



# **Dor crónica**

**Beatriz Craveiro Lopes**

# DOR CRÓNICA

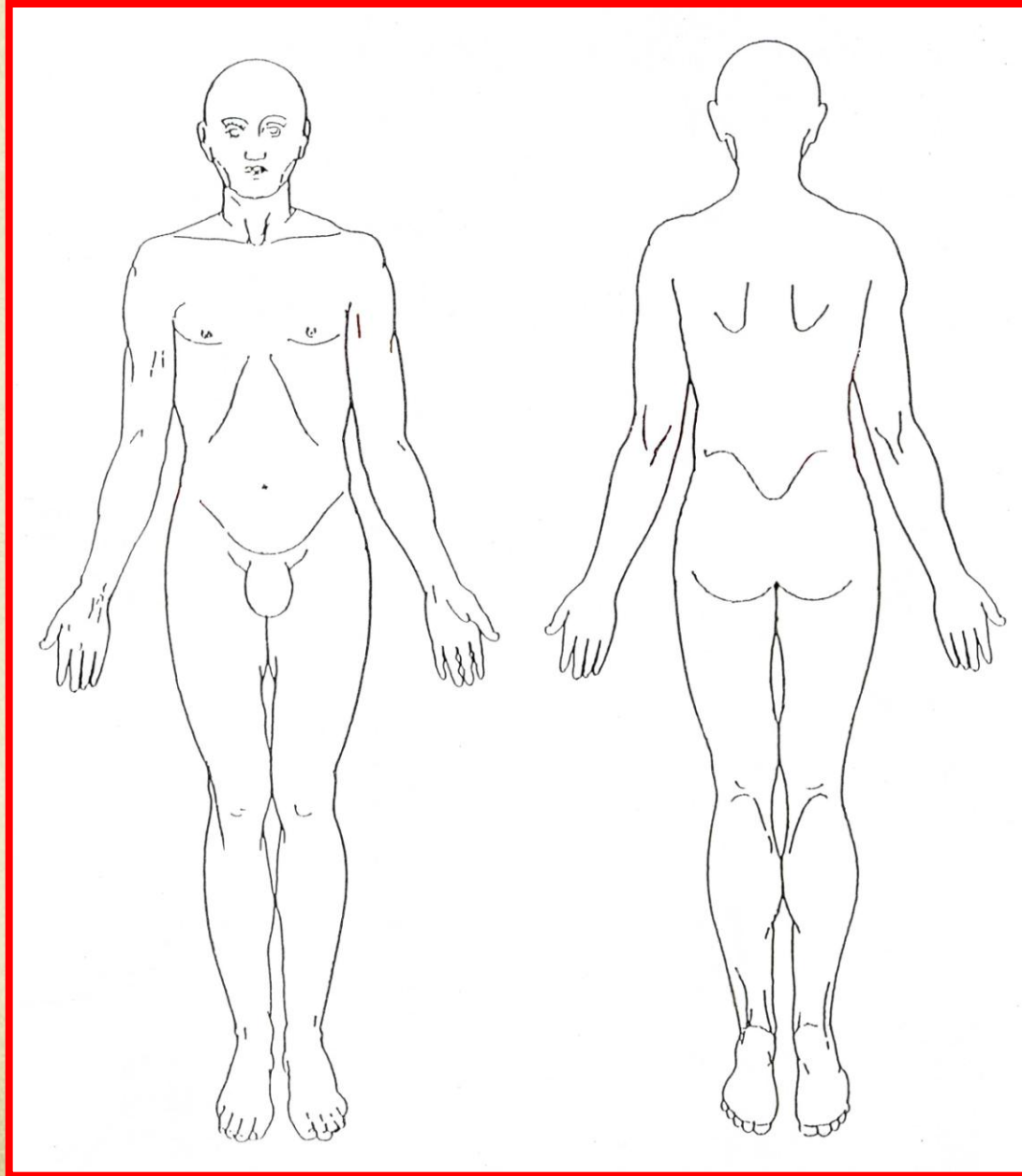
- Definida como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem

# DOR CRÓNICA

- Não é uma dor aguda que dura mais tempo.
- É uma doença com diferentes mecanismos

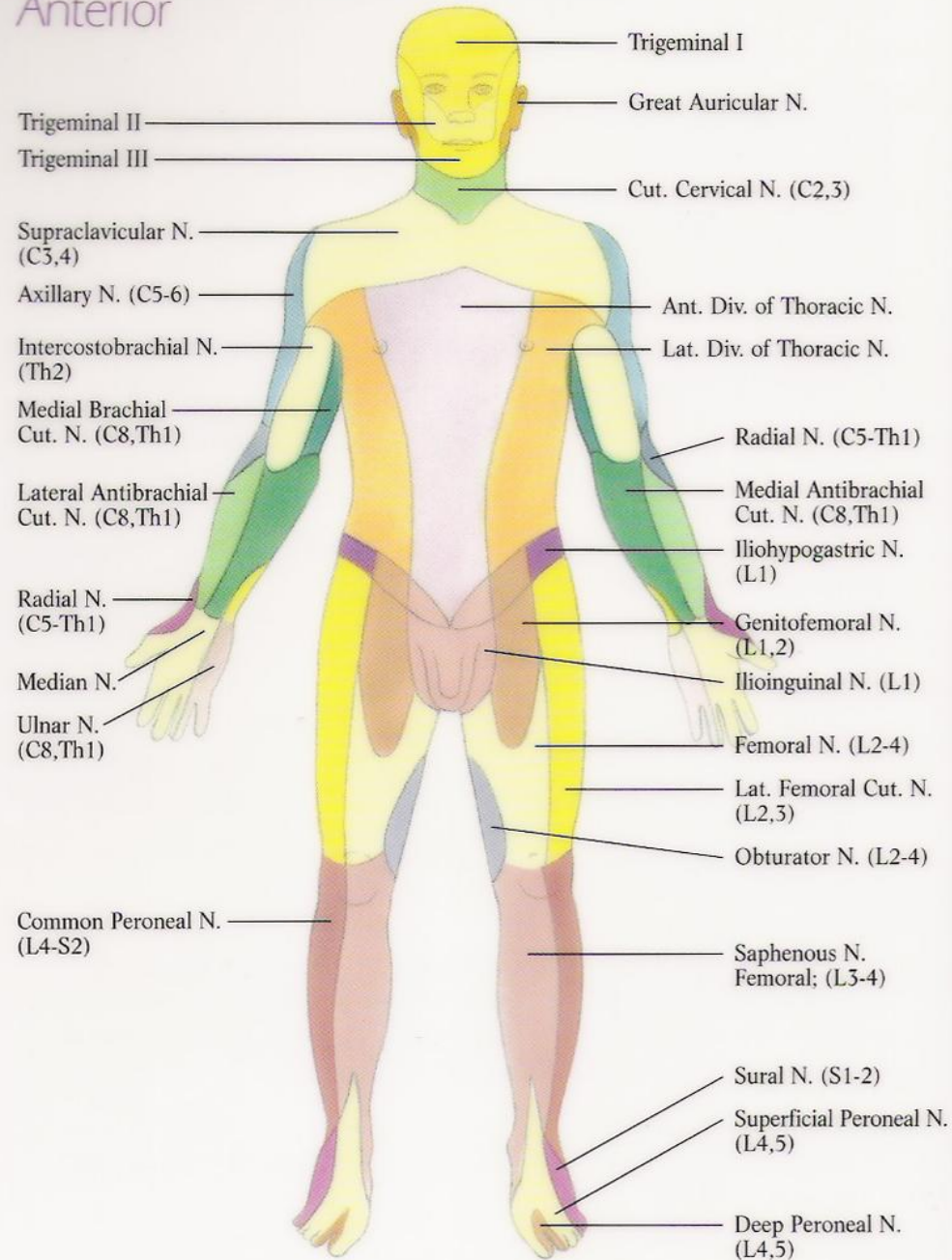


# DIAGRAMA CORPORAL



# Cutaneous Nerve Distribution

## Anterior





# Escalas de Avaliação da Dor

## Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

## Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

## Escala de Faces



0  
(Sem Dor)



1



2



3



4



5  
(Dor Máxima)

# TIPOS DE DOR

- **Dor nociceptiva:** dor transitória em resposta a estímulo nóxico
- **Dor inflamatória:** dor espontânea e hipersensibilidade à dor, em resposta à lesão tecidular e à inflamação
- **Dor neuropática:** dor espontânea e hipersensibilidade à dor, associada a lesão do sistema nervoso
- **Dor funcional:** hipersensibilidade à dor, resultante de uma alteração do processamento central da informação normal



# Múltiplos Tipos de Dor

## A. Dor Nociceptiva

Estímulo Nóxico  
Beliscar/Picada de agulha  
Calor/ Frio intensos  
Trauma agudo

Estímulo  
nóxico  
periférico

Neurónio sensorial  
Nociceptor

Cérebro

## B. Dor Inflamatória

Dor do pós-operatório  
Pós-trauma  
Artrite

Inflamação

Lesão  
tecidual

Neurónio sensorial  
Nociceptor

Cérebro

## C. Dor Neuropática

SNP<sup>a</sup> e lesões do SNC<sup>b</sup>  
NPH/ DNPd/ LM<sup>c</sup>

Lesão do nervo  
periférico

Mecanismos múltiplos

Cérebro

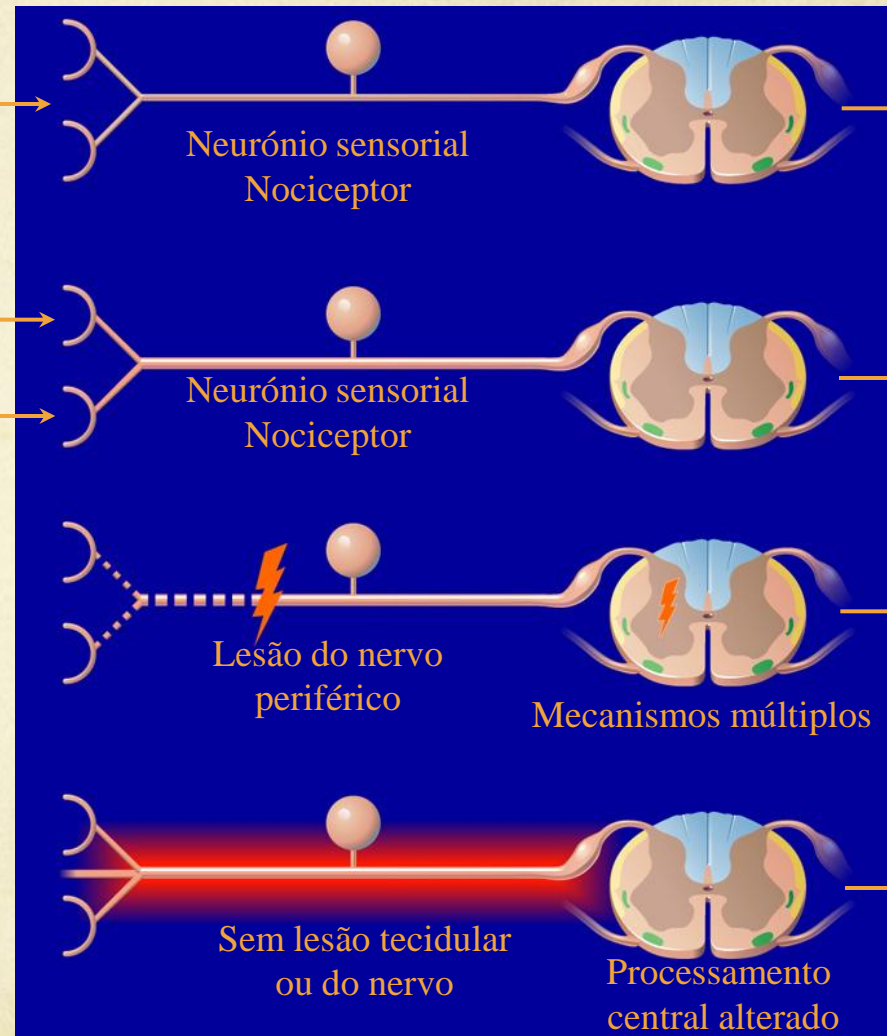
## D. Dor Não-Inflamatória / Não-Neuropática

Fibromialgia  
Cefaleias tipo tensão  
SCI<sup>f</sup>

Sem lesão tecidual  
ou do nervo

Processamento  
central alterado

Cérebro





# NEUROTRANSMISSÃO

## Actuação dos analgésicos e adjuvantes

- 1. Transdução
  - 2. Transmissão
  - 3. Percepção
  - 4. Modulação
- Não opióides
  - Opióides
  - Adjuvantes (AD, AE...)

