

# Perfil da Dor Neuropática: a Propósito do Exame Neurológico Mínimo de 33 Pacientes \*

## Neuropathic Pain Profile: the Basic Neurological Exam of 33 Patients

Marco Antonio Cardoso de Resende, TSA<sup>1</sup>, Osvaldo José Moreira Nascimento<sup>2</sup>, Anna Amélia Silva Rios<sup>3</sup>, Giseli Quintanilha<sup>4</sup>, Luís Eduardo Sacristan Ceballos<sup>5</sup>, Fernando Paiva Araújo<sup>6</sup>

### RESUMO

Resende MAC, Nascimento OJM, Rios AAS, Quintanilha G, Sacristan Ceballos LE, Araújo FP – Perfil da Dor Neuropática: a Propósito do Exame Neurológico Mínimo de 33 Pacientes.

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Há poucos textos na literatura a lidar com o exame neurológico do paciente com dor neuropática (DN). O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de pacientes com DN através de exame clínico neurológico.

**MÉTODO:** Em estudo observacional, uma série de casos de pacientes com DN foi acompanhada no período de um ano. A avaliação do exame neurológico foi efetuada durante visita ao ambulatório e através de análise prospectiva. Foram incluídos pacientes cuja intensidade da dor era igual ou maior que seis, segundo a Escala Analógica Visual.

**RESULTADOS:** A dor em queimação predominou como descritor em 54,5% dos pacientes. A polineuropatia foi o padrão clínico-topográfico predominante (48%) com padrão distal e simétrico, em oposição a quadros de neuropatia multifocal (15,15%). As modalidades termoalgésica e tátil do exame de sensibilidade foram as mais comprometidas, logo acompanhadas por alterações motoras e reflexos profundos, enquanto modalidades de sensibilidade proprioceptiva vieram a seguir. Apesar de nenhum sinal ou sintoma ser específico de DN, a queimação como sintoma costuma ser atribuída ao acometimento de fibras finas, assim como o padrão típico destas é a alteração térmico-dolorosa.

**CONCLUSÕES:** A história e os achados do exame físico são a chave para o diagnóstico de DN. O registro das alterações encontradas ao exame deve ressaltar o comprometimento observado e assim nortear a abordagem diagnóstica e terapêutica, se curativa ou paliativa.

**Unitermos** EXAMES DIAGNÓSTICOS; DOR: neuropática

\* Recebido (**Received from**) do Serviço de Anestesiologia e Neurologia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF)

1. Anestesiologista; Corresponsável CET/SBA HUAP/UFF
2. Professor Titular de Neurologia da UFF
3. Anestesiologista do HUAP-UFF; Doutora em Patologia Experimental – UFF
4. Médica do Ambulatório de Neuropatia Periféricas da UFF; Mestre em Neurologia – UFF
5. ME<sub>2</sub> em Anestesiologia
6. Médico; ME, da CNRM do HUAP-UFF

Apresentado (**Submitted**) em 31 de maio de 2009  
Aceito (**Accepted**) para publicação em 24 de dezembro de 2009

Endereço para correspondência (**Correspondence to**):  
Dr. Osvaldo J. M. Nascimento  
Rua Siqueira Campos, 53/1204  
Copacabana  
22031-071 Rio de Janeiro, RJ

### SUMMARY

Resende MAC, Nascimento OJM, Rios AAS, Quintanilha G, Sacristan Ceballos LE, Araújo FP – Neuropathic Pain Profile: the Basic Neurological Exam of 33 Patients.

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Very few texts in the literature approach the neurologic exam of patients with neuropathic pain (NP). The objective of this study was to evaluate the profile of patients with NP through the neurological exam.

**METHODS:** This is an observational study that followed-up patients with NP for one year. The neurologic exam was evaluated at the outpatient clinic and through prospective analysis. Patients whose pain severity was equal or greater than six on the Visual Analogue Scale were included in this study.

**RESULTS:** Burning pain predominated, affecting 54.5% of the patients. Unlike multifocal neuropathy (15.15%), distal and symmetrical polyneuropathy was the predominant clinical-topographic pattern (48%). The thermoalgic and tactile modalities of the sensorial exam were affected the most, followed by changes in motor function and deep tendon reflexes, and proprioception. Although NP does not have specific signs and symptoms, burning pain is attributed to the involvement of thin nerve fibers and thermoalgic pain is typical of those changes.

