

# Dor nociplástica: desafios e perspectivas futuras

## *Nociplastic pain: challenges and future perspectives*

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240052-pt>

Por muitos anos, as dores eram classificadas como nociceptivas baseadas na presença de uma lesão tecidual real ou uma ameaça ao tecido não neural que ativasse os nociceptores. As dores que não se enquadravam nesta categoria eram classificadas como sendo neuropáticas, definidas como “dor iniciada ou causada por lesão ou disfunção primária no sistema nervoso”<sup>1</sup>. Em 2011, a atualização da definição de dor neuropática foi modificada para “dor causada por lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial”<sup>1</sup>. A mudança provocou uma lacuna na classificação de certas condições clínicas que não demonstravam “ativação de nociceptores” nem “lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial”<sup>2</sup>. Estas condições se caracterizavam pela alteração no sistema nociceptivo com dor espalhada, sem sinais de lesão ou doença do sistema somatossensorial, com presença de hipersensibilidade mesmo em tecidos aparentemente normais.

Por outro lado, a adoção de um termo como “dor idiopática” poderia contribuir para a estigmatização desses pacientes<sup>1,3</sup>. Assim, uma força tarefa da Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) propôs o termo “dor nociplástica” para incluir essas condições que não se enquadravam na classificação de dor nociceptiva ou neuropática<sup>2</sup>. Este editorial buscou apresentar a evolução histórica deste termo e discutir os desafios atuais para clínicos e pesquisadores.

A alteração no sistema nociceptivo, sem evidência consistente de lesão ou doença no sistema somatossensorial, pode ser atribuída a modificações estruturais e funcionais no sistema nervoso central, incluindo a sensibilização central (SC)<sup>4</sup>. As primeiras propostas para incluir o termo SC em um grupo de condições clínicas surgiram em 2010<sup>5,6</sup>. Os estudos de referência<sup>6,7</sup> apresentaram, por meio de um consenso de especialistas, uma abordagem estruturada que listava critérios clínicos sugerindo mecanismos nociceptivos, neuropáticos periféricos e de sensibilização central para dores musculoesqueléticas. Em 2014, outro estudo<sup>8</sup> apresentou um fluxograma para classificação de pessoas com SC baseado nos seguintes critérios obrigatórios: (i) exclusão da dor neuropática e (ii) intensidade da dor desproporcional a suposta fonte de nocicepção. Quando a dor neuropática não está presente e a dor é considerada de natureza desproporcional, pelo menos um dos seguintes critérios deve estar presente: (i) distribuição difusa da dor e (ii) pontuação igual ou superior a 40 no Inventário de Sensibilização Central (ISC).

Considerando que a SC é um mecanismo neurofisiológico e não um descritor para classificação de dor, a IASP adotou, em 2016, o termo “dor nociplástica” como um terceiro descritor. Este termo, derivado de “plasticidade nociceptiva”, reflete mudanças nas vias nociceptivas<sup>2</sup>. A dor nociplástica é definida como “dor que surge da nocicepção alterada, apesar de não haver evidência clara de dano tecidual real ou ameaça que cause a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial que causa a dor”. Em 2021, a IASP apresentou o sistema de classificação para dor nociplástica envolvendo o sistema musculoesquelético<sup>9</sup>.

Esses critérios consideram que, para os pacientes serem classificados com “possível dor nociplástica” eles devem: (i) relatar dor com duração de pelo menos 3 meses; (ii) relatar uma distribuição regional da dor em vez de discreta; (iii) relatar dor que não pode ser inteiramente explicada por mecanismos nociceptivos ou neuropáticos; (iv) mostrar sinais clínicos de hipersensibilidade à dor. Já para serem classificados como “provável dor nociplástica”, além dos 4 critérios descritos acima, os pacientes devem apresentar: (i) história de hipersensibilidade dolorosa na região da dor, ou seja, sensibilidade ao toque, movimento, pressão ou calor/frio; e (ii) pelo menos uma das comorbidades: sensibilidade ao som, luz e/ou odores, distúrbio do sono, fadiga ou problemas cognitivos<sup>9</sup>.

Reconhece-se os avanços significativos em termos, definições e critérios clínicos. No entanto, ainda se enfrenta limitações e desafios significativos. A utilização do termo de classificação com base em fenótipos é considerada mais adequada do que classificação com base em mecanismo. A justificativa é que fenótipo diz respeito a características observáveis ou mensuráveis e, até o presente momento, os mecanismos precisos da dor nociplástica não estão totalmente esclarecidos, sugerindo que o termo “nociplástico” não reflete um mecanismo neurofisiológico.

