser relevante. Um modelo económico comparando qualquer tipo de exercício com não exercício mostrou que o exercício é provavelmente rentável. A adesão ao exercício é mais provável se o tipo de exercício for apropriado para o seu estilo de vida, capacidade física e contemplar as necessidades individuais de saúde.

Há múltiplos artigos reportando várias terapias não farmacológicas como terapias cónico-comportamentais, terapias baseadas na aceitação e outras, como hipnoterapia e terapias psicodinâmicas, não produziram bons resultados ou os estudos não tinham boa qualidade que permitissem tirar conclusões. O mesmo se aplica a intervenções nutricionais, tratamentos quiropráticos, massagens, acupuntura e tratamentos naturopáticos [3].

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda que não se use TENS, ultrassons nem terapia interferencial por não haver provas de benefício [4].

Terapêutica farmacológica

Os tratamentos analgésicos tradicionais, como relaxantes musculares, AINE, paracetamol e opióides são menos eficazes para a dor nociplástica do que para a dor nociceptiva e os opióides são fortemente desencorajados [3]. Além dos riscos associados aos opióides, os doentes com dor nociplástica podem responder menos aos opióides devido às concentrações mais altas de opióides endógenos. Baixas doses de naltrexona mostrou algum benefício na fibromialgia, dor lombar crónica a dor regional complexa, em parte porque aumentando a densidade de receptores opióides, subsequentemente aumenta a resposta aos opióides endógenos.

Considerar um antidepressivo, amitriptilina, citalopram, duloxetina, fluoxetina, paroxetina ou sertralina após uma discussão sobre os benefícios e os riscos [4]. Deve explicar-se que estes

medicamentos podem ajudar na qualidade de vida, na dor, no sono e nas perturbações psicológicas, mesmo na ausência de depressão. A duloxetina é a que tem o maior número de provas de eficácia e o único inibidor da recaptação da serotonina e noradrenalina com provas neste tipo de dor [4]. No entanto, não se pode recomendar a preferência pela duloxetina por não haver comparação directa com outros antidepressivos. As doses dos antidepressivos devem estar alinhadas com as usadas para a depressão. Para a amitriptilina, os estudos indicam benefícios mesmo com doses muito baixas de 5 mg por dia. Por isso, a escolher-se a amitriptilina, deve iniciar-se o tratamento com a menor dose possível [4]. A eficácia dos antidepressivos deve ser revista às 4 a 6 semanas.

Não usar antiepilépticos, incluindo gabapentinóides a não ser num ensaio clínico na síndrome de dor regional complexa [4]. Não há dados sobre o benefício dos gabapentinóides neste tipo de dor e, por outro lado, há informações de danos e riscos de abuso e dependência.

Não devem ser usados antipsicóticos, benzodiazepinas, injeções de corticosteróides nos pontos de dor, cetamina, anestésicos locais tópicos ou IV (a não ser num ensaio clínico na síndrome de dor regional complexa), combinações de injeções anestésico local/corticosteróides, AINE, opióides ou paracetamol [4].

Referências

1. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice ASC, Rief W, Sluka AK. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*. 2016 Jul;157(7):1382-1386. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000507.
2. Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, Mico JA, Rice ASC, Sterling M. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*. 2021 Nov 1;162(11):2629-2634. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002324.
3. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2098-2110. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00392-5.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. April 7, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193> (consultado em 28/05/2025)
5. CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade (consultado em 02/06/2025).
6. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Giamberardino MA, Goebel A, Korwisi B, Perrot S, Svensson P, Wang SJ, Treede RD; IASP

Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019 Jan;160(1):28-37. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390.

7. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, Fitzcharles MA, Paiva ES, Staud R, Sarzi-Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain*. 2019 Jun;20(6):611-628. doi: 10.1016/j.jpain.2018.10.008.
8. Harden RN, McCabe CS, Goebel A, Massey M, Suvar T, Grieve S, Bruehl S. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 5th Edition. *Pain Med*. 2022 Jun 10;23(Suppl 1):S1-S53. doi: 10.1093/pm/pnac046.
9. Harden NR, Bruehl S, Perez RSGM, Birklein F, Marinus J, Maihofner C, Lubenow T, Buvanendran A, Mackey S, Graciosa J, Mogilevski M, Ramsden C, Chont M, Vattine JJ. Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain*. 2010 Aug;150(2):268-274. doi: 10.1016/j.pain.2010.04.030.