**CONCLUSIONS:** History and physical exam findings are key factors in the diagnosis of NP. The log of changes in the physical exam should emphasize the involvement observed, guiding the diagnostic and therapeutic approach, curative or palliative.

**Keywords:** DIAGNOSTIC EXAMS; PAIN: neuropathic

### INTRODUÇÃO

A dor neuropática (DN) está entre as síndromes mais prevalentes como causa de dor crônica. Pacientes com dor de origem predominantemente neuropática apresentam idade mais avançada e dor mais grave e frequente que outros tipos de dor crônica. Além disso, ela está associada aos piores índices de qualidade de vida e estado geral de saúde dos pacientes<sup>1-2</sup>. A DN tem etiologias muito diversas e é classificada, de acordo com a localização da lesão ou inflamação no sistema nervoso, em periférica ou central<sup>3</sup>. Um dano tissular não resolvido leva ao quadro de dor persistente e estima-se que a sensibilização central seja responsável pela hiperalgesia secundária e pela alodinia tátil, comuns aos processos inflamatórios e neuropáticos<sup>4</sup>.

Woolf e Mannion sugerem que o progresso no tratamento da dor neuropática periférica está na identificação dos mecanismos, e não nos fatores etiológicos e na natureza dos sintomas <sup>5</sup>. No entanto, a busca de diversos aspectos da DN, incluindo exame (clínico) neurológico mínimo para formas diferentes de apresentação, pode ser fundamental para a decisão terapêutica, auxiliando o anestesiológista no dia –a dia de maneira pragmática. O entendimento do motivo da dor deve anteceder o processo decisório entre infiltrações, bloqueios anestésicos, medicamentos orais e tratamento de suporte. Em alguns pacientes há dificuldade quanto à determinação da natureza da dor estudada, que pode ser central, neuropática periférica, nociceptiva ou psicogênica. A coexistência de mais de um tipo de dor pode ser um desafio para o diagnóstico diferencial, como acontece no paciente atáxico e parético, que ao mesmo tempo precisa exageradamente de músculos acessórios e desencadeia dor nociceptiva.

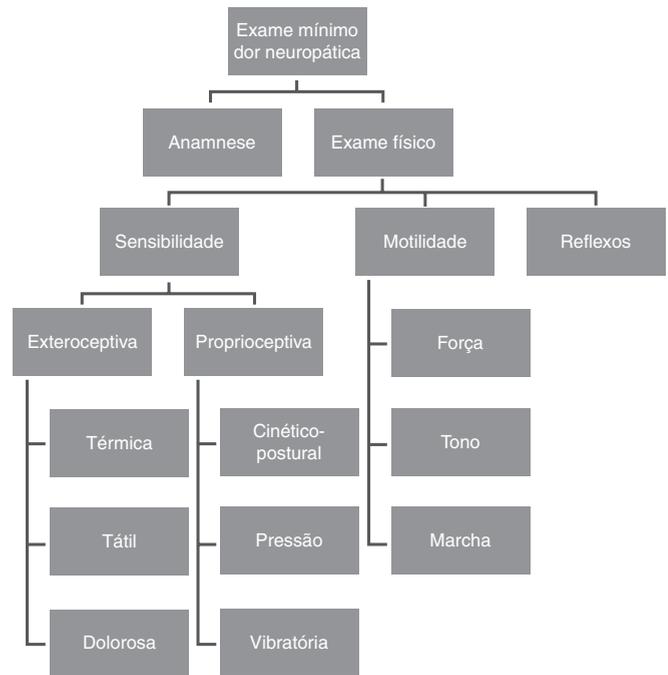
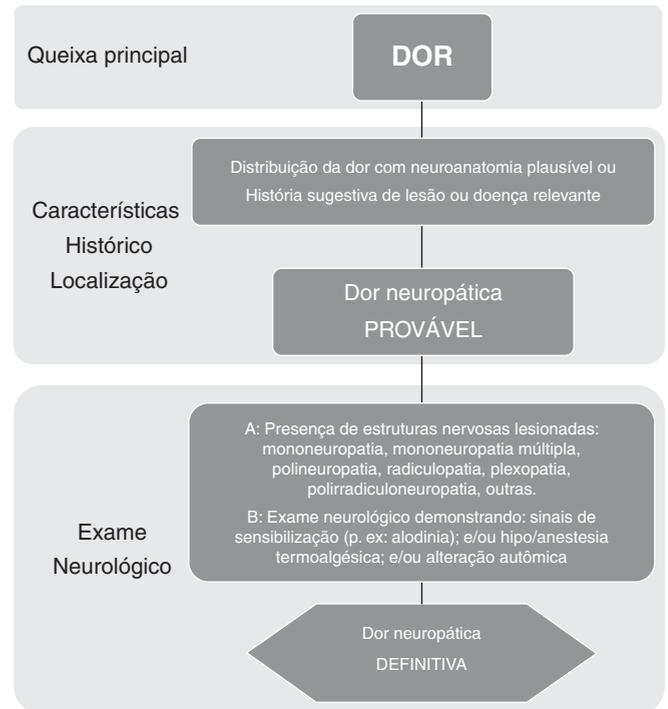
Há poucos textos na literatura que lidam especificamente com o exame neurológico da DN <sup>6-7</sup>. Longe de ser objeto exclusivo do neurologista, o exame neurológico é, como sugere De Jong, parte do diagnóstico médico <sup>8</sup>.

