



Dor Neuropática

1. Condição Médica

A dor neuropática é definida como a dor decorrente de uma lesão ou qualquer doença que provoque uma disfunção no sistema somatossensorial. A dor neuropática frequentemente é difícil de tratar e pode interferir com as atividades cotidianas, recreação e por conseguinte, a participação efetiva no esporte. Atletas com alterações neurológicas subjacentes ou lesões músculo-esqueléticas têm uma maior incidência da dor neuropática.

Devido este desafios, é necessário um gerenciamento eficaz da dor neuropática, o que exige uma abordagem multifacetada da doença e que compreenda tanto o tratamento farmacológico como outras opções não farmacológicas. O principal objetivo do tratamento da dor neuropática é fornecer alívio sintomático.

Existem duas classes de substâncias proibidas, de acordo com os processos de AUT's, que são frequentemente prescritas no controle da dor neuropática. Ambas se consideram proibidas apenas em estados de competição, não sendo proibidas fora dela. Estas classes são as seguintes:

- a) Narcóticos (“analgésicos opióides”)
- b) Canabinóides (também referido como “maconha medicinal”)

Os narcóticos e canabinóides são geralmente utilizados a longo prazo no controle da dor neuropática e exigem acompanhamento regular. Este monitoramento permite um equilíbrio na titulação da dose analgésica e terapêutica e contra potenciais efeitos negativos, de abuso, dependência e outras comorbidades. Além disso, em certos países, os canabinóides e/ou os narcóticos permanecem substâncias ilegais, sem qualquer recurso para a sua aplicação clínica e a sua simples posse representa uma infração penal.

2. Diagnóstico

A. História Médica

Os indivíduos que sofrem de dor neuropática têm normalmente uma história de lesão ou alteração no sistema nervoso central ou periférico. Uma lesão medular ou um traumatismo do nervo periférico são alguns exemplos destas lesões. Alguns indivíduos que sofreram de AVC ou traumatismo crânio-encefálico podem também experimentar dor neuropática central, muitas vezes devido ao envolvimento do hipotálamo. Em indivíduos amputados, a dor sentida pode ter origem num neuroma na extremidade amputada ou na chamada “dor do membro fantasma”, um outro tipo de dor neuropática. A dor neuropática é também um dos componentes da síndrome da dor regional complexa, que geralmente ocorre após uma lesão no SNC ou um trauma periférico. Este tipo de dor tende a estar associado a sensações como dormência, formigueiro, ardor, pontadas de dor, calor e frio e ainda sensação “de choque elétrico”, embora nenhum destes sintomas seja suficiente para se estabelecer um diagnóstico de dor neuropática.

B. Critérios de Diagnóstico

Existem vários questionários disponíveis para avaliar o grau de dor e distinguir a dor neuropática da dor nociceptiva ou de nervo periférica. Os testes sensoriais quantitativos que analisam a percepção em resposta a estímulos externos são largamente subjectivos e não fornece uma prova conclusiva da dor neuropática. Para se estabelecer um diagnóstico exato, é necessário que haja uma documentação historial completa com avaliação dos sintomas clínicos, um exame neurológico e um ensaio sensorial completo. Estas informações podem ser obtidas através de investigações que incluam tomografia computadorizada e ressonância magnética, ambos métodos de elevada importância na avaliação das causas centrais da dor neuropática. Além destes métodos, a eletromiografia e os estudos de condução nervosas podem ajudar a estabelecer ou eliminar um diagnóstico de causa periférica na dor neuropática, sem esquecer que podem originar falsos negativos. A interpretação dos resultados destas investigações deve ser realizada por um médico devidamente especializado.

Devido à complexidade da dor neuropática, os resultados de uma investigação clínica relevante devem acompanhar o historial, o exame físico e o tratamento, no caso de uma requisição para autorização de uso terapêutico de uma substância proibida. As perspectivas de uma requisição bem-sucedida aumentam com a opinião clínica de um médico especialista, particularmente onde as conclusões objectivas podem não estar presentes.