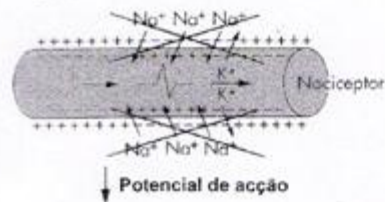
## 1 Transdução

A. Lesão celular liberta subs. sensibilizantes  
PG, BK, 5HT, SP, H

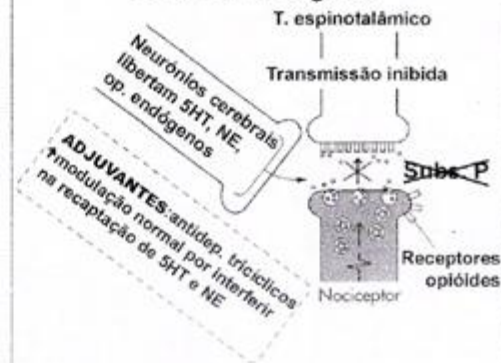
**NÃO OPIÓIDES:** AINEs libertam PG

B. Potencial de acção

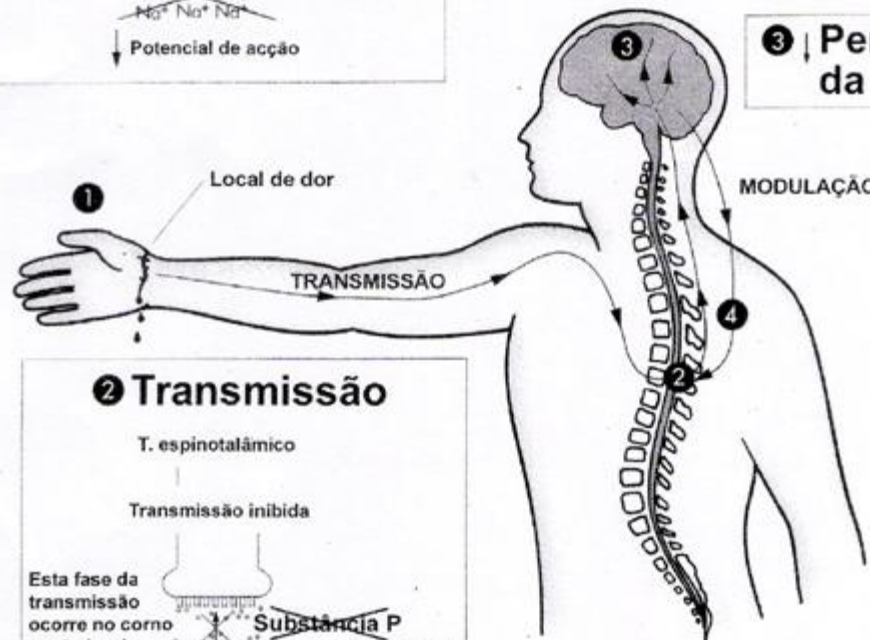
**ADJUVANTES:** anestésicos locais e mto anticonvuls. bl.  $\text{Na}^+$



## 4 Modulação



## 3 Percepção da dor



## 2 Transmissão

T. espinotalâmico

Transmissão inibida

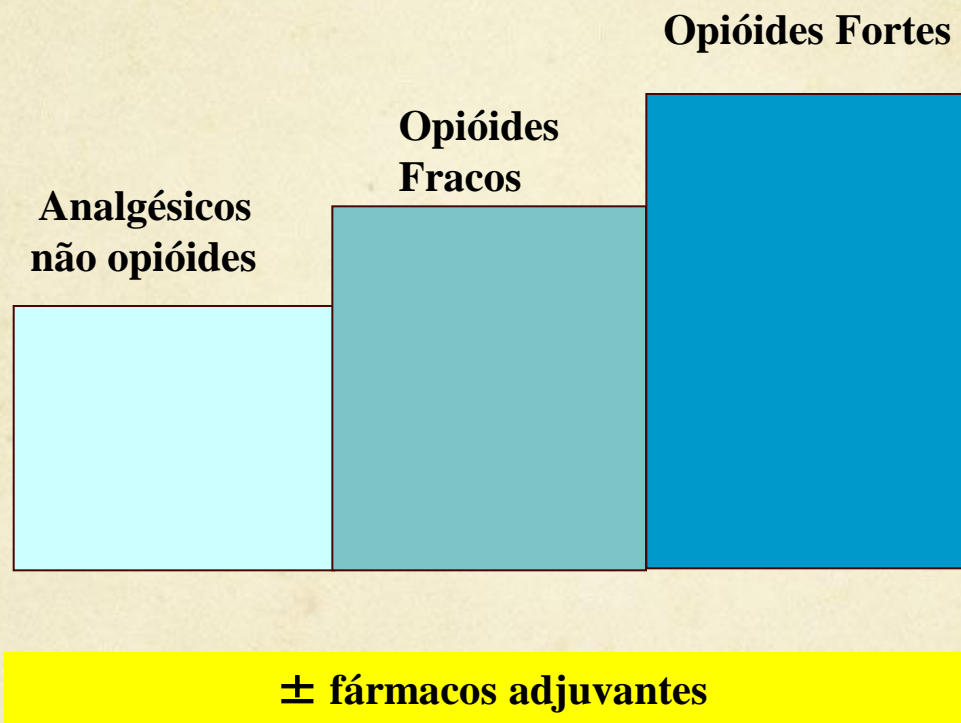
Esta fase da transmissão ocorre no corno posterior da medula



**OPIÓIDES:** Morfina-like ligam-se aos receptores mu e bl. a lib. SP



# Escada Analgésica da OMS





# ESCADA ANALGÉSICA

## **Analgésicos e adjuvantes**

### ○ **NÃO OPIÓIDES**

○ 1. Paracetamol

○ 2. Metamizol

### ○ **OPIÓIDES**

○ 1. Fracos — codeína,  
tramadol

○ 2. Fortes — morfina, fentanil,  
hidromorfona, buprenorfina

### ○ **ADJUVANTES**

○ Antidepressivos

○ Anticonvulsivantes

○ Anestésicos locais

○ Corticóides

○ Ketamina

○ Capsaicina, etc.

# ESCADA ANALGÉSICA

## Adjuvantes

### ○ ANTIDEPRESSIVOS

- 1. ADT - amitriptilina...
- 2. SNRI - duloxetina, venlafaxina
- 3. SSRI - fluoxetina, paroxetina...

### ○ ANTICONVULSIVANTES

- Gabapentina
- Pregabalina
- Cabamazepina
- Topiramato
- .....

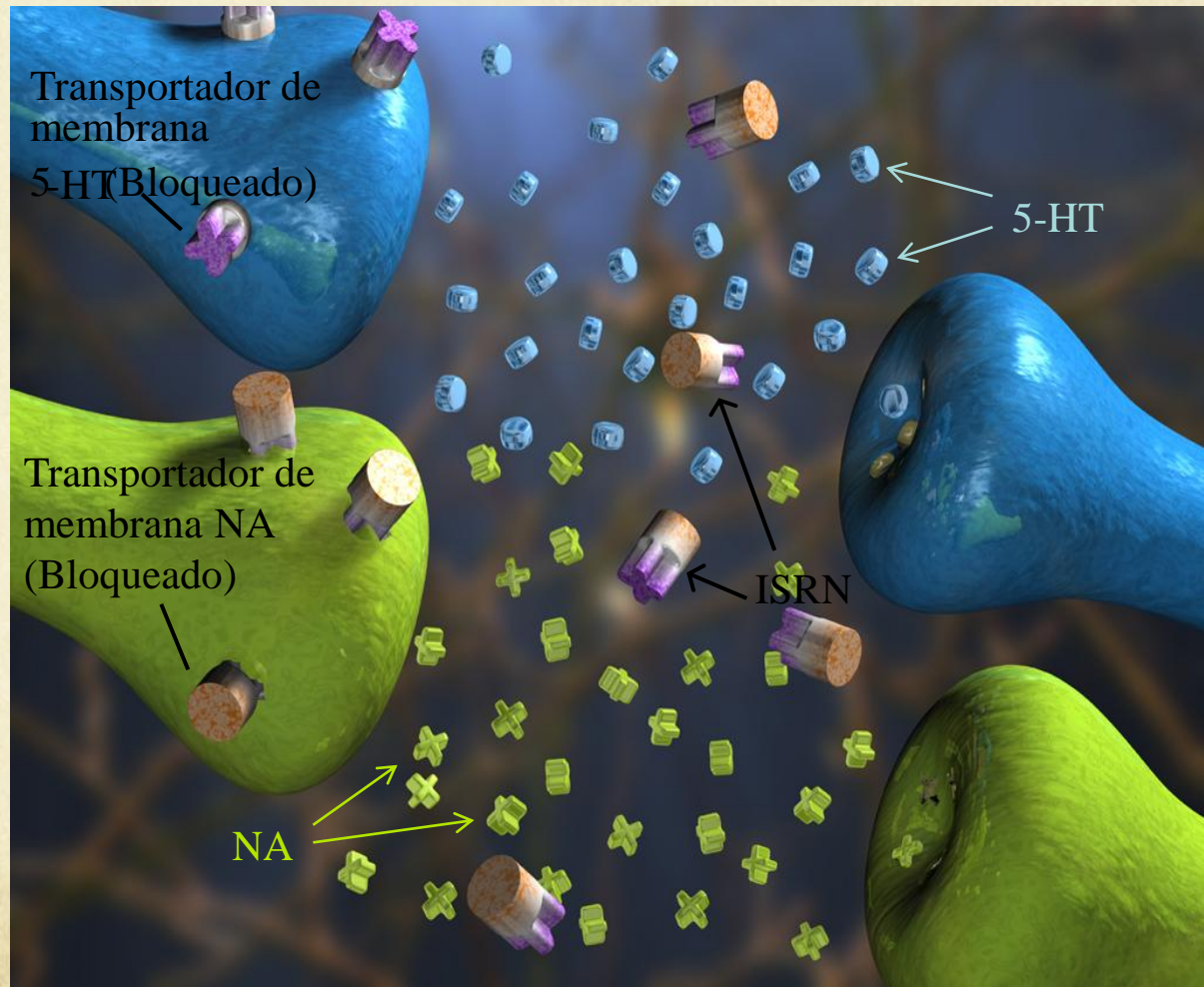


# Inibidor da recaptação de 5-HT e NA desde a dose inicial

Efeitos relativamente equilibrados sobre 5-HT e NA

Potência adequada desde a dose inicial

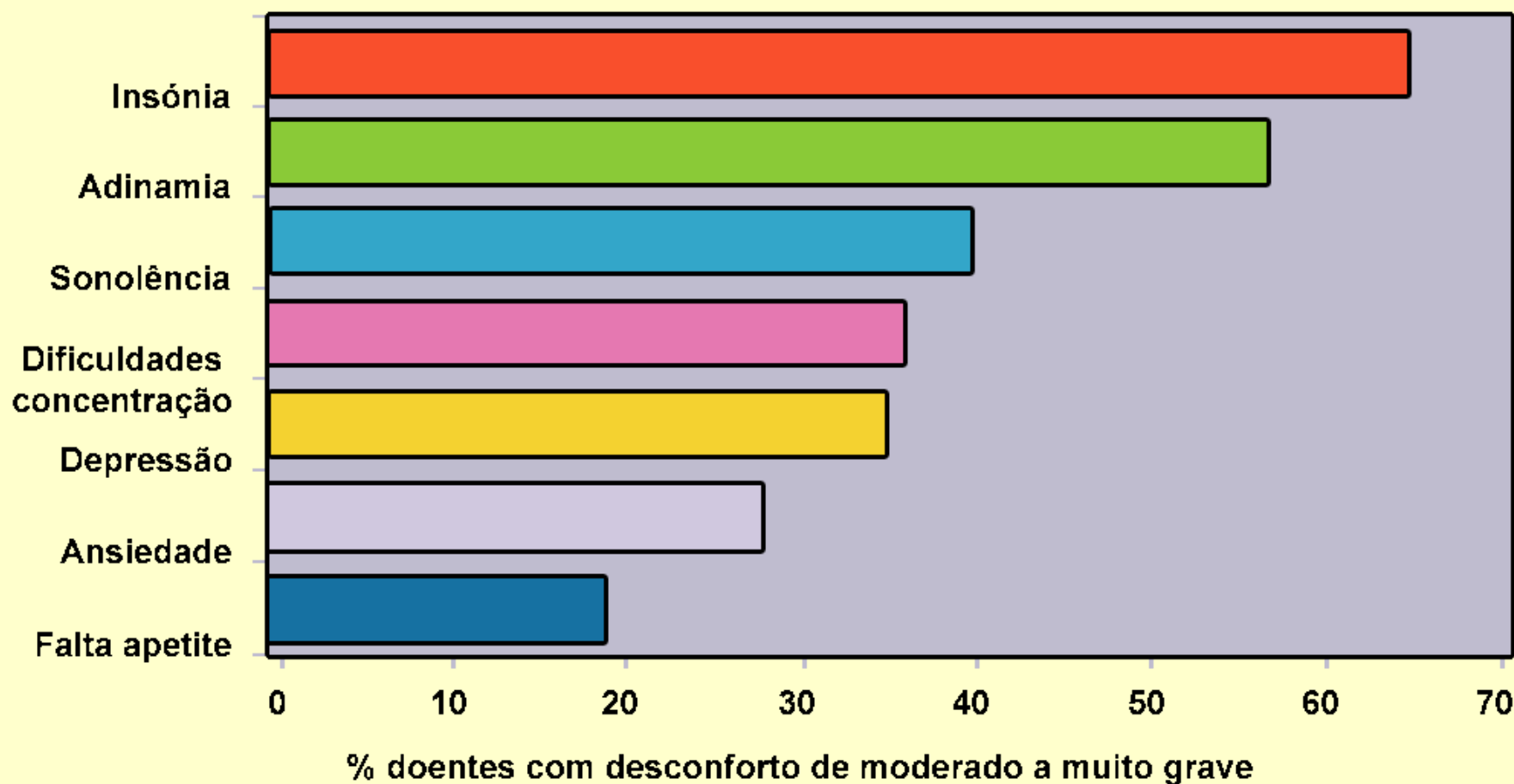
Selectividade sobre 5-HT e NA





# DOR NEUROPÁTICA (NeP)

## Doentes com DN Periférica Sintomas de Co-Morbilidade



# ALODINIA E HIPERALGESIA

- **ALODINIA** — resposta dolorosa a estímulo não doloroso
- **HIPERALGESIA** — resposta dolorosa aumentada a estímulo nóxico