Métodos de rastreamento voltados para a identificação da DN, como o *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS)* e o *Douleur Neuropathique en 4 questions (DN4)*, utilizam pontuação baseada em sintomas e dados de exame clínico <sup>9</sup>. Em 2008, a inexistência de ferramenta para diagnóstico específico gera uma proposta de classificação da DN por Treede e col. em “possível”, sentido apenas hipotético, “provável” e “definitiva”, sendo que as duas últimas exigem confirmação através de exame neurológico <sup>10</sup>.

O objetivo do presente estudo foi avaliar pacientes com DN com maior enfoque no exame clínico neurológico convencional, e não apenas em sintomas. Analisando o perfil encontrado nos mesmos e a partir da aplicabilidade de fluxogramas, podemos contribuir com o especialista em Anestesiologia e acrescentar dados quanto à forma de reconhecer a dor e avaliar sua apresentação clínica.

**MÉTODO**

O estudo tratou da análise observacional descritiva de uma série de casos de pacientes com DN, acompanhados no Ambulatório de Neuropatias Periféricas e Dor Neuropática ou internados no Hospital Universitário Antonio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, com aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa. A coleta de dados compreendeu o período de março de 2006 a março de 2007 e se baseou na avaliação do exame neurológico clássico proposta por De Jong <sup>8</sup>, sendo aplicado através de fluxogramas (1 e 2). A reprodutibilidade do exame inicial foi analisada a cada três meses pelos mesmos médicos, sendo dois neurologistas (OJMN e GQ) e um anestesiológista (MACR). Foi utilizada a Escala Analógica Visual (VAS) como método de avaliação da intensidade da DN, e para a inclusão no estudo era necessária intensidade de dor igual ou maior que seis considerada dor de caráter intenso, segundo o método <sup>11</sup>, sendo excluídos pacientes com três ou mais afecções clínicas e com prontuários incompletos.



Alguns materiais para o exame de sensibilidade superficial estavam disponíveis, como pedaços de algodão e pincéis, estilete rombo e tubos de ensaio, um com água quente e outro com água gelada. Eram pesquisadas a sensibilidade tátil, a térmica e a dolorosa. Além da localização, a descrição do exame devia apontar e graduar as alterações encontradas. Durante o exame da sensibilidade profunda foram pesquisadas a sensibilidade vibratória (palestesia), testada por meio de diapasão de 128 vibrações por segundo; a sensibilidade à pressão (barestesia), através de compressão digital ou manual nos músculos ou

qualquer parte do corpo; a sensibilidade cinético-postural, por deslocamento suave de segmentos corporais (o pé, o polegar) e reconhecimento de posicionamentos. Os reflexos profundos (proprioceptivos ou miotáticos) foram examinados bilateralmente através da percussão com martelo no tendão muscular do flexor dos dedos, bicipital, tricipital, aquileu e do patelar. O exame da força compreendeu o uso da escala para teste muscular manual, de acordo com o *Medical Research Council* (MRC), cuja pontuação é de 0 a 5 para cada grupo muscular testado (variando de: 0 para nenhum movimento; grau 1 para tônus presente; 2 para movimentação no plano; 3 vence a gravidade sem resistência; 4 vence a gravidade contra resistência; até 5 para força muscular normal). O tônus muscular e a coordenação também foram avaliados.

