



Dolor Neuropático

Dra. María José Piñero Acín
Medico de Familia – C.S. Los Rosales, Madrid

Definiciones de dolor

“Es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial”.

Sociedad Internacional para el estudio del Dolor (IASP)

“Es una experiencia perceptiva sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e incluso de la personalidad”.

J. Serra Catafau

Conceptos de dolor

Concepto	Descripción
Hiperalgnesia	Aumento de respuesta a un estímulo doloroso
Hipoalgnesia	Disminución de respuesta a un estímulo doloroso
Disestesia	Sensación desagradable anormal dolorosa
Parestesia	Sensación anormal no dolorosa
Hiperestesia	Aumento de respuesta a estímulo no doloroso
Hipoestesia	Disminución de respuesta a estímulo no doloroso
Alodinia	Respuesta dolorosa a un estímulo no doloroso provocado

Dolor: importancia clínica

- 📡 **Es la causa más frecuente de consulta al médico.**
- 📡 **Más del 50% de las consultas en atención primaria.**
- 📡 **Los analgésicos están entre los fármacos más utilizados y/o prescritos.**
- 📡 **Coste personal, familiar y social.**

Fisiopatología del dolor

- 📶 **Receptores sensitivos. Nociceptores.**
- 📶 **Transmisión del impulso nervioso.**
 - ❖ **Neurotransmisores.**
 - ❖ **Fibras sensoriales.**
 - ❖ **Médula espinal, tálamo, corteza cerebral.**
- 📶 **Modulación, sensibilización.**
- 📶 **Percepción.**

Clasificación del dolor

☺ Según la evolución temporal:

- ❖ **Agudo:** Duración menor de 3 meses.
- ❖ **Crónico:** Duración mayor de 3 meses.

☺ Según la intensidad por Escala Visual Analógica (EVA) o END:

- ❖ **Leve:** 1-4 puntos.
- ❖ **Moderado:** 5-7 puntos.
- ❖ **Grave:** 8-10 puntos.

Clasificación del dolor

☺ Según el origen:

- ❖ **Dolor nociceptivo:** causado por estímulo de los receptores nociceptivos.
 - ✓ **Somático:** Superficial (piel) o profundo (músculo, hueso...).
 - ✓ **Visceral:** por estímulo de los receptores viscerales.
- ❖ **Dolor neuropático:** causado por lesión neurológica.
- ❖ **Mixto:** componente nociceptivo y neuropático (por ejemplo dolor lumbar).

Definición de dolor neuropático

📶 **Dolor causado por lesión o enfermedad del sistema somatosensorial:**

- ❖ **Vías somáticas o simpáticas, periféricas o centrales**
- ❖ **Espontáneo, evocado o persistente, incluso en ausencia de estímulo.**
- ❖ **Respuesta mal adaptativa, amplificada (disestesia, hiperalgesia y alodinia).**

Diagnóstico

- ❏ **Difícil.**
- ❏ **Historia clínica:**
 - ❖ **Características diferenciales del dolor.**
 - ❖ **Síntomas sensoriales.**
- ❏ **Exploración física.**
- ❏ **Cuestionarios de valoración de intensidad.**
- ❏ **Exploraciones complementarias.**

Historia clínica

Descripción del dolor:

- ❏ **Descriptorios verbales sospechosos de dolor neuropático:**
 - ❖ **Urente, opresivo, punzante, tirante, “descargas eléctricas”.**
 - ❖ **Difícil descripción.**
- ❏ **Síntomas sensitivos (parestesias, disestesias), motores o autonómicos acompañantes.**

Historia clínica

📶 **Características del dolor:**

- ❖ **Comienzo, evolución, periodicidad y duración.**
- ❖ **Localización y distribución.**
- ❖ **Intensidad (escala EVA), factores desencadenantes o de alivio.**
- ❖ **Síntomas acompañantes.**