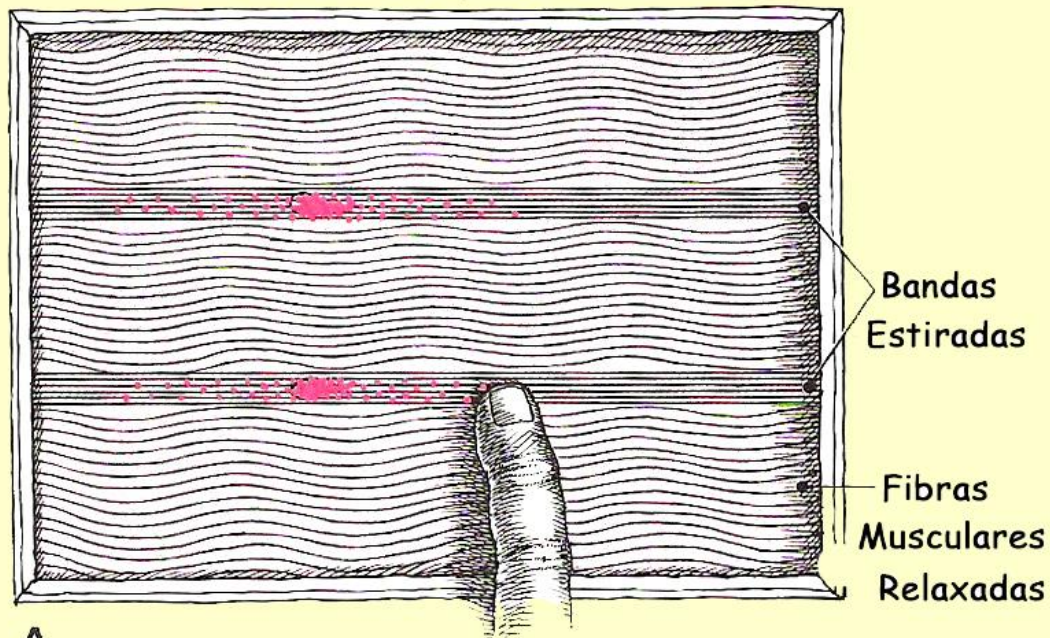
# DOR NEUROPÁTICA (NeP)

Sintomas Negativos e Positivos por Disfunção do Sistema Nervoso

Sintomas Negativos	Sintomas Positivos
<b>Motor</b> Parésia Paralisia	<b>Motor</b> Mioquimia Fasciculações Distonia
<b>Sensitivo</b> Hipostesia Hipoalgesia Anósmia Amaurose Surdez	<b>Sensitivo</b> Parestesia Disestesia Alodinia Hiperestesia Dor Tinnitus
<b>Autónomo</b> Vasodilatação Hipo/Anidrose Déficit Piloerecção	<b>Autónomo</b> Vasoconstrição Hiperhidrose Piloerecção

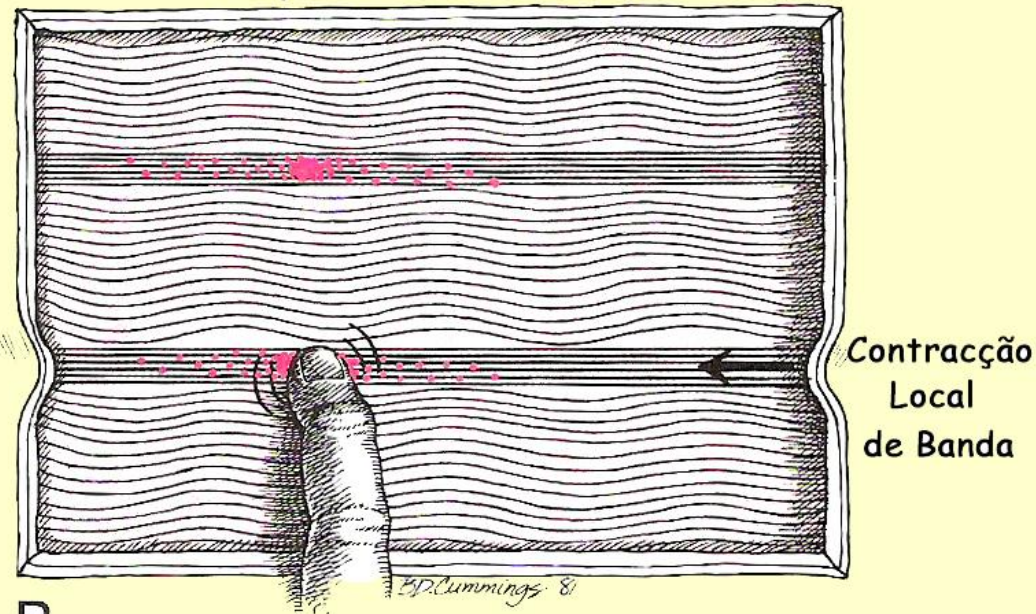


## Bandas Estiradas Palpáveis no Músculo



A

## Resposta Local Contráctil



B

# Técnica de Palpação de TrP Miofasciais

A - Palpação de banda estirada

B - Palpação rolante de TrP com resposta de contracção



# DOR MIOFASCIAL

dor muscular localizada

Músculos afectados contraídos ou “encurtados”;  
contêm TrP nas bandas “tauts” palpáveis dos músculos.

A dor é referida à distância,  
com localização não dermatômica.



# TRIGGER POINT TrP

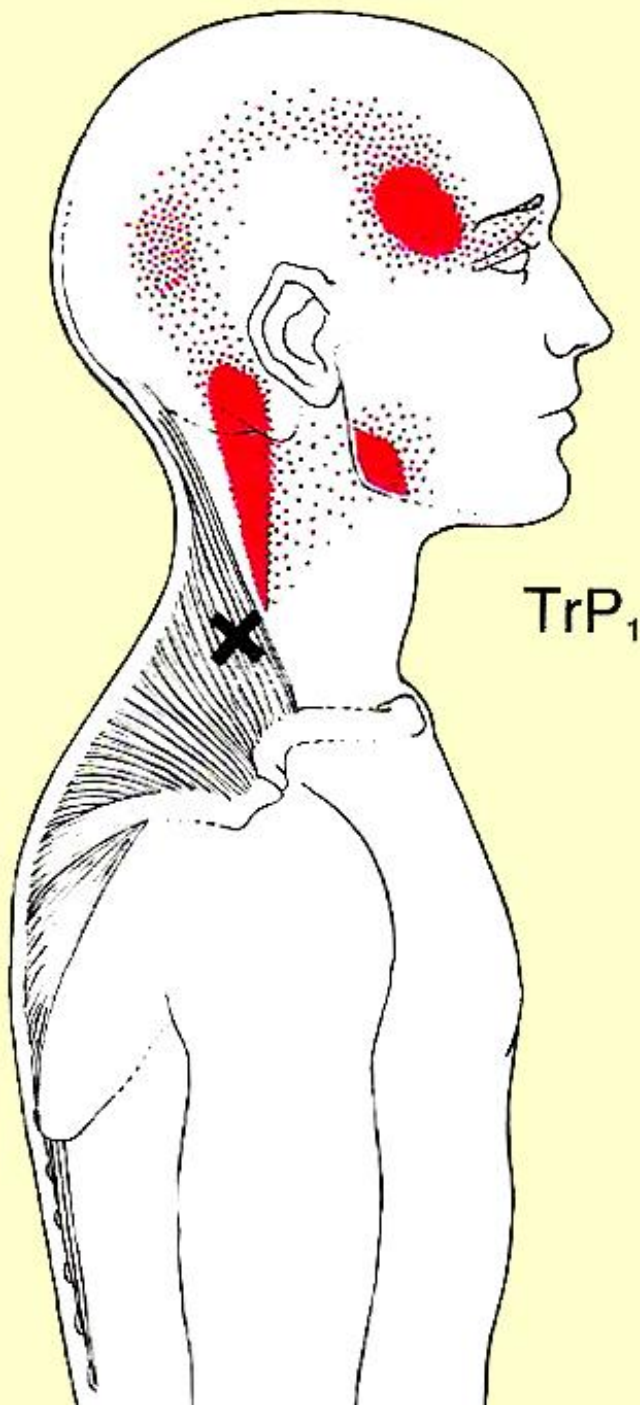
**TrP miofascial** é um ponto “hiperirritável”

num músculo esquelético

associado a nódulo hipersensível

numa banda estirada

# Músculo Trapézio



TrP nas fibras mais verticais e superiores do M. Trapézio.

As manchas vermelhas mostram zona dolorosa referida principal



# DOR MIOFASCIAL

dor muscular localizada

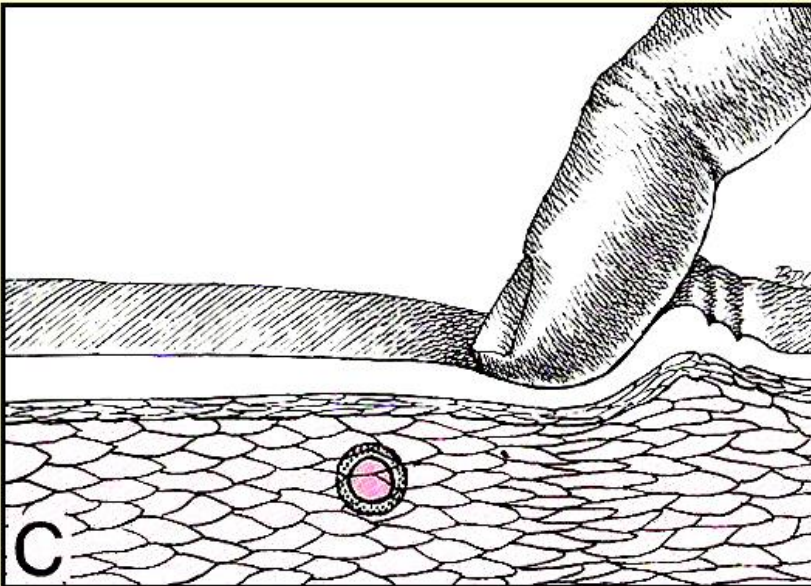
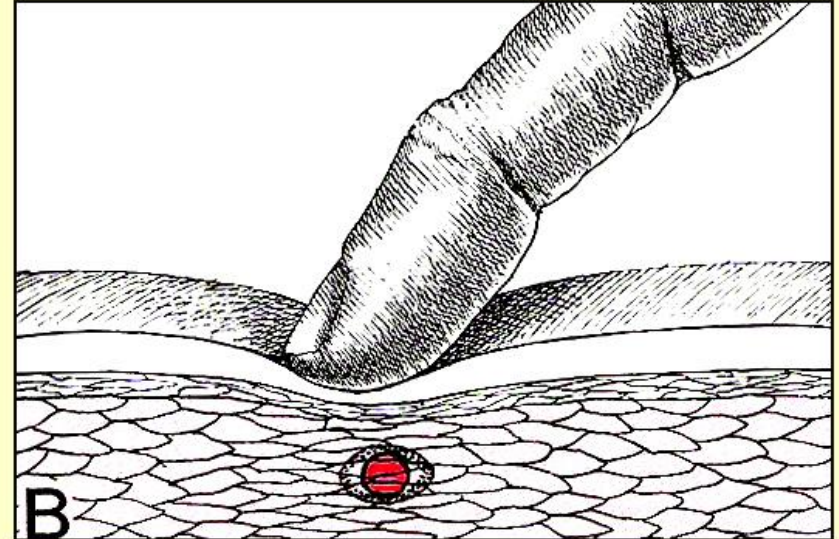
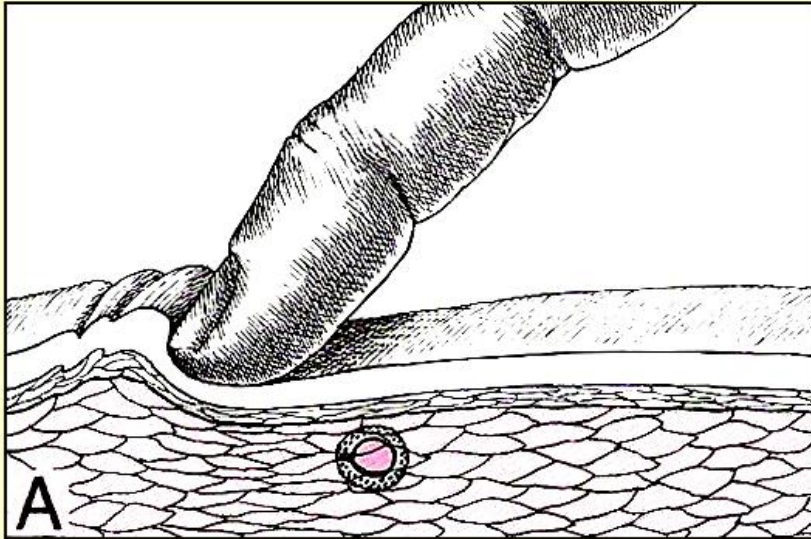
Palpação dos TrP induz “jumping sign”