Foram analisados: gênero dos pacientes, idade, duração dos sintomas, distribuição do número de pacientes por afecções clínicas agrupadas (etiologia), ocorrência de descritores livres para dor nas afecções clínicas e o padrão neurológico clínico-topográfico observado nos pacientes. Na pesquisa mais de um caráter qualitativo foi citado como descritor, sendo então solicitado ao paciente que mencionasse aquele de maior predomínio.

## RESULTADOS

A casuística contou com 33 pacientes diagnosticados com dor do tipo neuropática. A dor era isolada ou associada a sintomas sensitivos presentes com outras alterações, observadas ao exame neurológico ao longo de um ano (Tabela 1).

A média de idade dos pacientes foi de 51 anos, e a média de duração de sintomas ao início do estudo na série de casos foi de 57 meses, com valor discrepante observado em um dos

Tabela 1 – Caracterização Clínica e Demográfica dos Pacientes

	Distribuição dos casos (n = 33)
Sexo	
Masculino	14 (42,5%)
Feminino	19 (57,5%)
Idade (anos)	51 (2872)
Duração dos sintomas (meses)	57 (1-324)

Tabela 2 – Distribuição dos Pacientes Segundo a Etiologia

	Nº de casos
Neuropatias por distúrbios metabólicos	11 (34%)
Neuropatias infecciosas	7 (21%)
Neuropatias idiopáticas	3 (9%)
Neuropatias tóxicas	2 (6%)
Neuropatias traumáticas	2 (6%)
Neuropatias por degeneração da coluna	2 (6%)
Neuropatias desmielinizantes	2 (6%)
Outros	4 (12%)

pacientes, cuja dor perdurava por 324 meses relacionada a trauma de nervo ciático.

Quando distribuídos de acordo com grupos que identificassem a natureza das causas de DN, com maior frequência os pacientes apresentavam distúrbios metabólicos (Tabela 2). Entre as condições metabólicas, a maior incidência encontrada foi de diabetes mellitus, nove dos onze casos. As outras causas metabólicas foram o hipotireoidismo e a insuficiência renal crônica.

O segundo maior grupo reuniu afecções de natureza infecciosa. Foram sete casos, sendo dois por hepatite (vírus C e outro pelo vírus B); dois casos por hanseníase; um caso por herpes zoster; um caso por HTLV-1 e um caso de infecção por herpes simplex.

Entre as neuropatias idiopáticas encontramos um caso de plexopatia, com dor latejante e atrofia proximal em membro superior esquerdo; um caso de síndrome dolorosa complexa regional-I (SDCR-I); um caso de nevralgia trigeminal.

Dois casos foram considerados como por trauma direto ao nervo periférico. Um deles ocorreu por projétil de arma de fogo na topografia do nervo ciático direito, o outro por trauma cirúrgico ao nervo safeno durante ressecção de hamartoma.

Doenças desmielinizantes na casuística foram representadas por um caso de síndrome de *Guillain-Barré* e um caso de polirradiculopatia inflamatória desmielinizante crônica, este associado a quadro de neurofibroma.

Os casos de DN por processo degenerativo de coluna vertebral abrangeram um caso de hérnia discal L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, não submetido a procedimento cirúrgico, mais outro de dor pós-laminectomia, em dois segmentos abordados L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> e L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>.

Dois pacientes apresentavam neuropatia de natureza tóxica. Um deles com quadro etílico-carenencial de longa data e outro caso atribuído à toxicidade crônica por metal pesado (chumbo), observado em paciente com projétil de arma de fogo em topografia intra-articular por 13 anos.