📶 **Evaluación **psicosocial**:**

- ❖ **Insomnio, ansiedad, depresión.**

Exploración física

📶 **Exploración física general.**

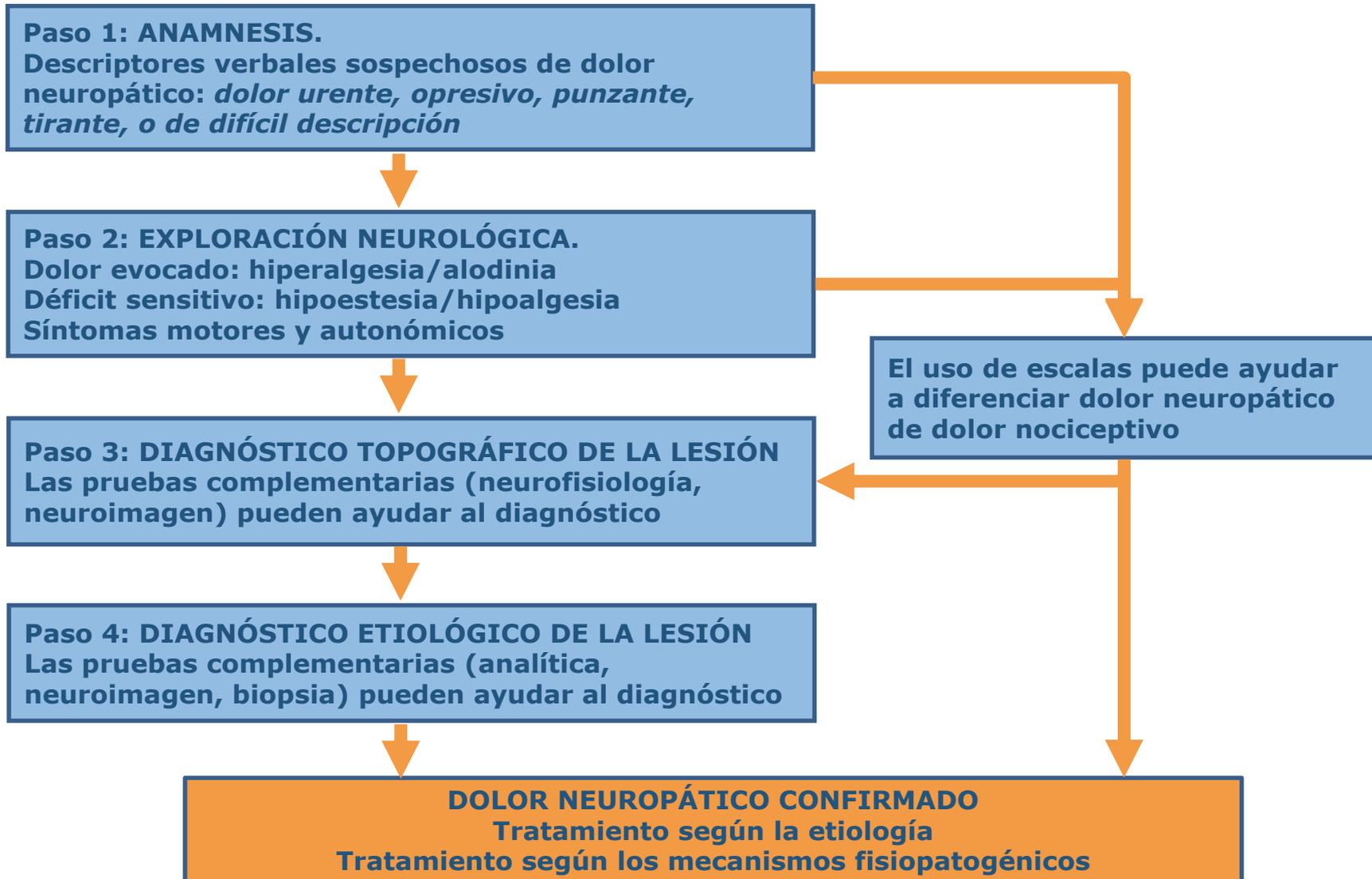
📶 **Exploración **neurológica**:**

- ❖ **Distribución metamérica.**
- ❖ **Dolor evocado: hiperalgesia/alodinia.**
- ❖ **Déficit sensitivo: hipoestesia/hipoalgesia.**
- ❖ **Signos motores y/o autonómicos.**

Exploraciones complementarias

- 📡 **Estudios neurofisiológicos convencionales.**
 - ❖ **EMG. Conducción nerviosa.**
 - ❖ **PE. Somatosensoriales.**
- 📡 **Potenciales evocados por láser o por calor de contacto.**
- 📡 **Test sensoriales cuantitativos.**
- 📡 **Neuroimagen: RMN, PET.**
- 📡 **Biopsia.**

Ante un caso sospechoso de dolor neuropático:



