

# Tratamiento del dolor crónico

DAVID SALVATIERRA DÍAZ Y JOSÉ MARÍA PÉREZ PEÑA

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Departamento de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Madrid. España.



Roger Ballbrera

## Puntos clave

● El dolor nociceptivo se debe a la activación o sensibilización de los nociceptores periféricos. El dolor neuropático se produce por la lesión de las estructuras nerviosas centrales o periféricas. El dolor agudo es casi siempre nociceptivo. El dolor crónico puede ser nociceptivo, neuropático o ambos.

● La analgesia oral con antiinflamatorios no esteroideos debe ser siempre el primer escalón en el tratamiento del dolor crónico. Si ello fuese insuficiente, se asociaría un opiáceo menor. Si eso también fracasara, se administraría un opiáceo mayor, por vía oral o transdérmica, en forma de parches.

● El efecto indeseable más grave de los opiáceos epidurales o intradurales es la depresión respiratoria tardía y depende de la dosis. Los casos más graves se observan en pacientes

que han recibido opiáceos por vía parenteral de manera concomitante. Los ancianos y los enfermos con síndrome de apnea obstructiva del sueño son más vulnerables.

● Como principio general, los antidepresivos son muy útiles en el dolor neuropático. Este efecto analgésico se produce en dosis menores que el efecto antidepresivo. Por otra parte, los fármacos anticomociales también son muy útiles en el dolor neuropático.

● La electroestimulación transcutánea de nervios es una técnica coadyuvante de bajo riesgo para el tratamiento del dolor crónico. Faltan estudios consistentes que avalen su uso como tratamiento único.

● La estimulación de la médula espinal es eficaz para el dolor neuropático. Las indicaciones deben ser muy rigurosas y la selección de pacientes muy estudiada.

El enfoque del dolor como una entidad nosológica y no como un simple síntoma supone un giro conceptual, relativamente nuevo, en la medicina, que ha permitido el desarrollo de un conocimiento mucho más profundo del problema, lo que ha supuesto una mejora sustancial en el tratamiento. El dolor afecta de manera grave a todas las esferas de la persona que lo padece y supone, además, un elevado coste sanitario. El objeto de este artículo es mostrar una visión multidisciplinar del arsenal terapéutico disponible para afrontar este problema con los mejores resultados.

## ¿Qué es el dolor?

El dolor no es sólo una modalidad sensitiva, sino que puede ser definido como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, en relación con un daño tisular, real o potencial”. Esta definición reconoce la interrelación entre los aspectos objetivos del dolor y sus componentes subjetivos, emocionales y psicológicos<sup>1</sup>.

Además de por sus características cronológicas (agudo o crónico), el dolor puede ser clasificado clínicamente como *nociceptivo* o *neuropático*, si bien, en la práctica, ambos coexisten. El dolor nociceptivo proviene de una irritación mecánica, química o térmica de los nervios sensitivos periféricos, de una hiperexpresión de los nociceptores (por ejemplo, el dolor ocurrido tras una cirugía o un traumatismo) (tabla 1).

Típicamente se describe como intenso, agudo y bien localizado. El dolor neuropático es originado por un daño del sistema nervioso periférico o central (por ejemplo, neuralgia postherpética, neuropatía diabética) (tabla 1). No es un dolor tan bien localizado como el nociceptivo.

Cuando un dolor se prolonga más allá de los 3 meses o más allá del tiempo razonable de curación, el cuadro clínico del paciente se torna más complejo y, muy a menudo, con importantes componentes psicológicos.

Las estrategias no farmacológicas han de ser instauradas lo más pronto posible. Cada vez existe más evidencia acerca de que la instauración precoz de un tratamiento agresivo contra el dolor agudo disminuye la incidencia de transición a un dolor crónico<sup>2</sup>.