Sob o termo "outros" foram relacionadas condições diversas, como amiloidose (hereditária); dor oncológica por linfoma abdominal com características de dor mista (neuropática e nociceptiva); dor de natureza central em paciente com sequela de acidente vascular cerebral (AVC) e dor talâmica; um caso de lúpus eritematoso sistêmico (LES), no qual a biópsia de nervo sural revelou vasculite com necrose focal.

A dor em queimação predominou em 18/33 (54,5%) dos pacientes, seguida de dor em formigamento/ardência em 8/33 (24,2%) (Tabela 3). O maior tempo de duração de sintomas correlacionou-se com o tipo em queimação, e pacientes com neuropatia metabólica apresentaram índice de 7/11 (63,6%).

Os casos de polineuropatia foram predominantes na amostra e estavam associados com dor intensa e hipoestesia em luvas e meias, com predomínio de queixas sensitivas nos membros inferiores e fraqueza simétrica, com diminuição de reflexos profundos (Tabela 4 e 5). Nesses casos observou-se VAS com média menor (7) quando comparada aos casos de mononeuropatia e radiculopatia, mas superior ao índice observado nos de neuropatia múltipla. A duração dos sintomas nesse grupo foi superior a todos os demais padrões de apresentação.

Tabela 3 – Descritores Livres para Dor

Tipo	Nº de casos (%)
Dor em queimação	18 (54,5%)
Dor em formigamento	8 (24,3%)
Dor em fisgada	4 (12,1%)
Dor latejante	2 (6,1%)
Dor em choque	1 (3,0%)

Tabela 4 – Padrão Neurológico Clínico-Topográfico

Tipo	Nº de casos (%)
Polineuropatia	16 (48,48%)
Neuropatia múltipla	5 (15,15%)
Mononeuropatia	5 (15,15%)
Radiculopatia	4 (12,12%)
Plexopatia	1 (3%)
Mielopatia	1 (3%)
Dor talâmica	1 (3%)

Tabela 5 – Características dos Pacientes com Polineuropatia ao Exame Neurológico

Tipo	Nº de casos (n = 16) (%)
Hipoestesia térmico-dolorosa	13 (81,25%)
Hipopalestesia	10 (62,50%)
Alteração de reflexo	10 (62,50%)
Alteração de força	8 (50,00%)
Hipoestesia tátil	7 (43,75%)
Alteração de marcha	6 (37,5%)
Alteração de força	6 (37,5%)

Os cinco pacientes com mononeuropatia múltipla eram do sexo feminino e tinham diagnósticos de SDCR, LES, hanseníase, diabetes mellitus e hepatite C. Além do caráter multifocal da lesão nervosa, havia envolvimento que nem sempre teve início bem definido e simultâneo, mas aspecto progressivo e assimétrico. A hipoestesia tátil-dolorosa foi a característica mais encontrada nesse grupo.

De cinco casos analisados como mononeuropatia, dois foram relacionados com trauma. Os demais, com herpes simplex mesmo sem lesões detectáveis, com nevralgia do trigêmeo e com hanseníase. A disestesia, sensação anormal ou desconfortável, com ou sem estímulo, foi a característica mais presente.

Casos de radiculopatia relacionados a processos herniários disciais envolveram lesão L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>, com reflexo aquileu comprometido, e prejuízo de dorsiflexão dos pododáctilos e eversão do pé. Nestes houve predomínio de alterações de reflexo e força. Porém, outras causas de radiculopatia, como a nevralgia pós-herpética e o diabetes com acometimento de segmentos torácicos, tiveram marcante alodinia.

O diabetes destacou-se como afecção mais presente entre as polineuropatias, mas também apresentou-se como mononeu-

ropatia múltipla e radiculopatia. Causas de DN de natureza central foram apenas duas em toda a amostra – dor talâmica e mielopatia do HTLV-1 (6%).