Martínez-Salio A, et al / Med Clin (Barc). 2009;133(16):629-636

Síndromes de dolor neuropático

- ❏ **Radiculopatías crónicas.**
- ❏ **Neuralgia postherpética/trigémino.**
- ❏ **Neuropatía diabética.**
- ❏ **Neuropatía en infectado por el VIH.**
- ❏ **Dolor neuropático central.**
- ❏ **Síndrome doloroso regional complejo.**
- ❏ **Síndrome del miembro fantasma.**
- ❏ **Dolor neuropático inducido por quimioterapia o radiación.**

Radiculopatías

- ❏ **Lesión de la raíz de nervios periféricos.**
 - ❖ **Compresión (hernia discal), trauma.**
 - ❖ **Isquemia, vasculitis, infecciones, tumores.**
- ❏ **Dolor y/o disminución de la función sensitiva o motora.**
- ❏ **Distribución en dermatoma específico.**
- ❏ **Localizaciones frecuentes: lumbar, cervical.**



Radiculopatía lumbar

- 📡 **Es la más frecuente: 4-6% población general.**
- 📡 **Lumbalgia es la 2ª causa de consulta médica.**
- 📡 **Ciática y pseudoclaudicación.**
- 📡 **Parestesias, alteraciones sensoriales y motoras.**



Radiculopatía lumbar

☺ Tratamiento farmacológico:

- ❖ Lidocaína parche 5%
- ❖ Antidepresivos tricíclicos.
- ❖ Gabapentina, pregabalina.
- ❖ Opioides: **tramadol o combinaciones.**
 - ✓ **1ª línea en casos de dolor grave, exacerbaciones y durante la fase de titulación de AD.**
 - ✓ Capsaicina parche, cannabis.
 - ✓ Otros: anticonvulsivantes y antidepresivo, mexiletina, antagonistas del receptor NMDA.
- ❖ Fisioterapia.

☺ Infiltración esteroides.

☺ Tratamiento quirúrgico:

- ❖ **Síndrome de la cauda equina, síndromes con compromiso intestinal y/o vesical y déficit neurológico motor progresivo.**

Neuralgia postherpética (NPH)

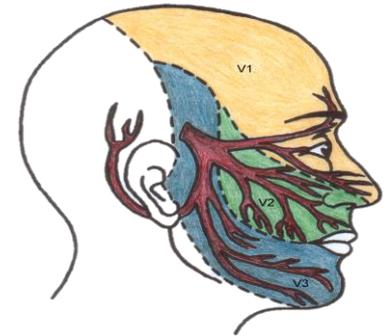
- ❏ **Dolor crónico neuropático.**
- ❏ **Localizado en la metámera donde apareció la infección aguda por virus herpes zoster.**
- ❏ **Definición: dolor de una duración mayor de 3 meses tras curación de las lesiones cutáneas.**
- ❏ **Incidencia variable: 2-80%, según edad.**
- ❏ **Dolor quemante, escozor, parestesias, alodinia.**
- ❏ **Tratamiento:**
 - ❖ **Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina).**
 - ❖ **Antiepiléticos (pregabalina, gabapentina).**
 - ❖ **Opioides.**
 - ❖ **Tópicos: lidocaína, capsaicina.**

Neuropatía diabética dolorosa (NND)

- 📡 Presencia de dolor por lesión de los nervios periféricos secundaria a la diabetes mellitus.
- 📡 Dolor neuropático en **zonas acras (pies)**.
- 📡 Características:
 - ❖ Quemante-punzante.
 - ❖ Disestesia, parestesias y **alodinia** mecánica.
- 📡 Tratamiento:
 - ❖ Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina).
 - ❖ Antidepresivos duales (duloxetina, venlafaxina).
 - ❖ ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), excepto fluoxetina.
 - ❖ ISRN (inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina).
 - ❖ Bupropion.

Neuralgia del trigémino (NT)

- 📡 Ataques **paroxísticos de dolor facial o frontal** < 2 min.
- 📡 Afecta a **1 o más divisiones del nervio trigémico**.
- 📡 Al menos con dos de las siguientes características:
 - ❖ **Intenso, agudo, superficial, punzante.**
 - ❖ **Zonas gatillo o factores desencadenantes (comer, hablar, cepillado dientes).**
- 📡 **Sin déficit neurológico.**
- 📡 **Tratamiento:**
 - ❖ **Carbamacepina.**
 - ❖ **Oxcarbacepina.**
 - ❖ **Anticonvulsivantes (lamotrigina, difenilhidantoína).**
 - ❖ **Los antidepresivos, no han demostrado eficacia.**



Dolor neuropático central

- ❏ Causado por lesión primaria en médula espinal, tronco, tálamo y/o corteza cerebral. Con extensión al tracto espinotalámico o tálamoparietal.
- ❏ **Pérdida de sensibilidad somática** en la zona dolorida, sensibilidad anormal.
- ❏ **Distribución metamérica** según lesión central.
- ❏ **Espontáneo o continuo, hiperalgesia, disestesias.**
- ❏ Tratamiento con peores resultados.
 - ❖ Gabapentina.
 - ❖ Pregabalina.
 - ❖ Antidepresivos tricíclicos.