Movimentos involuntários, dor referida e contracturas.

pode causar sintomas autonómicos:

vasoconstrição, sudação, salivação e tonturas

# Palpação “Flat”



Banda estirada (anel negro)  
TrP (ponto vermelho)

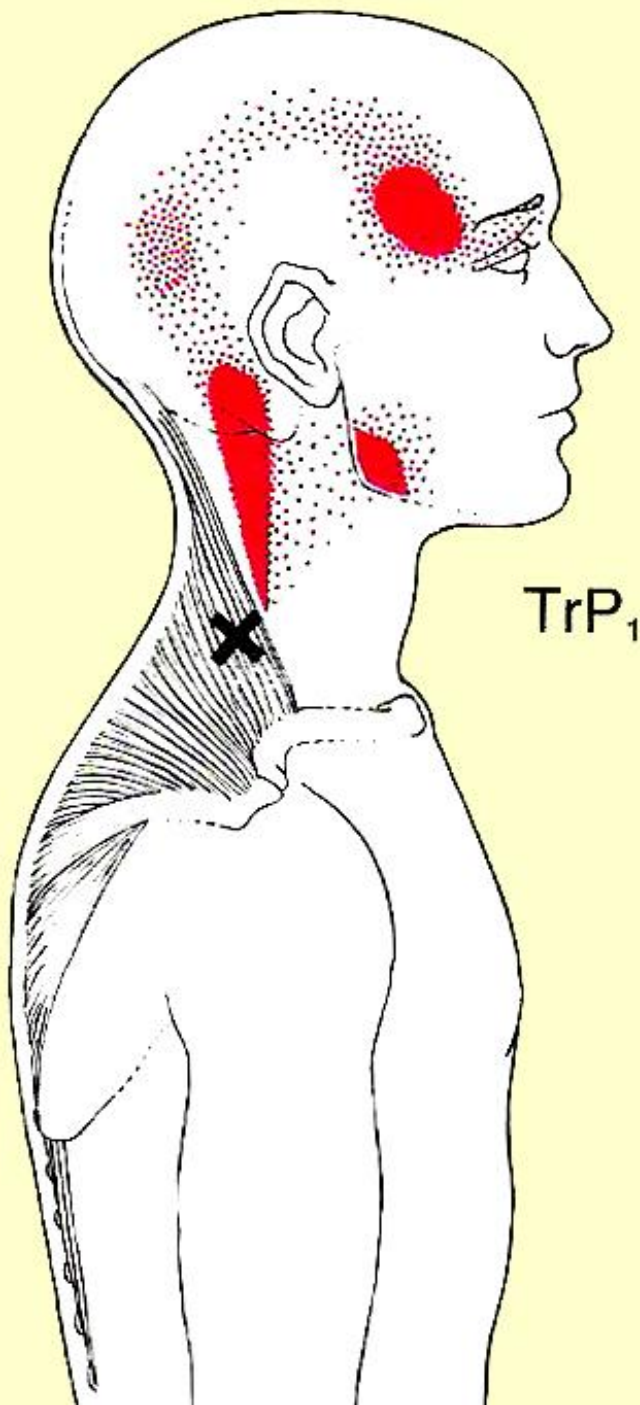
A - Puxar a pele para um lado

B - Polpa do dedo desliza pelas fibras musculares para sentir o “cordão”

C - Puxar a pele para o outro lado para completar o movimento



# Músculo Trapézio

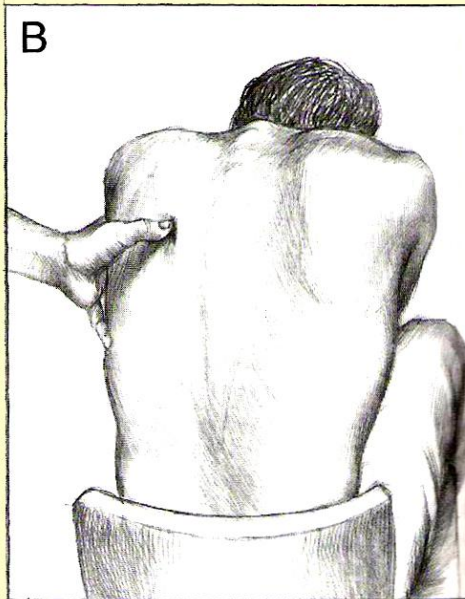
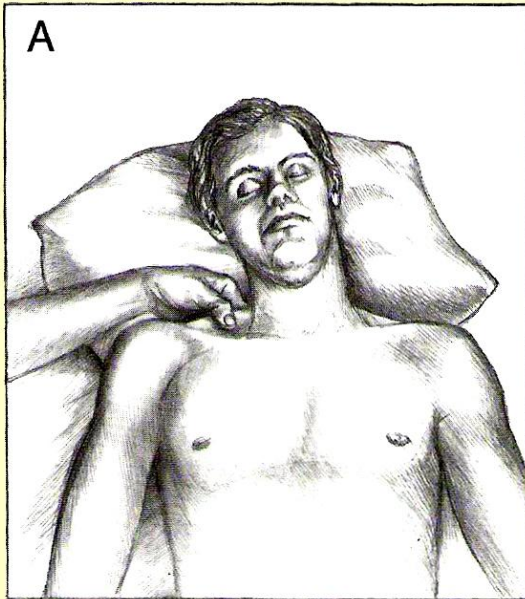


TrP<sub>1</sub>

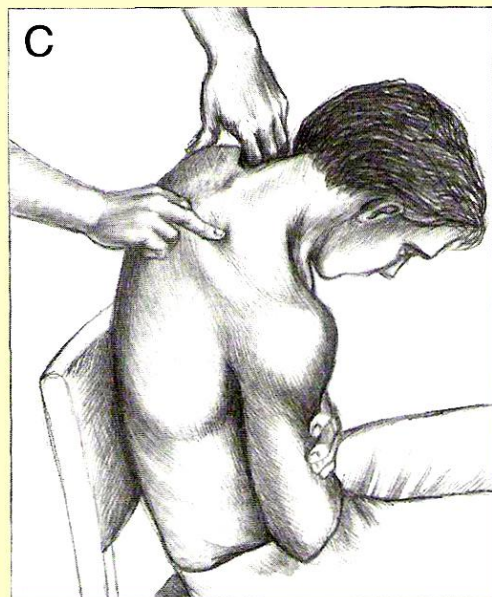
TrP nas fibras mais verticais e superiores do M. Trapézio.

As manchas vermelhas mostram zona dolorosa referida principal

# Músculo Trapézio



Posicionamento do doente e técnica para examinar TrPs



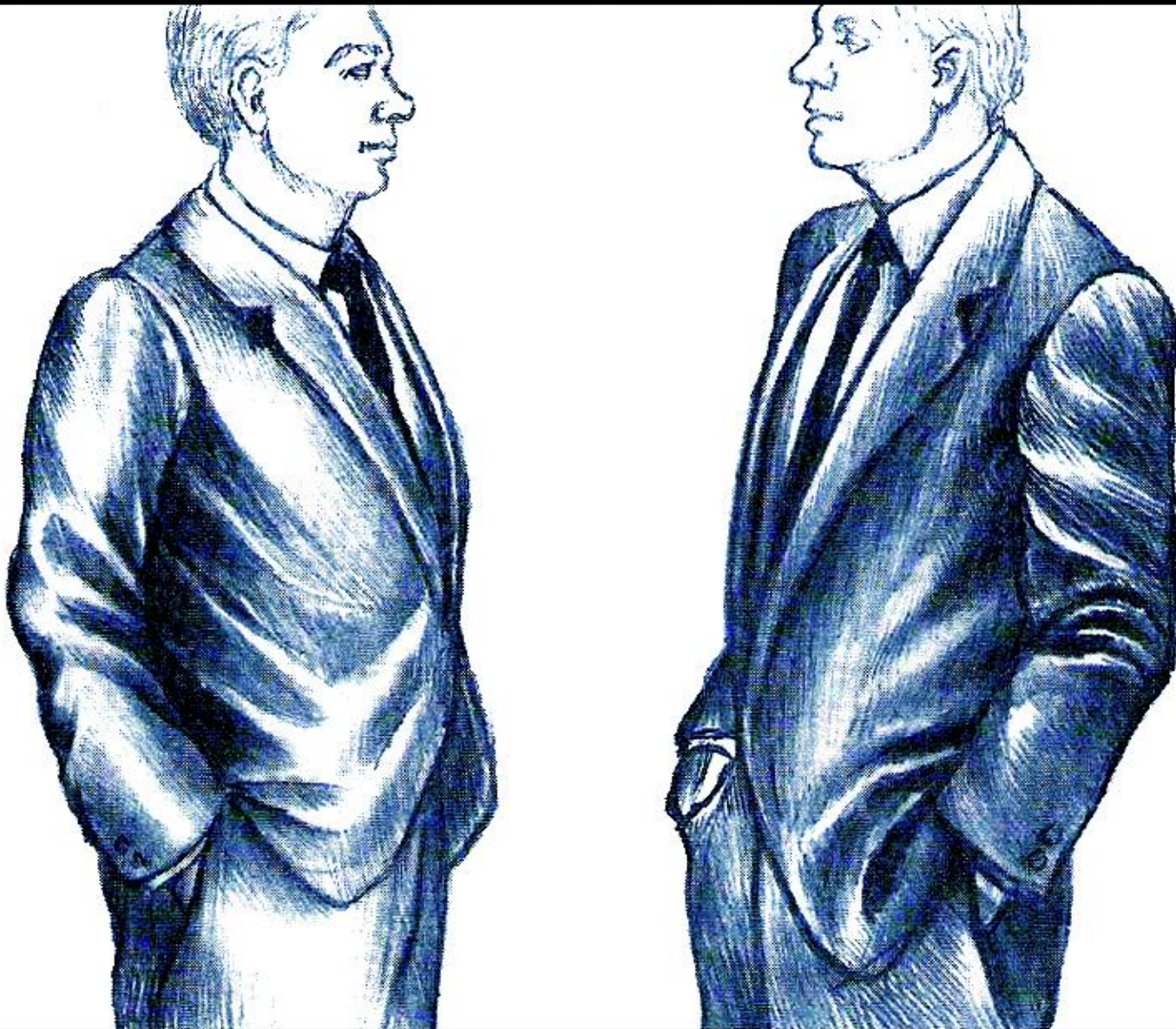
A – Palpação em pinça na parte superior do M e doente deitado

B – Palpação “flat” da parte inferior do M com o doente sentado com o braço para a frente e com a omoplata em abdução para estirar as fibras

C – Palpação “flat” para localizar a banda estirada horizontal na porção média de M



# Músculo Trapézio



Postura de alívio  
da tensão  
do músculo  
(mãos nos bolsos)

# TRIGGER POIN # TENDER POINT

Trigger Point é diferente de Tender Point

***Tender point tem ausência de:***

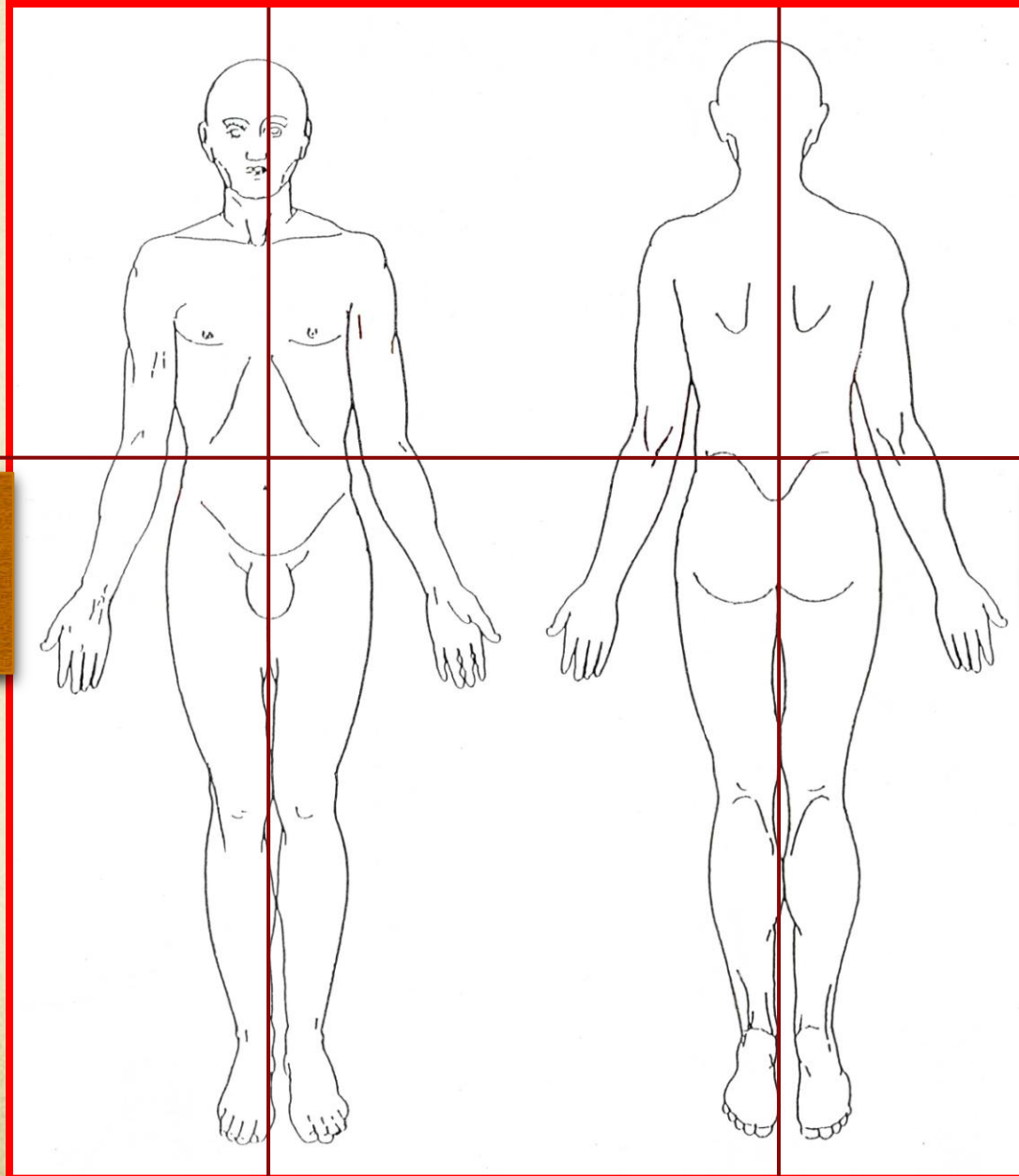
1. Dor referida
2. Banda “taut “ no músculo
3. Resposta local de contração

