

Conferencia

Tratamiento del dolor neuropático**Treatment of neuropathic pain****Dra. Ana Laura Quijano**

Asistente

Policlínica para el estudio y
tratamiento del dolor
Clínica Médica "B". Hospital de
Clínicas
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo**Dra. María José Montes**

Asistente

Policlínica para el estudio y
tratamiento del dolor
Clínica Médica "B". Hospital de
Clínicas
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo**Dra. Irene Retamoso**

Profesora Adjunta de Emergencia

Policlínica para el estudio y
tratamiento del dolor
Clínica Médica "B". Hospital de
Clínicas
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo**INTRODUCCIÓN**

El dolor neuropático es el que aparece luego de una injuria o disfunción del sistema nervioso, es así como lo define la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP)¹;

Por lo general se trata de un dolor crónico y severo y de muy difícil tratamiento. Esto trae consecuencias devastadoras para el paciente y su familia.

Se estima que el 3% de la población mundial sufre de dolor neuropático, si bien este dato puede estar subestimado por la diversidad de condiciones que pueden estar implicados en este tipo de dolor².

Existen múltiples entidades que pueden manifestarse con las características de dolor neuropático como: dolor de tipo central por afectación encefálica (ejemplo: dolor talámico), dolor generado a nivel de la médula espinal; y las neuropatías dolorosas periféricas (radiculopatías, neuropatía diabética, neuralgia post herpética, neuropatías relacionadas con enfermedades sistémicas como neoplasias o en pacientes VIH-SIDA, entre otros)

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El dolor neuropático tiene algunas características clínicas muy orientadoras para el diagnóstico y habitualmente no se requiere de exámenes paraclínicos para su diagnóstico. Ya mencionamos que es percibido como un dolor muy intenso que inhabilita tanto a las actividades diarias así como impide el buen descanso nocturno generando consecuencias negativas en la salud del individuo que lo sufre^{3,4}. El dolor puede ser continuo o permanente y con exacerbaciones. Se trata de un dolor lancinante, punzante e intenso. Es percibido por el paciente como una "corriente eléctrica", "quemazón" y "hormigueo" en 53, 54 y 48% respectivamente⁵. Un elemento fundamental para la orientación diagnóstica es la existencia de alodinia; ésta se define como el dolor provocado por un estímulo no doloroso (ejemplo: roce de la ropa) y se debe al fenómeno conocido como sensibilización central. También se asocia a hiperalgesia (percepción de mayor dolor desencadenado por un estímulo doloroso), parestesias (distorsión de la sensibilidad espontánea o provocada, percibida sin desagrado), disestesias (percepción desagradable espontánea o provocada). Estos elementos pueden intrincarse, cambiar de características o agregar sintomatología, incluso se puede observar un incremento del dolor por estrés emocional^{6,7}.

Es importante detectar condiciones asociadas o abuso de sustancias que puedan ser el origen del dolor neuropático. Por ejemplo: antecedentes de diabetes, accidente cerebrovascular, neoplasias, abuso de alcohol y otros tóxicos, tratamientos farmacológicos, etc.

El examen físico puede poner de manifiesto lesiones de piel o cambios en su coloración, alteraciones disautonómicas locales, amiotrofia. Se destacan las alteraciones de la sensibilidad (táctil superficial, térmica, etc), que evocan la presencia de alodinia e hiperalgesia. Dichos hallazgos se distribuirán según la región afectada (dermatomas). Los reflejos osteotendinosos pueden estar disminuidos. La fuerza, tono y coordinación están indemnes en las primeras etapas^{2,6}. En la Tabla I se esquematizan diferentes situaciones que presentan dolor neuropático y que se observan frecuentemente en la práctica clínica. Hay escalas aceptadas a nivel mundial