## DISCUSSÃO

A dor ou quinto sinal vital deve ser obrigatoriamente reconhecida e tratada pelo médico, a despeito da especialidade. No entanto, alguns profissionais como os anesthesiologistas, através de procedimentos, são treinados para não permitir que seus pacientes sintam dor. A questão fundamental é incorporar subsídios para que esse especialista compreenda a natureza complexa, porém plenamente distinguível, de apresentação da DN através de um exame neurológico mínimo. Apesar da diversidade de doenças relacionadas, há padrões definidos para a topografia sensitivo-motora cuja identificação estabelece limites para possíveis afecções<sup>12</sup>.

Embora apenas 33 casos de DN tenham sido relacionados e constituam pequena amostra, dentro de seu contexto eles são representativos, ainda que sem significado estatístico. Um fator limitante a ser considerado para o tamanho da amostra foi a VAS igual ou superior a seis centímetros, assumida como paradigma para os pacientes da série de casos. Dores superiores a seis já são consideradas como de caráter intenso. Consideramos a VAS um método de fácil manuseio e com alto índice de reprodutibilidade em nossa amostra. Questionários e avaliações mais complexas, com avaliação de qualidade de vida e estado de humor, não cabiam no estudo proposto em virtude da variabilidade das comorbidades relacionadas.

A amostra revelou predomínio do sexo feminino, e este dado, embora inconsistente enquanto perfil epidemiológico pela ausência de melhor delineamento, confirmou evidências de maior propensão entre as mulheres de dores crônicas<sup>13</sup>. A distribuição da idade, com a média em 51 anos, confirma o aumento da prevalência da DN relacionada à longevidade dos pacientes, principalmente quanto à possibilidade de comorbidades, como o diabete melito. São fatores de risco citados na literatura para a dor crônica tanto o sexo feminino quanto o avançar da idade<sup>14,15</sup>.

Ao estudar a dor em idosos, Helme considerou a dor crônica como aquela superior a três meses e avaliou a dor aguda em período temporal inferior a três meses<sup>16</sup>. O tempo de sintoma sensitivo até a chegada ao ambulatório revelou predomínio da distribuição no intervalo entre um e cinco anos em 58% dos pacientes. Tal valor, quando acrescido do percentual de pacientes entre cinco a dez e superior a dez anos, subiu para 82% dos casos.

Apesar de nenhum sinal ou sintoma ser específico da DN, a identificação de descritores livres para dor foi útil por revelar características da própria amostra. Alguns trabalhos defenderam o uso de palavras-chave e descritores verbais na qualificação de sintomas, sob a forma de instrumentos de rastreamento da DN<sup>9,17,18</sup>. A queimação como sintoma costuma ser atribuída ao acometimento de fibras finas, enquanto o formigamento às fibras grossas e a dor em fisgada são atribuídas à combinação entre neuropatia de fibras finas e grossas<sup>12</sup>.

O padrão típico da neuropatia de fibras finas é a alteração de sensibilidade térmico-dolorosa<sup>19</sup>. Ocorre comumente em pacientes acima de 50 anos nos quais a sensibilidade à picada da agulha nos pés é diminuída e estende-se de forma centrípeta até o nível dos joelhos, mas dificilmente acima destes. Quando há comprometimento de fibras finas e grossas, observa-se diminuição da propriocepção, déficit de reflexos de estiramento muscular e fraqueza muscular, como evolução num período mais tardio das neuropatias periféricas dolorosas<sup>20,21</sup>.

A lesão no sistema nervoso periférico pode ter predominância axonal ou desmielinizante e comprometer nervos sensitivos ou motores, fibras finas ou mais grossas. Lesões e processos degenerativos das células de Schwann podem ser ocasionados por graus moderados de isquemia, mas isquemias graves provocam lesão axonal com degeneração Walleriana e dor, enquanto neuropatias desmielinizantes costumam ser menos dolorosas quando comparadas àquelas geradas por lesão axonal<sup>8</sup>.

Com aspecto de bulbo, o neuroma normalmente ocorre por meio de regeneração axonal desorganizada secundária à lesão nervosa parcial ou completa<sup>22</sup>. Ao ser estimulado por pressão, tensão e/ou hipoxia, torna-se doloroso. O trauma cirúrgico ou não do nervo periférico com formação de neuromas está entre as causas mais comuns de DN.