**É crucial o exame físico**



# DIAGRAMA CORPORAL

Síndrome  
MIOFASCIAL  
1 só quadrante



FIBROMIALGIA  
vários quadrantes

# FIBROMIALGIA

Síndrome doloroso,  
caracterizado por dor musculoesquelética generalizada,  
“tender points”, distúrbios do sono, fadiga intensa,  
parestesias intermitentes



# FIBROMIALGIA

## CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

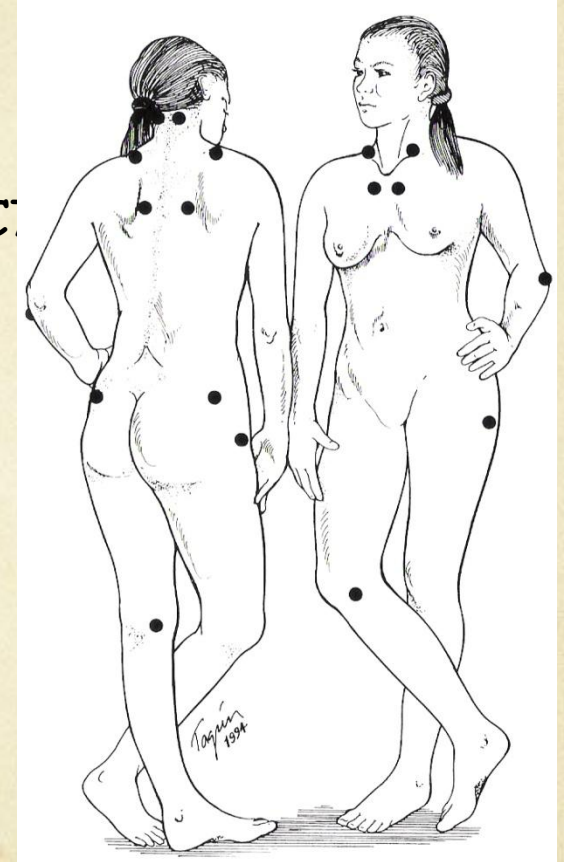
- Dor crónica generalizada > 3 meses
- “dor” mecânica em 11 de 18 pontos (alodinia mecânica)
- Insónia, fadiga e angústia
- Resposta do eixo hipotálamo-pituitária anormal ao stress
- Disautonomia variação freq cardíaca, hipoTA mediação neuronal
- Combinado com alterações major do “temperamento”
- Combinado com outros síndromes dolorosos crónicos

exs: sind. cólon irritável, sínd. fadiga crónica, enxaqueca, e lombalgia

# FIBROMIALGIA

## Localizações dos pontos "tender"

- Occipito, nas inserções do músculo suboccipital
- Reg. cervical posterior, processos transversos C5-C7
- Trapézio (ant), ponto médio do bordo superior
- Supraespinhoso (ant),
- Tórax anterior, 2ª condrocostal
- Epicôndilo lateral, 2cm distal do epicôndilo
- Glúteos, quadrantes supero-externos das nádegas
- Grande trocanter, proeminência posterior
- Joelhos





# FIBROMIALGIA

## Diagnóstico Diferencial

- Hipotireoidismo
- Artrite reumatóide em estadio precoce
- Lupus eritematoso sistémico
- Polimialgia reumática

# DIFERENÇAS – S.MF / FM

SÍNDROME MIOFASCIAL	FIBROMIALGIA
Dor localizada	Dor difusa
Dor muscular só	Dor muscular, tendões e ossos
Poucos TrP	Muitos tender-points
Pressão sobre TrP = dor referida	Dor local só
Dor unilateral acima / abaixo cintura	Dor bilateral acima e abaixo da cintura
Por trauma ou sobrecarga	Início espontâneo
Raros sintomas sistêmicos	Sintomas sistêmicos, GI, etc (geralmente)
Causa muscular (provável)	Alterações sensitivas SNC (provável)



# EO da coluna lombar

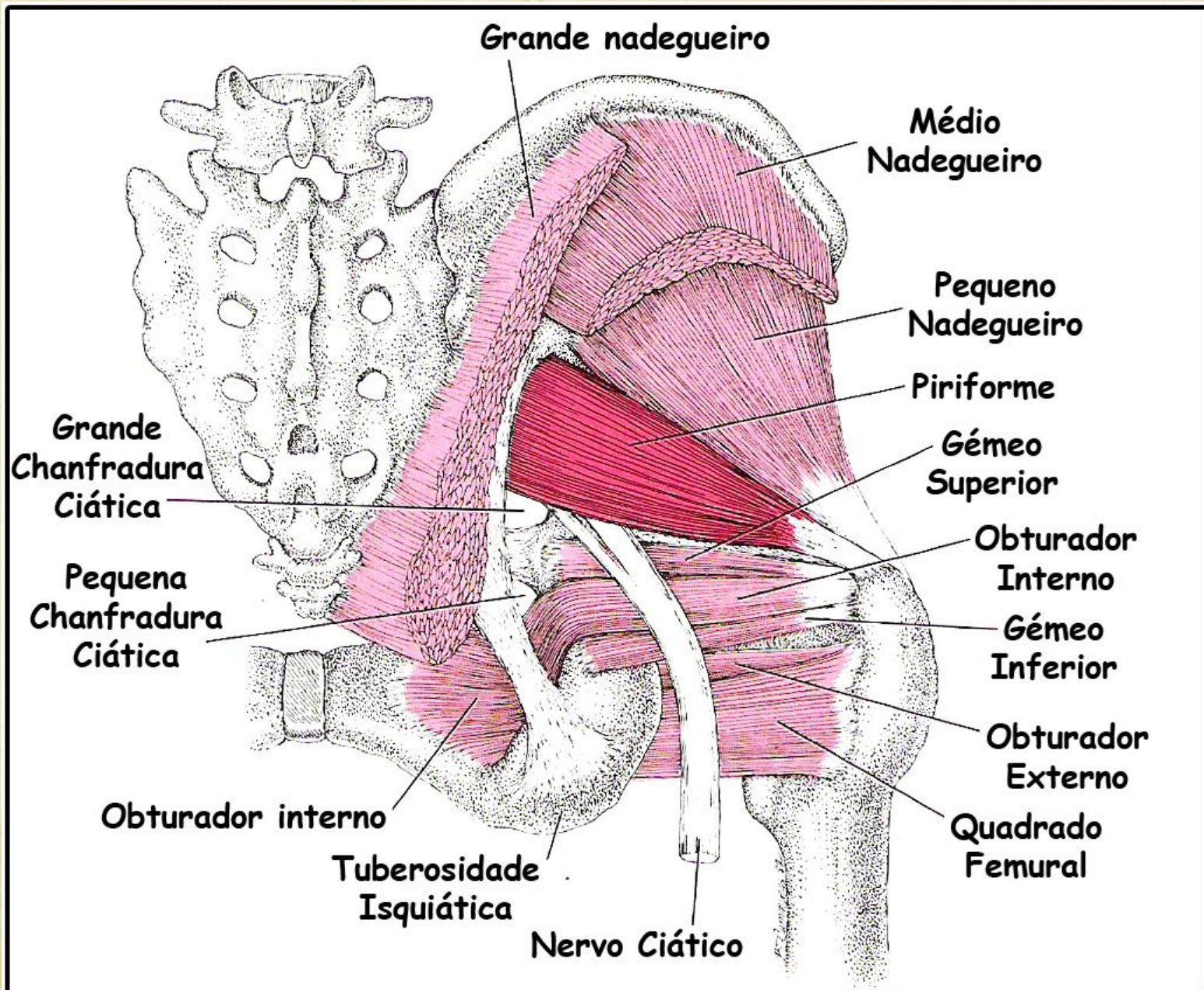
## Quadro Resumo

	Radiculopatia Ciática	Artropatia Facetas	Síndrome Sacro Ilíaco	Síndrome Piriforme	Bursotendinite Trocant.
DOR	Típica	Anca Nádega	Sacro-lombar	Pseudo-ciática Sem lombalgia	
DIAGN	SLR Laségue Bragar	Extensão Rotação Lateraliz.	Palpação Gaenslen Faber-Patr.	Rotação ext. Abdução	Palpação

DOR TÍPICA lombalgia com irradiação até abaixo do joelho

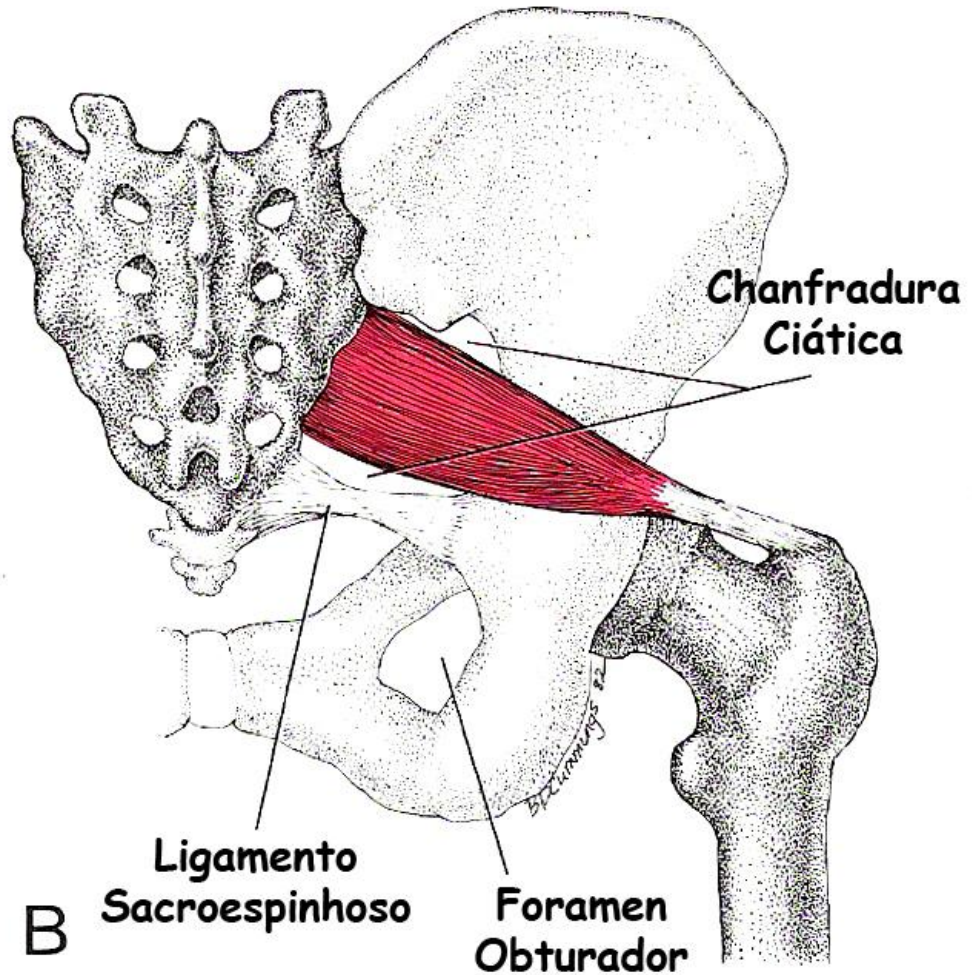
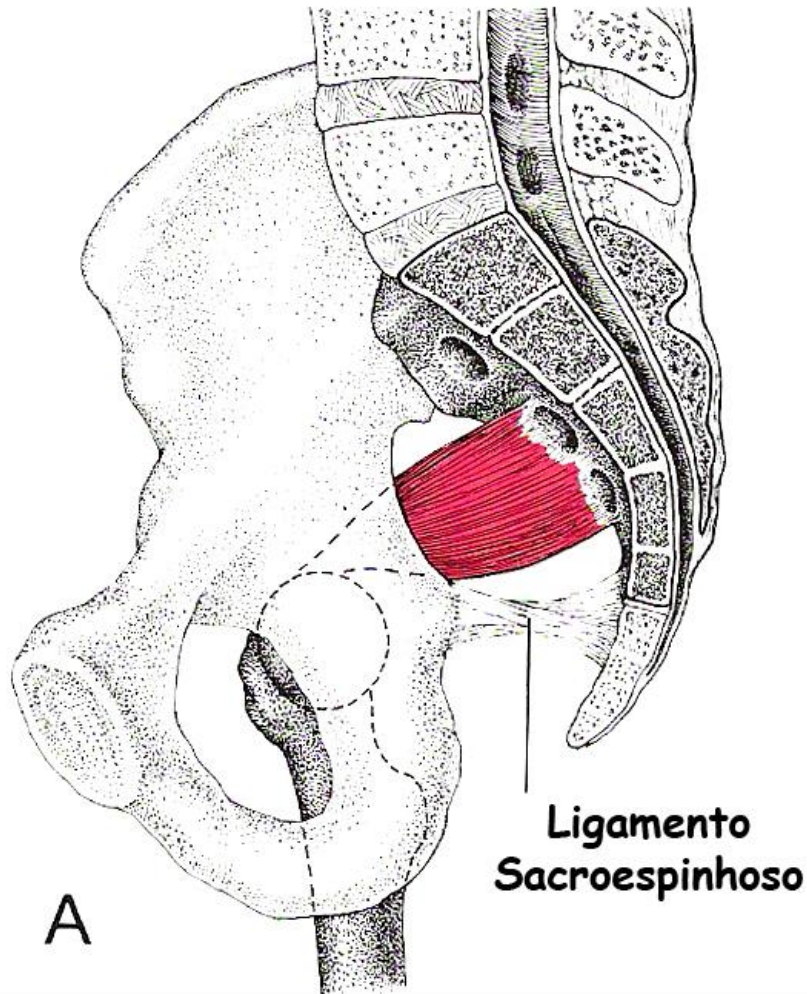
SLR Straight Leg Raise