3. Boas práticas no tratamento médico

A. Classes de substâncias proibidas que podem ser utilizadas no tratamento da dor neuropática:

- 1) Narcóticos
- 2) Canabinóides

Indicações:

1. Narcóticos

Os narcóticos podem ser utilizados como tratamento de primeira escolha nas lesões músculo-esqueléticas e na dor pós-operatória, mas estes são normalmente usados por um período limitado de tempo que vai desde horas a poucos dias. Em relação à dor neuropática, as diretrizes clínicas atuais sugerem que os analgésicos narcóticos sejam recomendados como tratamento de segunda escolha ou combinados a outras classes de medicamentos na terapêutica da dor neuropática crônica refratária. Observa-se que alguns dos opiáceos mais fracos, não incluídos na Lista de Substâncias Proibidas, podem ser utilizados como agentes de primeira escolha em situações específicas. Deve ainda salientar-se que os Narcóticos (secção 7) são uma classe “fechada”, o que significa que apenas as substâncias que estão especificamente listadas são proibidas.

2. Canabinóides

Os canabinóides têm a sua utilização terapêutica mais comum no gerenciamento da dor neuropática. A prescrição destas substâncias deve ser feita com cautela e a total consideração, especialmente para um atleta com uma história prévia de abuso de substâncias, psicose, transtorno de humor ou ansiedade.

B. Dosagem, via de administração, frequência e duração do tratamento recomendados

1. Narcóticos

Os narcóticos são geralmente tomados por via oral, podendo ainda ser administrados por via IM, IV, transdérmica ou por via de um sistema de infusão intratecal.

2. Canabinóides

Os canabinóides podem ser tomados oralmente, inalados através de vaporizador ou fumados. A dosagem e frequência de administração dos canabinóides dependem da qualidade das substâncias, bem como da necessidade individual de cada paciente. A duração do tratamento é também individualizada e pode ser indefinida, no caso de dor neuropática devido a lesão crônica no sistema somatossensorial.

4. Outros tratamentos alternativos não-proibidos

Existem várias classes de medicamentos utilizados na terapêutica da dor neuropática que não são proibidas e que podem ser testadas como alternativas aos narcóticos e aos canabinóides.

Entre eles, encontram-se:

- 1) Os Antidepressivos tricíclicos, tais como aminas e inibidores duplos da recaptção da serotonina e norepinefrina (por exemplo duloxetine, venlafaxina); ligandos alfa 2-beta dos canais de cálcio (por exemplo gabapentina, pregabalina); e lidocaína tópica, todos classificados como medicamentos de primeira escolha no tratamento;
- 2) O Tramadol é um agente do tipo opiáceo, permitido, e que pode ser considerado uma alternativa terapêutica de primeira ou segunda escolha;

- 3) Anticonvulsivantes, mexiletina, antagonistas do receptor do N-metil-D-aspartato e capsaïcina tópica, que são de terceira escolha;
- 4) Tratamentos complementares, tais como a acupuntura, podem também ser considerados na terapêutica da dor neuropática.

Dada a inúmera disponibilidade de tratamentos alternativos não-proibidos na terapêutica da dor neuropática, a utilização de narcóticos e/ou canabinóides deve apresentar clara justificativa médica para a utilização de narcóticos e/ou canabinóides.

5. Consequências para a saúde em caso de ausência do tratamento

A dor neuropática crônica não tratada pode prejudicar, de forma mais ou menos significativa, as atividades diárias, estando esta variação dependente de fatores como a gravidade e a localização da dor, para além das estratégias individuais para enfrentar a dor e o nível de atividade desejado. Os medicamentos utilizados na diminuição da dor podem ser muito úteis nas condições neuromusculoesqueléticas, que afetam atividades essenciais como comer, vestir-se e higienizar-se. A dor crônica persistente vai também afetar adversamente a capacidade de praticar atividades físicas e esportivas.