## Tratamiento del dolor persistente

### Tratamientos farmacológicos

*Analgésicos.* La Organización Mundial de la Salud, en el contexto de los dolores cancerosos, ha propuesto

Tabla 1. Causas de dolor neuropático

#### Traumática

Cirugía  
Síndrome regional complejo tipo II  
Amputación (dolor miembro fantasma)  
Traumatismos espinales

#### Infecciones

Herpes zóster  
Mononucleosis  
Síndrome deficitario immune  
Tabes  
Difteria  
Lepra  
Sarcoidosis

#### Tóxicos

Agentes quimioterapéuticos (vincristina y cisplatino)  
Otras drogas (nitrofurantoína, isoniacida, fenitoína, hidralacina, talidomida)  
Arsénico  
Mercurio

#### Déficits nutricionales o alcoholismo

#### Alteraciones inmunes

Esclerosis múltiple

#### Compresiones nerviosas

Estenosis espinales  
Túnel carpiano  
Radiculopatía crónica

#### Cáncer

Compresión  
Infiltración  
Metástasis

#### Alteraciones metabólicas

Diabetes mellitus  
Uremia  
Porfiria  
Hipotiroidismo  
Amiloidosis

#### Enfermedades genéticas

Enfermedad de Fabry  
Neuropatías hereditarias

#### Enfermedades vasculares

Lupus eritematoso  
Isquemia

#### Reumatismo

Artritis reumática  
Poliartritis

#### Miscelánea

Síndrome de Guillain-Barré  
Siringomielia  
Crisis epilépticas con dolor  
Esclerosis lateral amiotrófica  
Polineuropatía crónica  
Dolor central

una escala de 3 niveles analgésicos, que puede extrapolarse al tratamiento del dolor crónico en general. Los 3 niveles se definen por el tipo de analgésico que incluye; así, el nivel I incluye el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE); el nivel II incluye AINE más opiáceos menores, y el nivel III incluye los opiáceos mayores, esencialmente morfina oral o transdérmica, en forma de parches de liberación lenta.

La ineficacia del tratamiento obliga a pasar de un nivel a otro. Las causas de fracaso se deben a la elección inapropiada del fármaco, pero, más a menudo, a no haber respetado las normas de uso del fármaco. Así, conviene administrar las tomas de manera preventiva, con un horario fijo y a intervalos que tengan en cuenta la duración de la eficacia del fármaco.

Cuando se administra morfina, es preferible empezar con la forma de liberación inmediata para después pasar a la de liberación tardía. La inmediata es muy útil como fármaco de rescate. En los pacientes que sufren dolor, la depresión respiratoria no es un problema y no debe impedir su prescripción por vía oral ni el aumento de dosis. Las vías subcutánea e intravenosa continua son las preferentes en caso de imposibilidad de uso o de fracaso de la vía oral. Toda prescripción de morfina ha de estar asociada a la de un antiemético, que se administrará cuando aparezcan las náuseas. Además, puede aconsejarse sistemáticamente la administración de un laxante, dada la frecuente asociación con estreñimiento.

**Antidepresivos.** Se utilizan por su acción analgésica en algunas indicaciones y contra los síntomas psíquicos asociados al dolor. Las indicaciones más interesantes son los dolores neuropáticos, las cefaleas y la fibromialgia. Los fármacos que han probado su eficacia en ensayos controlados son los antidepresivos imipramínicos, concretamente: clorimipramina, amitriptilina y doxepina. Se debe esperar 4 semanas antes de hablar de fracaso terapéutico<sup>3</sup>.

**Anticomiciales.** Están indicados en el componente fulgurante de los dolores neurógenos y en la neuralgia esencial del trigémino. Los más utilizados son la carbamacepina, el clonacepam, la gabapentina y el topiramato. La dosis se va ajustando de manera individual hasta conseguir la dosis efectiva<sup>4</sup>.

**Benzodiacepinas.** Los pacientes con dolor persistente consumen más benzodiacepinas que la población general; sin embargo, su eficacia en el dolor no está demostrada.

### **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)**

Tiene por objeto reforzar o suplir el mecanismo inhibitor que está fallando, por lo que es útil en

dolores neurológicos por pérdida de impulsos aferentes, como los dolores secundarios a la lesión de un nervio periférico o las lumbociáticas por fibroaracnoiditis. También resulta eficaz en dolores no neurológicos, incluso en dolores crónicos postraumáticos o reumatológicos<sup>5</sup>.