# Músculo Piriforme





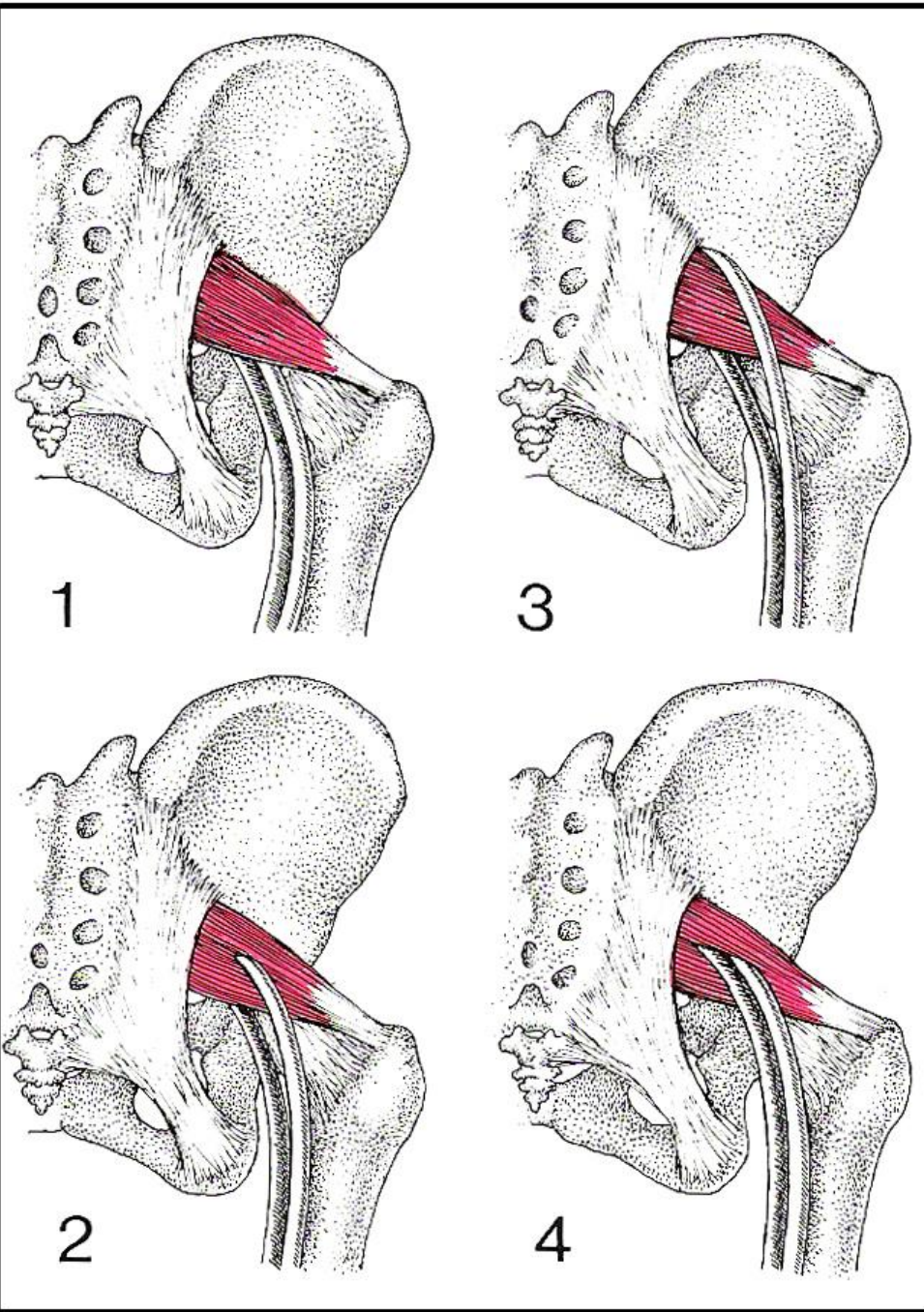
# Músculo Piriforme





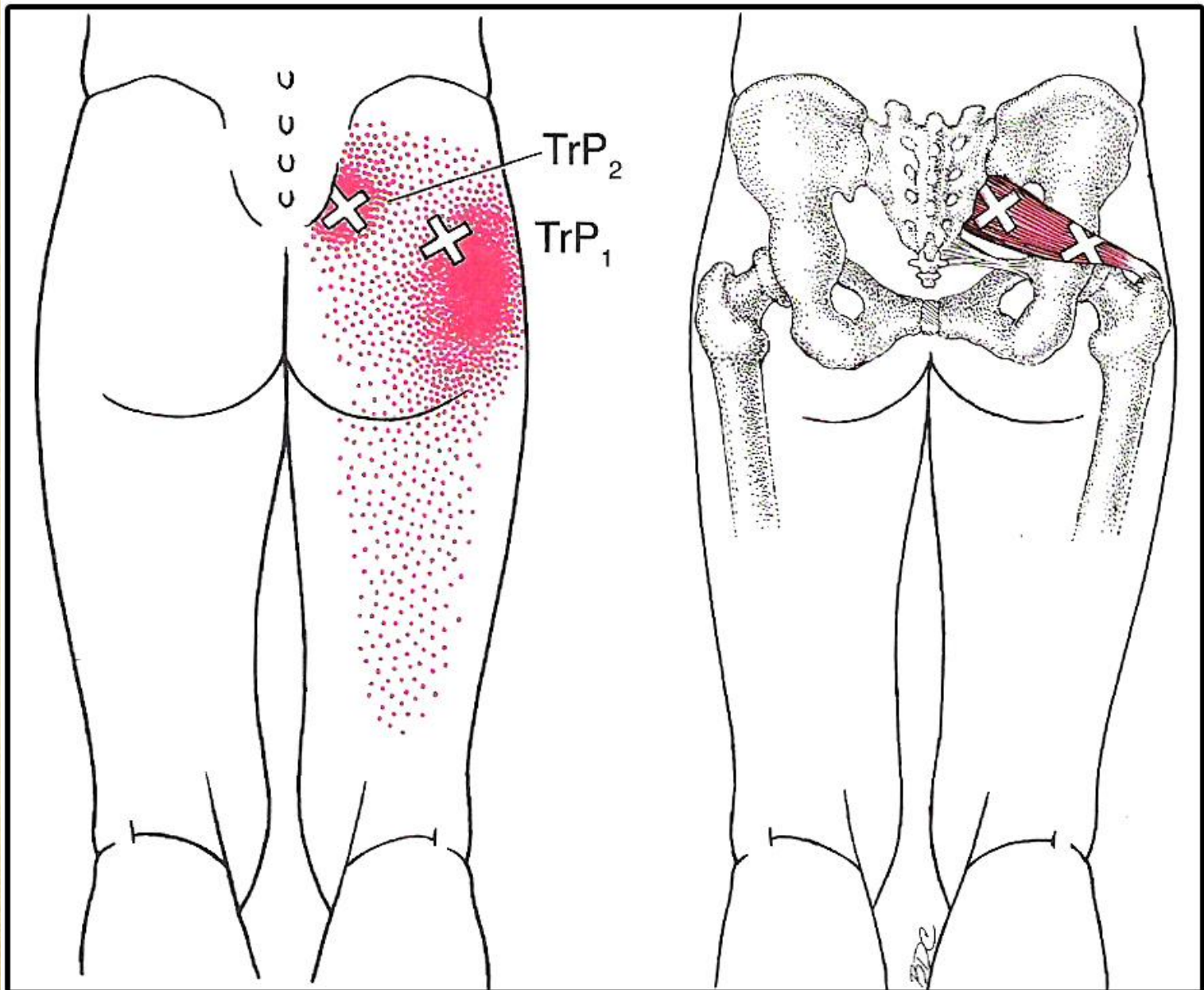
# Músculo Piriforme

Quatro modalidades anatómicas





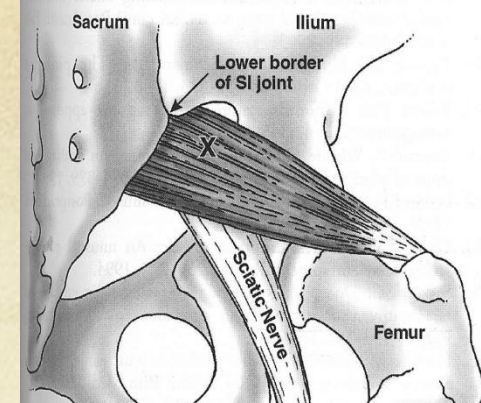
# Músculo Piriforme





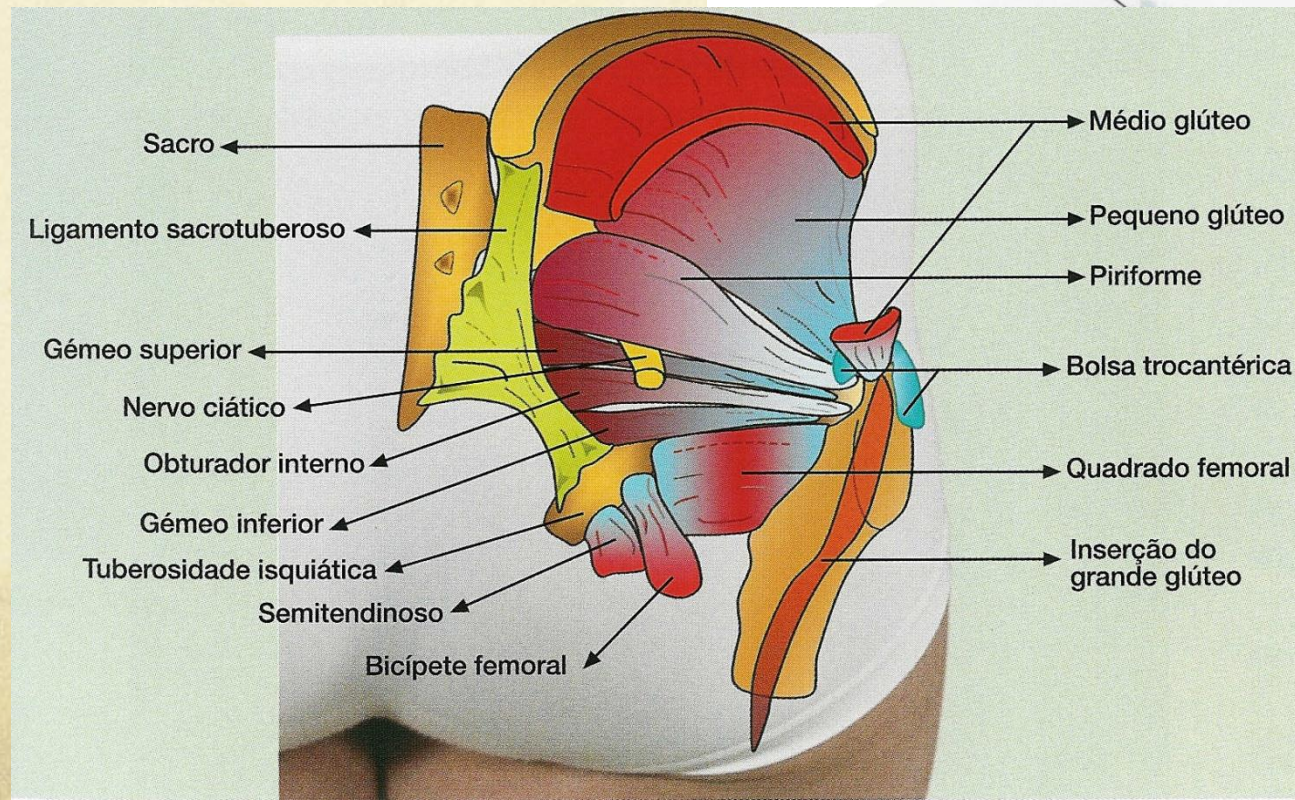
# EO da coluna lombar

## Pseudociática - Síndrome Piriforme (1)



- Ciático (L4 a S3) → grande foramen ciático → emerge por baixo do músculo piriforme