Dolor neuropático central

📶 Tratamiento con **peores resultados**.

- ❖ **Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina.**
- ❖ **Antiepilépticos: carbamazepina, oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina, lamotrigina.**
- ❖ **Los ISRS e ISRN no han sido estudiados.**
- ❖ **Opioides: no se consideran de primera elección.**
 - ✓ **Morfina liberación prolongada.**
 - ✓ **Oxicodona.**
 - ✓ **Tramadol/tapentadol.**

Síndrome doloroso regional complejo (SDRC)

📡 Diagnóstico y fisiopatología complejos.

📡 Varias entidades nosológicas que cursan con:

- ❖ **Dolor regional neuropático crónico** de predominio distal.
- ❖ **Desproporcionado a la lesión traumática** (tisular o neurológica) causante.
- ❖ Alteraciones **sensitivas**.
- ❖ Signos y síntomas de **tipo vegetativo**.

📡 Clasificación.

- ❖ **Tipo I** (sin lesión neurológica): distrofia simpaticorrefleja.
- ❖ **Tipo II** (con lesión neurológica): causalgia.

Síndrome doloroso regional complejo

📡 Evolución tras una lesión o daño por **trauma/inmovilización**.

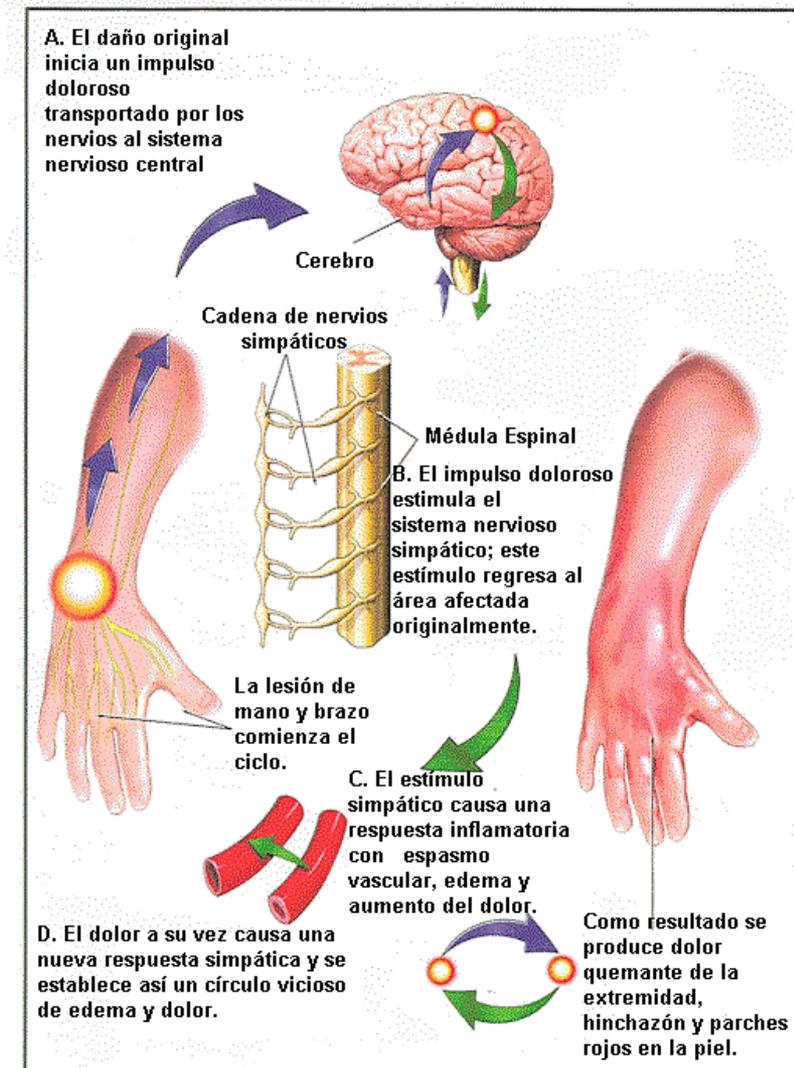
- ❖ 1ª fase aguda: inflamación regional.
- ❖ 2ª fase crónica: trastornos neuropáticos.