Cabe destacar que ainda não existem testes “padrão de referência” para se identificar adequadamente a dor nociplástica. Outro ponto que pode causar confusão é assumir a dor nociplástica como sinônimo ou mecanismo subjacente das dores crônicas primárias (DCP) (MG30.0), presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

É importante destacar que a DCP é um conceito com objetivo de classificar e reconhecer um grupo de condições clínicas dolorosas como uma doença. A dor nociplástica não está incluída na definição da DCP e por isso deve ser entendida como um descritor das características da dor, e não uma entidade diagnóstica. Além disso, sistemas de classificação atual para dor nociplástica foram sugeridos apenas para o sistema musculoesquelético, não devendo ser extrapolado para outras condições como cefaleias, dores abdominais e pélvicas.

Deve-se considerar que o desenvolvimento dos critérios para classificação da dor com base nos fenótipos está em constante evolução. Para que se possa avançar para a implementação clínica desta classificação, as pesquisas devem estabelecer a validade, utilidade, confiabilidade e a acurácia diagnóstica desses critérios<sup>10</sup>. As pesquisas devem identificar se algumas características são específicas para um determinado fenótipo



de dor. Os estudos devem fornecer evidências sobre o valor prognóstico e afirmar se tratamentos baseados no fenótipo de dor são mais eficazes ou não. Com essas lacunas, os clínicos devem ser cuidadosos na implementação do atual sistema de classificação de dor nociplástica, reconhecendo as limitações e a variabilidade das características da dor com a possibilidade dos pacientes não se enquadrarem em nenhuma das três classificações, apresentarem características sobrepostas ou que se modificam ao longo do tempo.

Atenciosamente,

**Felipe J. J. Reis<sup>1</sup>**  
**Thais Cristina Chaves<sup>2</sup>**

1. Instituto Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Fisioterapia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Grupo de Pesquisa Dor em Movimento, Departamento de Fisioterapia, Fisiologia e Anatomia Humana, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Vrije Universiteit Brussel, Bruxelas, Bélgica. Escola de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade McGill, Montreal, Canadá.  
 <https://orcid.org/0000-0002-9471-1174>  
 E-mail: felipe.reis@ifrj.edu.br

2. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Docente do Departamento de Fisioterapia, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar; Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Coordenadora do Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor – LabMovDor, São Carlos, SP, Brasil.  
 <https://orcid.org/0000-0002-6222-4961>  
 E-mail: thaischaves@ufscar.br

## REFERÊNCIAS

- Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice ASC, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. *Pain*. 2011;152(10):2204-5.
- 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;157(7):1382-6.
- Cohen M, Quintner J, Buchanan D, Nielsen M, Guy L. Stigmatization of patients with chronic pain: the extinction of empathy. *Pain Med*. 2011;12(11):1637-43.
- Nijs J, George SZ, Clauw DJ, Fernández-de-Las-Peñas C, Kosek E, Ickmans K, Fernández-Carnero J, Polli A, Kapreli E, Huysmans E, Cuesta-Vargas AI, Mani R, Lundberg M, Leysen L, Rice D, Sterling M, Curatolo M. Central sensitization in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol*. 2021;3(5):e383-e392
- Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RA. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Man Ther*. 2010;15(2):135-41.
- Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. Clinical indicators of 'nociceptive', 'peripheral neuropathic' and 'central' mechanisms of musculoskeletal pain. A Delphi survey of expert clinicians. *Man Ther*. 2010;15(1):80-7.
- Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The Discriminative validity of "nociceptive," "peripheral neuropathic," and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *Clin J Pain*. 2011;27(8):655-63.
- Nijs J, Torres-Cuenco R, van Wilgen CP, Girbes EL, Struyf F, Roussel N, van Oosterwijck J, Daenen L, Kuppens K, Vanwerweelen L, Hermans L, Beckwee D, Voogt L, Clark J, Moloney N, Meeus M. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician*. 2014;17(5):447-57.
- 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;162(11):2629-34.
- Nijs J, Kosek E, Chiarotto A, Cook C, Danneels LA, Fernández-de-Las-Peñas C, Hodges PW, Koes B, Louw A, Ostelo R, Scholten-Peeters GGM, Sterling M, Alkassabi O, Alsobayel H, Beales D, Bilika P, Clark JR, De Baets L, Demoulin C, de Zoete RMJ, Elma Ö, Gutke A, Hanafi R, Hörtz Boendermaker S, Huysmans E, Kapreli E, Lundberg M, Malfliet A, Meziat Filho N, Reis FJJ, Voogt L, Zimney K, Smeets R, Morlion B, de Vlam K, George SZ. Nociceptive, neuropathic, or nociplastic low back pain? The low back pain phenotyping (BACPAP) consortium's international and multidisciplinary consensus recommendations. *Lancet Rheumatol*. 2024;6(3):e178-e188.