- Dor à abdução
- rotação externa da coxa





# EO da Coluna lombar

## Pseudociática - Síndrome Piriforme (2)



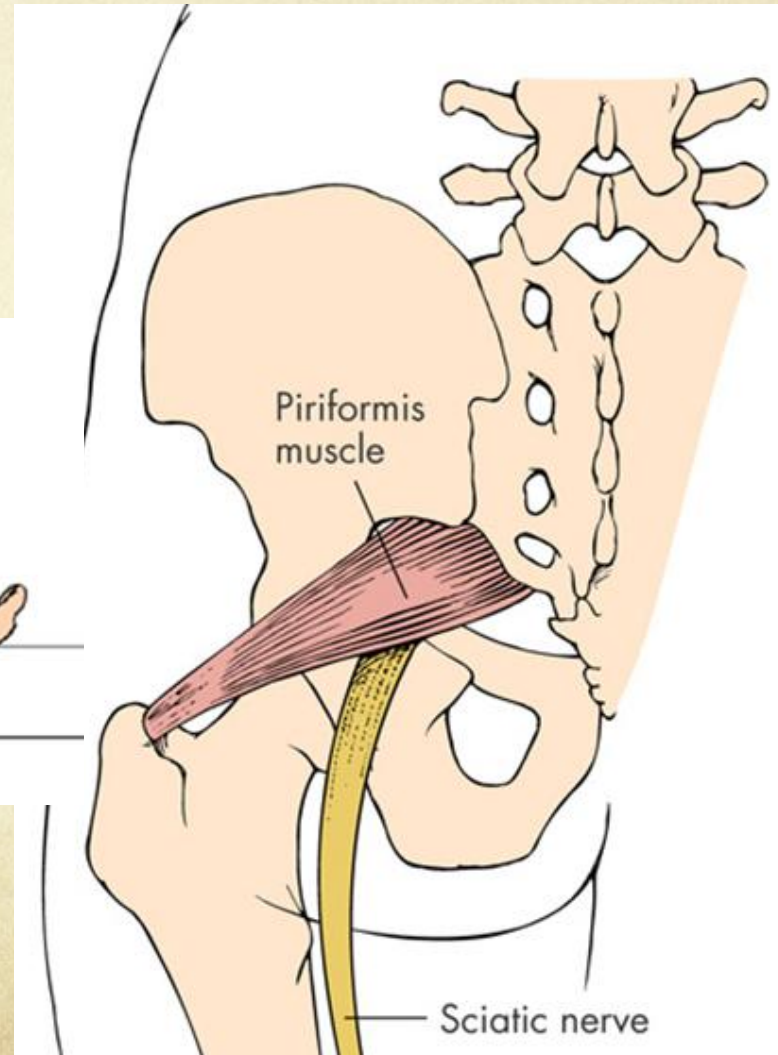
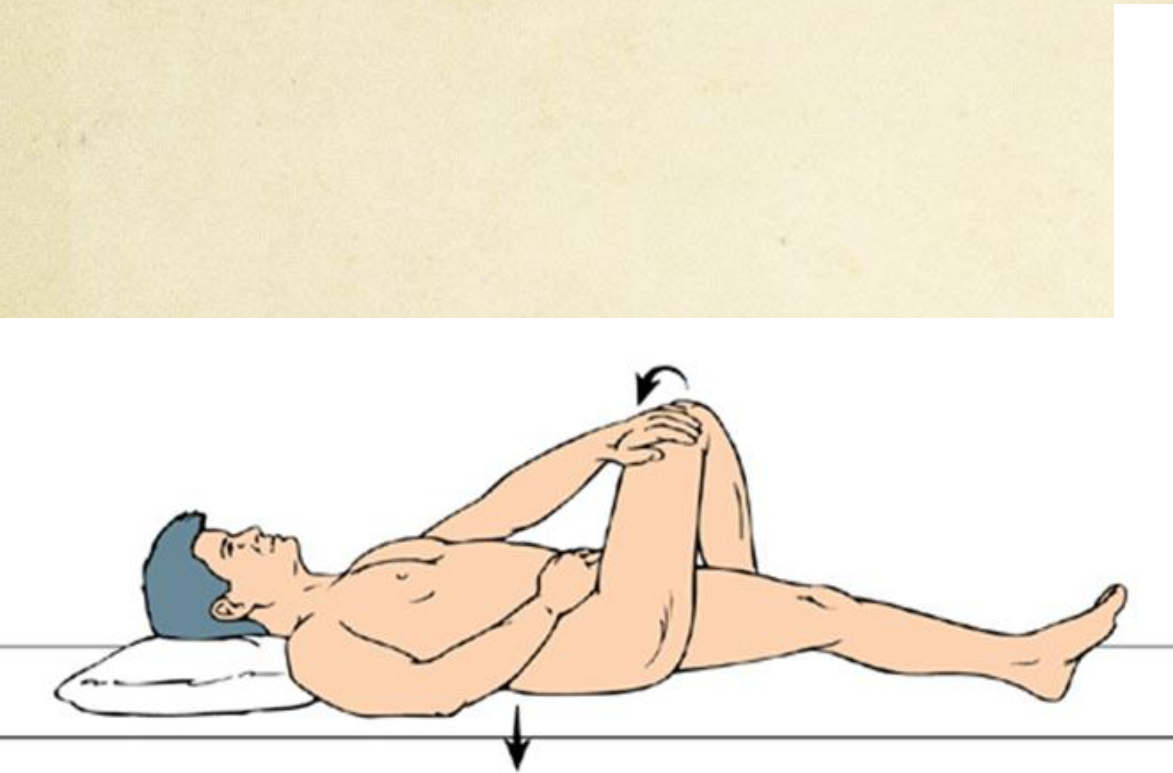
- Dor à abdução e rotação externa da coxa

- Médico força abdução
- Dor na parte interna da região inguinal
- Dor mais intensa na abdução forçada