### **Rehabilitación**

La cinesiterapia es esencial en dolores crónicos que afecten al aparato locomotor y a los síndromes algodistróficos. Sin embargo, puede ser iatrogénica cuando es demasiado pasiva y puede crear una dependencia.

### **Enfoque cognitivo-conductista**

Es importante aportar al paciente una representación lo más tranquilizadora posible de su dolor y ayudarlo a eliminar las distorsiones cognitivas que favorecen los comportamientos mal adaptados. El objetivo sería estimular la reanudación de las actividades cotidianas de manera graduada y progresiva, tratando de interrumpir el círculo vicioso dolor-inactividad.

### **Técnicas anestésicas**

**Bloqueos nerviosos.** Los bloqueos no neurolíticos se realizan con anestésicos locales en los puntos desencadenantes musculares, en las cicatrices y en los troncos nerviosos. Suelen producir un alivio que se prolonga más allá del plazo normal de los efectos farmacológicos, debido a la interrupción de un mecanismo automantenido por vía refleja, muscular o simpática. La eficacia es mayor cuanto más precoz se realice el bloqueo. Los anestésicos locales han demostrado su eficacia incluso administrados por vía sistémica<sup>6</sup>.

Los bloqueos neurolíticos, en su mayoría, se efectúan con alcohol etílico y buscan la destrucción de las vías periféricas de conducción de los mensajes nociceptivos. La más practicada es la alcoholización del plexo celíaco en los dolores de las neoplasias digestivas y en algunas pancreatitis crónicas<sup>7</sup>.

**Morfínoterapia por vía medular.** Se realiza por medio de catéteres epidurales o subaracnoideos. Estas vías están indicadas en los dolores neoplásicos por invasión torácica, abdominal o perineal que no responden a la morfina por vía oral o transcutánea bien utilizada. Tiene la ventaja de inducir una potente analgesia con dosis bajas. Los riesgos más importantes son la depresión respiratoria (sobre todo si coexiste con terapia oral) y la meningitis.

**Técnicas de neuroestimulación.** La indicación preferente son los dolores por desaferenciación sin respuesta a tratamiento médico. Se basa en los mismos principios que la electroestimulación transcutánea de nervios (*transcutaneous electronic nerve stimulation* [TENS]).

Hay varios métodos de estimulación: de nervios periféricos, de los cordones posteriores de la médula e incluso de niveles cerebrales profundos mediante esteroataxia. Lo más común es la estimulación medular y, dado que es un método más invasivo que la TENS, la selección de los pacientes debe ser muy rigurosa. Se practica mediante electrodos introducidos por vía percutánea para alojarlos en el espacio epidural<sup>8,9</sup>.

Por último, cabría mencionar la existencia de técnicas neuroquirúrgicas de sección que consisten en la destrucción, más o menos selectiva, de las vías del dolor. Su empleo se justifica en algunos dolores neoplásicos que escapan a los tratamientos oncológicos y a los tratamientos analgésicos médicos; por ello, en la actualidad, éstas son intervenciones que cada vez se proponen con menos frecuencia<sup>7</sup>.

## Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Goucke CR. The management of persistent pain. *Med J Aust.* 2003;178:444-7.
- Practice Guidelines for Chronic Pain Management: A Report by The American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Pain Section. *Anesthesiology.* 1997;86:995.
- Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;3:CD005454.
- Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;3:CD001133.
- Khadilkar A, Milne S, Brosseau L, Robinson V, Saginur M, Shea B, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;3:CD003008.
- Tremont-Lukats IW, Challapalli V, McNicol ED, Lau J, Carr DB. Systemic administration of local anesthetics to relieve neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg.* 2005;101:1738-49.
- Mailis A, Furlan A. Sympathectomy for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2:CD002918.
- Ubbink DT, Vermeulen H. Spinal cord stimulation for critical leg ischemia: a review of effectiveness and optimal patient selection. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31 Suppl 4:S30-5.
- Mailis-Gagnon A, Furlan AD, Sandoval JA, Taylor R. Spinal cord stimulation for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD003783.