O estudo apresentado demonstrou grupo heterogêneo de causas de DN, no entanto padrão clínico-topográfico mais homogêneo. Ao exame neurológico, houve destaque para o padrão observado como polineuropatia (48,4%), enquanto mononeuropatias multifocais e focais juntas responderam por 30,3% dos casos e radiculopatias, por 12%. Não observamos DN de ocorrência isolada, com ausência de outros achados ao exame. Todos os casos tinham manifestações associadas, e a distribuição da dor permitiu caracterização topográfica, com predomínio de modalidade termoalésgica, que denotou comprometimento de fibras finas.

Disfunção autonômica foi vista em casos de polineuropatia com diabetes, mas também no caso associado à amiloidose e à neuropatia tóxica do álcool. A SGB foi mais uma causa com esse componente observado também citada na literatura<sup>23</sup>. Outro exemplo de disautonomia importante com alterações sudomotoras, vasomotoras e edema, além de alterações tróficas, foi a SDCR-I, interpretada como mononeuropatia múltipla em membro superior.

Em um exame neurológico mínimo, com a avaliação de sensibilidade, motricidade e reflexos, conseguimos identificar padrões clínico-topográficos da DN. Desta forma, podemos tentar diminuir na prática clínica a tendência de definir como neuropática qualquer apresentação clínica da dor<sup>24</sup>. Questionários e métodos como o LANSS e o DN4 consideram sintomas e dados de exame, como presença de alodinia e limiar ao toque. Porém, a dor como consequência de lesão ou doença que afeta o sistema somatossensitivo só é confirmada através de exame neurológico<sup>25</sup>.

As alterações de DN encontradas poderiam variar de distribuição anatômica em caso de maior número de pacientes na casuística e clínicas diferenciadas para análise. A avaliação em

ambulatório de neurocirurgia talvez apontasse como causas predominantes aquelas relacionadas às radiculopatias, pelo maior número de pacientes clínico-cirúrgicos com acometimento de coluna vertebral cervical ou lombar, e certamente apresentaria maior percentual de mielopatias compressivas ou não. A polineuropatia preponderou em número de casos, resultado concordante não apenas com as afecções metabólicas, mas com várias outras condições clínicas – infecciosas, tóxicas, desmielinizantes – existentes em nosso meio.

O predomínio de pacientes com distúrbios metabólicos no ambulatório de neurologia pode ser interpretado enquanto viés, mas pode também apontar para a dificuldade de controle glicêmico ideal em grande parcela de diabéticos e mesmo em pacientes com intolerância à glicose que evoluem com neuropatia.

Na visão pragmática muitas vezes associada à atividade do anesthesiologista, não deve faltar o rigor da avaliação pré-operatória. O entendimento de alterações neurológicas auxilia no ambiente de diagnóstico e tratamento de pacientes com dor. A história e os achados do exame físico são ainda a chave para o diagnóstico de DN nos pacientes. O registro das alterações encontradas ao exame, por sua vez, deve ressaltar o comprometimento observado e assim nortear a abordagem diagnóstica e terapêutica, se será curativa ou paliativa.

