



Data: 27/04/2015

Nota Técnica 17/2015

Solicitante:

Juiz de Direito Antônio Francisco Gonçalves

Secretaria da 2ª Vara Cível, Criminal e de Execuções Penais Comarca de Itabirito/MG

Processo: 0319.14.000279-5

Ré: SAUDE – SISTEMA ASSISTENCIAL UNIFICADO DE EMPRESAS

Tema: Neuroestimulador em dor neuropática refratária

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO

RELATÓRIO MÉDICO

“Paciente K.C.P.M. é portadora de síndrome pós- laminectomia com quadro de dor neuropática refratária em tratamento medicamentoso e fisioterapia sem melhora.”

SOBRE A DOENÇA E SEU TRATAMENTO

A coluna vertebral de uma pessoa consiste de 33 vértebras que guardam e protegem a medula espinhal. Essas vértebras são separadas e amortecidas por discos intervertebrais. Quando um disco se torna comprimido, ele pode sofrer uma hérnia, ou se romper, e pressionar um nervo que se ramifique da medula espinhal. Isso pode resultar em uma dor moderada a grave. Além disso, crescimentos de ossos conhecidos como "esporões ósseos" podem pressionar algum nervo. Se um esporão se formar no canal central da vértebra, então a medula espinhal também é comprimida.

Um procedimento cirúrgico chamado laminectomia lombar pode aliviar a pressão colocada no nervo machucado e na medula espinhal. Durante uma laminectomia lombar, uma pequena incisão é feita na pele ao longo das vértebras lombares. Os músculos são separados e o osso fica exposto. A porção "laminada" da vértebra é lentamente e cuidadosamente removida, retirando a pressão do nervo pinçado e da medula espinhal. O nervo é então gentilmente puxado para o lado e qualquer parte com hérnia do disco é removida. O nervo é então aliviado de toda a pressão e dor. Os músculos são novamente colocados no lugar e a incisão é fechada. Existem diversas complicações em potencial associadas a esse procedimento, como por exemplo, dor crônica.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial (1)(2). A dor pode ser aguda (duração inferior a 30 dias) ou crônica (duração superior a 30 dias), sendo classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio neuropático e c) dor mista.

- A) A dor de predomínio nociceptivo, ou simplesmente dor nociceptiva, ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor e está relacionada à lesão de tecidos ósseos, musculares ou ligamentares (3) e geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

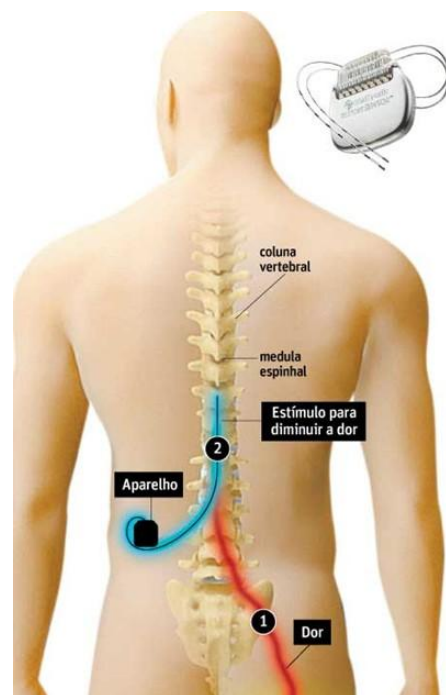
- B) A dor neuropática é definida como dor iniciada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, sendo mais bem compreendida como resultado da ativação anormal da via da dor ou nociceptiva (1,2). Contrariamente à dor nociceptiva, a dor neuropática responde pobremente aos analgésicos usuais (paracetamol, dipirona, AINES, opioides fracos)(2).
- C) O tipo de dor mais frequente na prática clínica é o misto. Um exemplo de dor mista é a radiculopatia ou a dor devida ao câncer ("oncológica"), casos em que não há somente compressão de nervos e raízes (gerando dor neuropática), mas também de ossos, facetas, articulações e ligamentos (estruturas musculoesqueléticas), gerando dor nociceptiva (2).

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA

O tratamento da dor crônica com os primeiros neuroestimuladores medulares data de 1965. Atualmente esses dispositivos são implantados no espaço epidural, são eletrodos quadripolares implantados por técnica percutânea.

Não estão descartadas as possibilidades de complicações. Podem ser necessárias as reintervenções para substituição do dispositivo em decorrência de falhas de componentes, má posição ou eventos adversos como infecções, ou ainda quando a fonte de energia está esgotadas.

Um sistema de neuroestimulador tem quatro componentes: o gerador de neuroestimulação, implantado sobe a pele do abdome ou região das nádegas; um eletrodo implantado perto na medula espinha, um componente que liga o gerador ao eletrodo e um controle remoto que liga e desliga o neuroestimulador e pode ajustar o nível de estimulação.



RESULTADO DA BUSCA

Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados comparando o uso de neuroestimulador implantável ao tratamento medicamentoso otimizado em pacientes com dor neuropática.(4)

A maior parte dos estudos que analisam a estimulação da medula espinhal pelo implante de eletrodos é de descrição de casos e poucos relatam os benefícios em termos de qualidade de vida obtidos com esse procedimento. Não se sabe que evidências científicas comprovam sua eficácia e segurança. Além disso, é difícil mensurar a amplitude das vantagens em termos de custo-benefício proporcionadas pelo tratamento medicamentoso versus o implante de neuroestimulador.(4)

Existem esparsas evidências sobre o benefício do neuroestimulador medular. São necessários ensaios clínicos de melhor qualidade para que a recomendação de seu uso seja generalizada.(4)

CONCLUSÃO

O tratamento da dor crônica neuropática é complexo e sua condução deve ser orientada por médico especialista em clínica da dor.

Existe uma Diretriz para tratamento de dor crônica adotada pelo Ministério da Saúdeⁱ, atualizada recentemente (2012), que não contempla o uso de neuroestimulador para tratamento desse tipo de dor. Essa diretriz, elaborada após ampla revisão da literatura, contempla terapias com comprovada evidência científica de benefício clínico.

A recomendação para o manejo da dor crônica neuropática do paciente é o uso dos medicamentos e associação de drogas contempladas na Diretriz do Ministério da Saúde de forma escalonada.

ⁱ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=9315>. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.083 de 2 de outubro de 2012- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

Faltam dados na literatura para confirmar os benefícios clínicos com o uso do neuroestimulador implantável intramedular, portanto não há recomendação para sua utilização.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H BN. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle. Seattle IASP Press. 1994;
2. Schestatsky P, Nascimento OJM. What do general neurologists need to know about neuropathic pain? *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2009 Sep [cited 2015 Apr 27];67(3A):741–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19722068>
3. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Lee AJ. Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain* [Internet]. 2006 Jun [cited 2015 Apr 27];122(3):289–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16540249>
4. O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* [Internet]. 2009 Oct [cited 2015 Mar 1];122(10 Suppl):S22–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19801049>