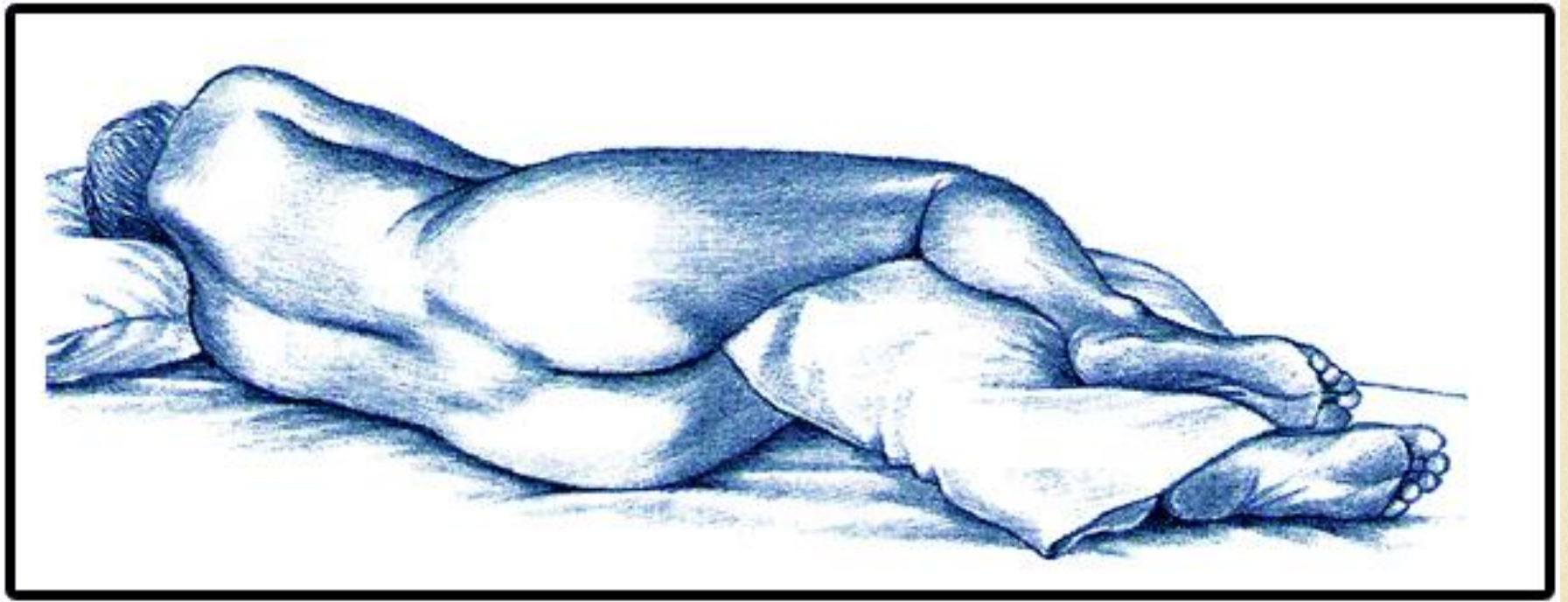
# EO da coluna lombar

## Pseudociática - Síndrome Piriforme (3)





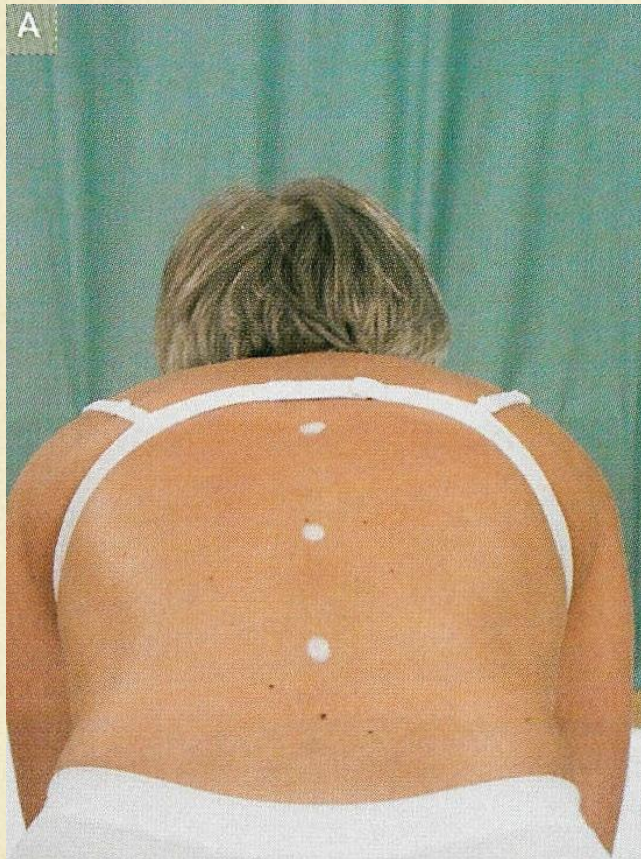
# Músculo Piriforme



Posição correcta  
Decúbito lateral sobre o lado não afectado

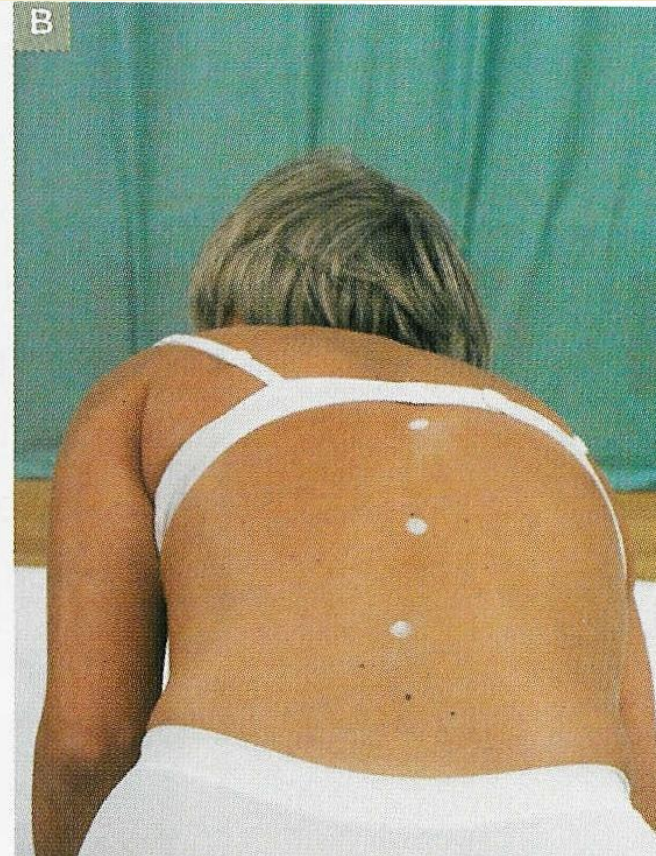


# EO da Coluna lombar - observação



A. Escoliose postural

É corrigida com flexão da coluna



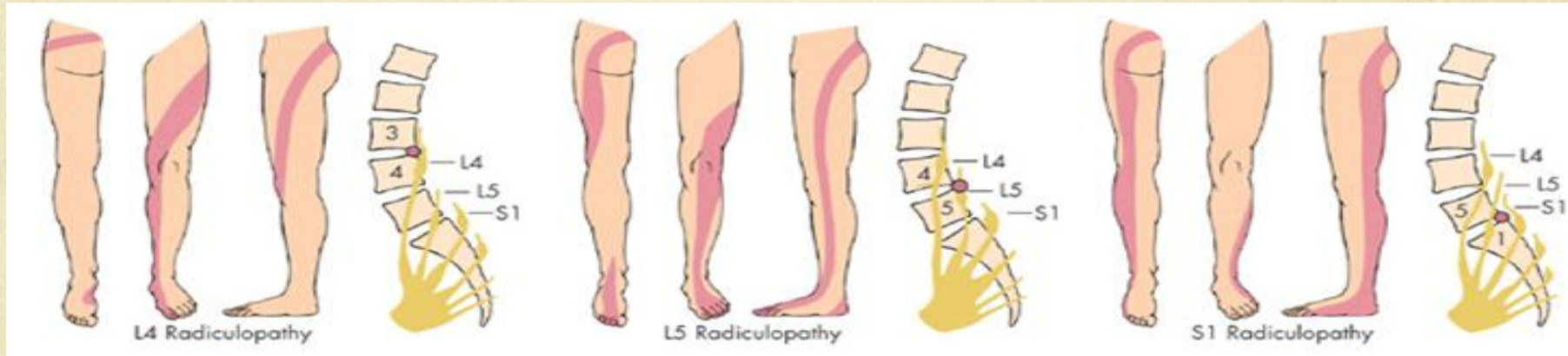
B. Escoliose estrutural

Mantem-se em flexão  
Desalinhamento ombros

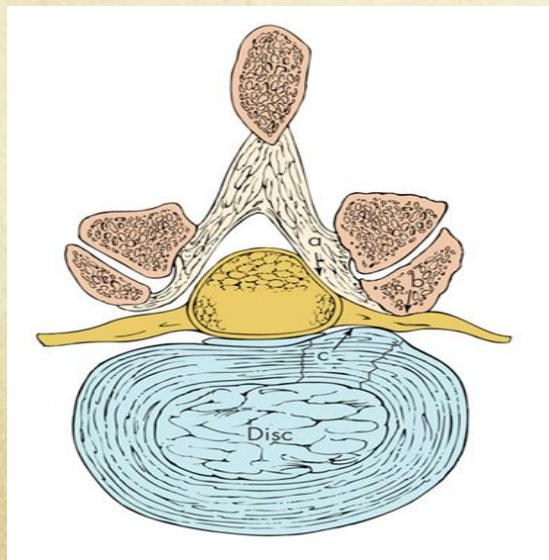


# EO coluna lombar - Ciatalgia (causas)

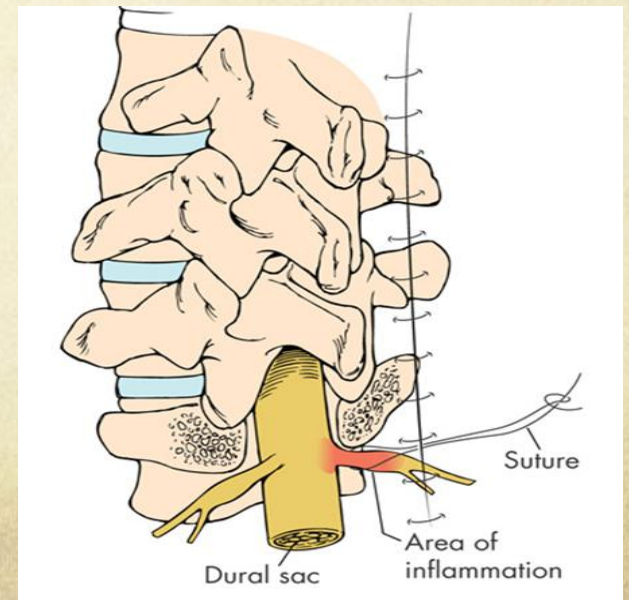
## a. Osteofito e espessamento do ligamento amarelo



## c. Discopatias com diminuição espaço foraminal



## b. Alterações degenerativas das facetas





# EO coluna lombar - Exame neurológico

## Dermátomos sensitivos

### Ciatalgia - L5 ou S1

Déficit sensitivo no dermatomo correspondente

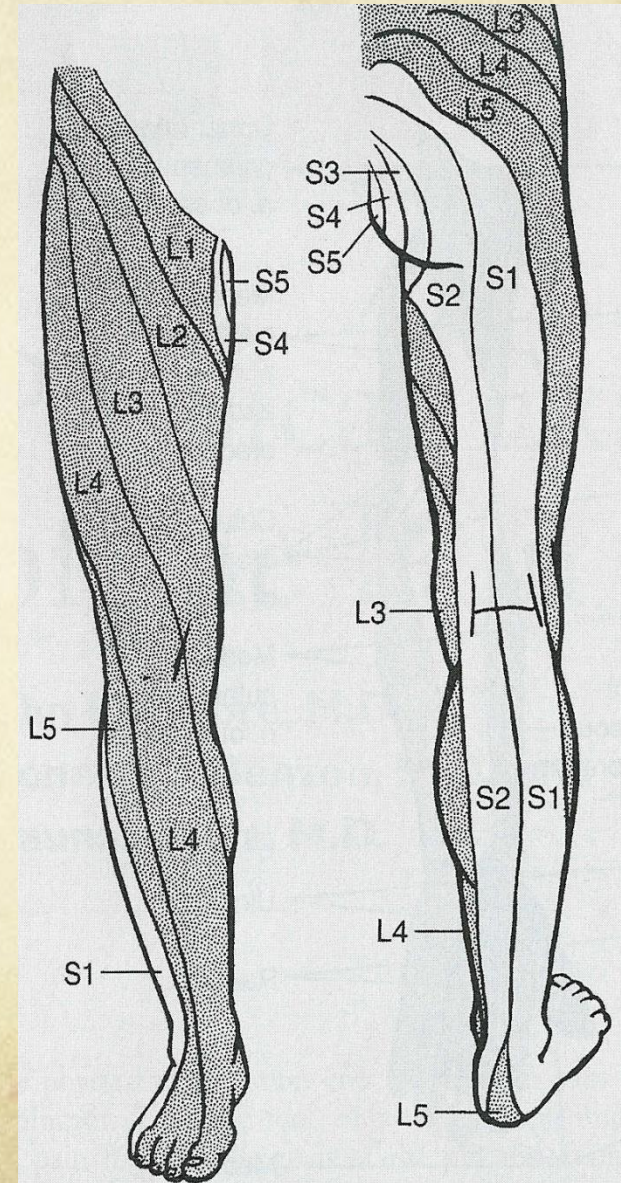
- Pé

- ☐ força dorsiflexão (L5)
- ☐ força extensão (S1)

- ☐ Reflexo Aquiliano (S1)

Estes déficits neurológicos surgem tardiamente

- Marcha em bicos pés - S1
- Marcha em calcanhares - L5





# EO da coluna lombar - ciatalgia

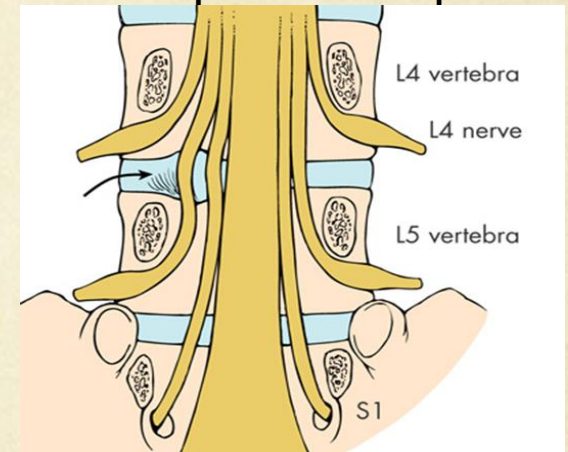
- DOR TÍPICA lombalgia com irradiação até abaixo do joelho

Derivada de L5 irradiação pela face antero-externa perna → face dorsal do pé

Derivada de S1 irradiação pela face posterior da perna → face plantar do pé

- Diagnóstico

- Dor típica
- positividade de testes de distensão do ciático
- Déficit neurológico (inconstantes)



- DOR ATÍPICA lombalgia com irradiação que não desce abaixo do joelho

→ Lombo-cruralgia (não é ciatalgia)

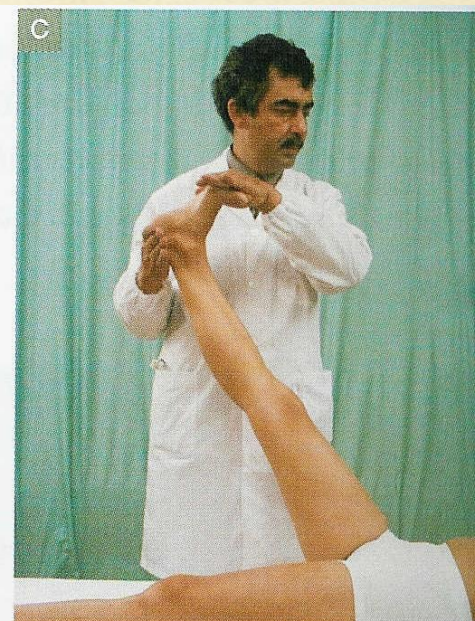
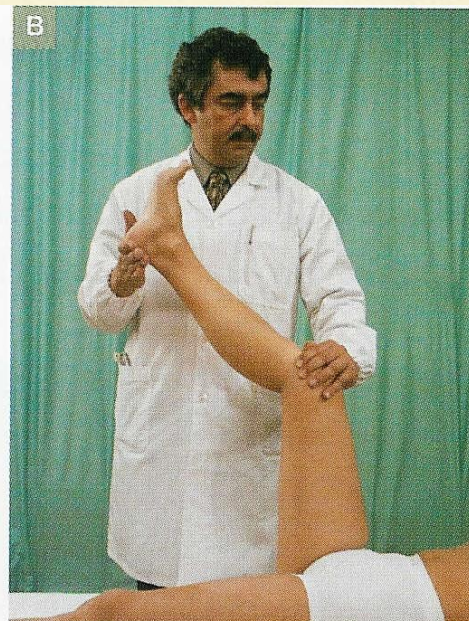
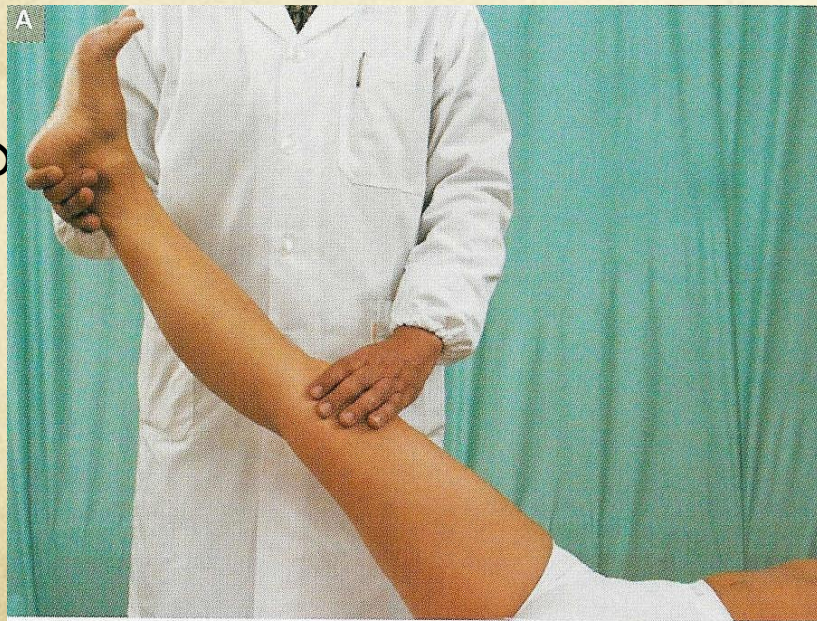


# EO da Coluna lombar

## Testes de distensão do n.ciático

- A. Teste + Dec.dorsal - elevação passiva, joelho extensão Dor típica de 30-60° acima deste ângulo não é específica, nem é forçosamente patológica
- B. Laségue: flexão do joelho, > flexão anca → extensão passiva joelho → Dor típica

→ Laségue +





# EO da Coluna lombar

## Testes de distensão do n.ciático



Straight leg raising



Dorsiflexion of foot intensifies pain



Crossed straight leg raising

# EO da Coluna lombar

## Pseudociática - Bursotendinite trocantérica

- A. BURSITE - Pressão firme sobre bolsa serosa trocantérica  
face externa de promontório ósseo (Trocanter)
- B. TENDINITE - Palpação de inserções musculares dos abdutores,