## REFERÊNCIAS – REFERENCES

01. Smith BH, Torrance N, Bennett MI et al. – Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *Clin J Pain*, 2007;23:143-149.
02. Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P et al. – Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, 2003;106:221-228.
03. Kraychete DC, Gozzani JL, Kraychete AC – Dor Neuropática – Aspectos Neuroquímicos. *Rev Bras Anesthesiol*, 2008;58:492-505.
04. Woolf CJ – Central sensitization: uncovering the relation between pain and plasticity. *Anesthesiology*, 2007;106:864-867.
05. Woolf CJ, Mannion RJ – Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet*, 1999;353:1959-1964.
06. Marquez JO – Exame Clínico, em: Drummond JP, Marquez JO – Dor Neuropática. Curitiba, Evidence, 2005;97-103.
07. Amâncio EJ, Teixeira MJ – Dor Central, em: Drummond, JP, Marquez JO – Dor Neuropática. Curitiba, Evidence, 2005;199-230.
08. Campbell WW – De Jong, o Exame Neurológico. 6ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.
09. Bennett MI, Attal N, Backonja MM et al. – Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 2007;127:199-203.
10. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN et al. – Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 2008;70:1630-1635.
11. Scott J, Huskisson EC – Graphic representation of pain. *Pain*, 1976; 2:175-184.
12. Ropper AH, Brown RH – Adams and Victor's Principles of Neurology, 8th Ed, New York, McGraw-Hill, 2005;1110-1177.
13. Fillingim RB – Sex, Gender and Pain. *Progress in Pain Research and Management*, Seattle, IASP Press, 2000;17.
14. Hans G, Masquelier E, De Cock P – The diagnosis and management of neuropathic pain in daily practice in Belgium: an observational study. *BMC Public Health*, 2007; 7:170. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/170>. Acessado em 10/03/2008.
15. Lachaine J, Gordon A, Choiniere M et al. – Painful neuropathic disorders: an analysis of the Regie de l'Assurance Maladie du Quebec database. *Pain Res Manag*, 2007;12:31-37.
16. Helme RD, Gibson SJ – Pain in the elderly, em: Jensen TS, Turner JA, Wiesenfeld-Hallin Z – Proceedings of the 8th World Congress in Pain. Seattle, IASP Press, 1997;919-44.
17. Boureau F, Doubrere JF, Luu M – Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain*, 1990;42:145-152.
18. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H et al. – Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 2005;114:29-36.
19. Gooch CL – Neuropathic Pain, em: Rowland LP – Merritt's Neurology, 11 Ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2005;545-551.
20. Mendell JR, Sahenk Z – Clinical practice. Painful sensory neuropathy. *N Eng J Med*, 2003;348:1243-1255.
21. Nascimento OJM – Polineuropatias Dolorosas, em: Drummond JP, Marquez JO – Dor Neuropática. Curitiba, Evidence, 2005;159-170.
22. Martins RS, Siqueira MG, Tedesco-Marquese AJ – Neuroma sintomático do nervo sural: uma complicação rara após a retirada do nervo: relato de caso. *Arq Neuropsiquiat*, 2002;60(3-B):866-868.

23. Mendell JR, Kissel JT, Cornblath DR – Evaluation of the Patient with Peripheral Neuropathy: the Challenges, em: Mendell JR, Kissel JT, Cornblath DR – Diagnosis and Management of Peripheral Nerve Disorders. Oxford, Oxford University, 2001;3-9.
24. Backonja MM – Defining neuropathic pain. Anesth Analg, 2003;97: 785-90.
25. Schestatsky P, Nascimento OJM – O que os neurologistas gerais devem saber sobre dor neuropática? Arq neuropsiquiatr, 2009;67(3a):741-749.

#### RESUMEN

Resende MAC, Nascimento OJM, Rios AAS, Quintanilha G, Sacristan Ceballos LE, Araújo FP

**JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS:** Existen pocos textos en la literatura que aborden el examen neurológico del paciente con dolor neuropático (DN). El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil de pacientes con DN a través de examen clínico neurológico.

**MÉTODO:** En un estudio observacional, una serie de casos de pacientes con DN tuvo un seguimiento en el período de un año. La evaluación del examen neurológico fue efectuada durante una visita

al ambulatorio y a través de un análisis prospectivo. Se incluyeron pacientes cuya intensidad de dolor era igual o mayor que seis, según la Escala Analógica Visual.

**RESULTADOS:** El dolor en quemados predominó como descriptor en un 54,5% de los pacientes. La polineuropatía fue el estándar clínico-topográfico predominante (48%) con estándar distal y simétrico, en oposición a los cuadros de neuropatía multifocal (15,15%). Las modalidades termoalgésica y táctil del examen de sensibilidad fueron las más comprometidas, y venían acompañadas de alteraciones motoras y reflejos profundos, mientras que las modalidades de sensibilidad propioceptiva venían después de aquellas. A pesar de que no había ninguna señal o síntoma específico de DN, la quemadura como síntoma acostumbra a ser atribuida al acometimiento de las fibras finas, como también su estándar típico es la alteración térmico-dolorosa.

**CONCLUSIONES:** La historia y los descubrimientos del examen físico son la clave para el diagnóstico de DN. El registro de las alteraciones encontradas en el examen debe resaltar el comprometimiento observado y así guiar el abordaje diagnóstico y terapéutico y decidir si es curativo o paliativo.