📡 Signos/Síntomas:

- ❖ **Dolor espontáneo con alodinia e hiperalgesia.**
- ❖ **Edemas**, alteraciones perfusión y diaforesis regional.
- ❖ **Disfunción motora**

📡 Tratamiento (bajo nivel evidencia):

- ❖ Lidocaína.
- ❖ Bloqueos nerviosos simpáticos.
- ❖ Clonidina tópica.
- ❖ Estimulación medular
- ❖ Fisioterapia.



Fármacos en investigación

☺ Cannabinoides (nabilona).

- ❖ Efectivos en dolor asociado a esclerosis múltiple y alodinia.
- ❖ EA: sedación, mareo, fatiga, efectos GI. Dependencia?

☺ Toxina botulínica A (Botox A).

- ❖ Efecto analgésico sobre inflamación neurógena (?)
- ❖ Eficaz para la alodinia de mononeuropatías (inyecciones subcutáneas 100-200 UI).

Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del dolor neuropático (SED)

📶 Primera Línea:

- ❖ Antidepresivos: tricíclicos (ADT) e inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina (IRS e IRN).
- ❖ Antiepilépticos: gabapentina y pregabalina.
- ❖ Lidocaína de uso tópico (en dolor periférico, con alodinia y disestesias)

📶 Segunda Línea (1ª línea en circunstancias especiales):

- ❖ Analgésicos opioides: tramadol y tapentadol.
- ❖ Capsaicina tópica (en dolor periférico, con alodinia y disestesias).

📶 Tercera Línea:

- ❖ Otros antidepresivos y antiepilépticos.
- ❖ Otros fármacos.

Tratamientos no farmacológico

📶 Neuromodulación:

- ❖ TENS.

- ❖ Estimulación magnética transcraneal.

📶 Bloqueos nerviosos.

📶 Tratamiento quirúrgico.

📶 Fisioterapia.

Modulación

📶 TENS.

- ❖ Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (Alta frecuencia).



Tratamiento no farmacológico

📶 Estimulación Magnética Transcraneal.

- ❖ **Consiste en la despolarización selectiva de neuronas del neocórtex ente 1,5-2 cm bajo el cráneo, mediante impulsos magnéticos.**
- ❖ **Utilidad limitada. Caro.**



Tratamiento no farmacológico

- ❏ **Bloqueo nervios periféricos.**
 - ❖ **Infiltración local.**
 - ❖ **Inyección intraarticular.**
 - ❖ **Bloqueo de N. Intercostal.**

Tratamiento no farmacológico

Infiltración local.

- ❖ **Fármacos: anestésicos locales.**
- ❖ **Ventajas:**
 - ✓ **Facilidad y seguridad.**
- ❖ **Desventajas:**
 - ✓ **Brevedad – Punciones repetidas.**

Tratamiento no farmacológico

Otros:

- ❖ **Medios físicos: crioanalgesia, termoanalgesia.**
- ❖ **Técnicas de relajación (yoga, reflexología).**
- ❖ **Quiropráctica; masaje terapéutico.**
- ❖ **Acupuntura (moxibustión, láser-acupuntura...).**
- ❖ **Homeopatía, fitoterapia.**
- ❖ **Hipnosis.**

Consideraciones finales

- ❏ La **mayoría** de los pacientes con dolor neuropático se atienden de inicio en **Atención Primaria**.
- ❏ El **médico de familia** tiene un papel fundamental en el diagnóstico e inicio del tratamiento.
- ❏ Fundamental para el diagnóstico: **exploración neurológica y los cuestionarios**.
- ❏ En muchos pacientes se precisa **atención multidisciplinar** y/o en unidades de dolor.

Consideraciones finales tratamiento farmacológico

📶 Primera Línea:

- ❖ Antidepresivos: tricíclicos (ADT) e inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina (IRS e IRN).
- ❖ Antiepilépticos: gabapentina y pregabalina.
- ❖ Lidocaína de uso tópico (en dolor periférico, con alodinia y disestesias).

📶 Segunda Línea (1ª línea en circunstancias especiales):

- ❖ Analgésicos opioides: tramadol y tapentadol.
- ❖ Capsaicina tópica (en dolor periférico, con alodinia y disestesias).

📶 Tercera Línea:

- ❖ Otros antidepresivos y antiepilépticos.
- ❖ Otros fármacos.