6. Monitoramento do Tratamento

O monitoramento do tratamento é principalmente clínico. A utilização de narcóticos ou canabinóides deve ser feita com a dose eficaz mais baixa possível, de modo a preservar o estado funcional do atleta e minimizar os efeitos colaterais. Em determinadas circunstâncias, medições séricas objetivas, especialmente com o uso de narcóticos, podem ser de extrema utilidade, enquanto as análises urinárias facultam um monitoramento complementar no uso de canabinóides.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

Em situações que incluam a terapêutica da dor aguda ou cuidados pós-operatórios, os narcóticos analgésicos podem ser administrados desde um período de dias a algumas semanas. No entanto, na terapêutica da dor neuropática crônica, os narcóticos e canabinóides são geralmente administrados a longo prazo. Desta forma, uma AUT pode ser concedida por um período de 1 a 4 anos. No entanto é recomendada uma revisão anual do estatuto do paciente-atleta por um médico especialista, para garantir que o tratamento continuado permanece adequado.

8. Medidas de Prevenção Apropriadas

Reconhece-se que, embora estes medicamentos possam melhorar substancialmente as estratégias individuais do paciente na realização das atividades cotidianas, possam também ter um impacto negativo na capacidade de participar ativamente em práticas esportivas que requerem destreza e rápida coordenação.

Os efeitos colaterais dos narcóticos variam, desde sonolência e letargia, até situações mais graves que podem ser fatais, em caso de abuso de substâncias. Os canabinóides, por seu lado, têm a capacidade de alterar o humor e provocar comportamentos imprevisíveis, aumentar a ansiedade e diminuir a concentração, o tempo de reação, o estado de alerta, a coordenação e a capacidade de discernimento. O consumo crônico de maconha também tem revelado possuir o mesmo potencial para alterações e doenças do trato respiratório que o uso do cigarro.

Pode verificar-se que, embora a utilização de analgésicos narcóticos e de canabinóides seja aceite do ponto de vista clínico e da AUT, as associações esportivas envolvidas podem, em certas circunstâncias, determinar que o uso destes medicamentos promove um risco inaceitável para a saúde do atleta e/ou outros adversários. Estas questões de segurança esportiva não estão ao abrigo da legislação antidoping.

9. Referências

1. Chong MS, Brandner B. Neuropathic agents and pain. *New Strategies. Biomedicine & Pharmacotherapy.* 60(7): 318-322. 2006.
2. Collier R. Most Paralympians inspire, but others cheat. *CMAJ.* 179(6): 524. 2008.
3. Davis MP. What's new in neuropathic pain? *Support Care Cancer.* 15: 363-372. 2007.
4. Jongen J, Hans G. Neuropathic pain and pharmacological treatment. *Pain Pract.* 2013
5. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane database of systematic reviews (1469-493X), (4),* p. CD005454. 2007.
6. <http://www.wada-ama.org/en/World-Anti-Doping-Program/Sports-and-AntiDoping-Organizations/International-Standards/Prohibited-List/>
7. Dworkin RH, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: An overview and literature update. *Mayo Clin Proc.* 85(3)(suppl): S3-S14. 2010
8. Haanpaa M, Treede RD. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain: Clinical Updates.* Vol XVIII, Issue 7. 2010
9. Cruccu G, Truini A. Tools for assessing neuropathic pain. *PLoS Med* 6(4): e1000045. doi:10.1371/journal.pmed.1000045. 2009.
10. Marilyn A. Huestis, Irene Mazzoni, Olivier Rabin. Cannabis in sport. *Sports Med.* November 1; 41(11): 949–966.. 2013. doi:10.2165/11591430-000000000-00000.
11. DE Moulin, AJ Clark, I Gilron, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manage* 2007;12(1):13-21
12. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17:1113-e88
13. National Institute of Health and Care Excellence. Neuropathic pain - pharmacological treatment. *NICE Clinical Guideline* 173. 2013