



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## SIMPOSIO

# Dolor neuropático en diabetes (DPNP)

**Emilio Blanco Tarrío**

*Coordinador del Área de Tratamiento del Dolor de SEMERGEN. Médico de Familia, Centro de Salud de Béjar, Salamanca, España*

## Concepto, clínica y diagnóstico

El dolor neuropático (DN) es consecuencia de lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial, de origen central o periférico<sup>1</sup>. Es un dolor diferente al nociceptivo, y síntoma de enfermedad neurológica de etiología muy diversa. Las causas más importantes en atención primaria son la polineuropatía diabética, la neuralgia postherpética y las radiculopatías. La polineuropatía simétrica distal o neuropatía diabética periférica afecta sobre todo a extremidades inferiores y es de evolución crónica e insidiosa. Es bilateral, simétrica, distal y difusa, y el dolor, cuando hace aparición, suele ser de intensidad severa. En la mayor parte de los casos es mixta (sensitivo-motora con predominio sensitivo) y autonómica. Un estudio español multicéntrico realizado en atención primaria y hospitalaria, encontró una prevalencia de polineuropatía diabética del 22,7% entre la población diabética, del 12,9% en el tipo 1 y del 24,1% en el tipo 2, prevalencia que aumentaba con la edad (el 29,5% en el grupo de 70 a 74 años) y con la duración de la enfermedad (el 44,2% con más de 30 años)<sup>2</sup>.

Es muy importante en atención primaria la detección precoz de un dolor de características neuropáticas en un paciente diabético, porque un tratamiento temprano mejorará el pronóstico. Los síntomas varían entre pacientes y pueden modificarse con el transcurso de la enfermedad en un mismo individuo. Esta variabilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento<sup>3,4</sup>.

Las técnicas diagnósticas en DN incluyen pruebas de sensibilidad y técnicas electrofisiológicas normalmente no accesibles para el médico de atención primaria. Aun así, el médico de atención primaria puede llegar a sospechar con un alto índice de eficacia un DN con medios sencillos y asequibles en un tiempo razonable. Para ello es necesario conocer los síntomas descriptores, qué alteraciones de la sensibilidad pueden presentarse y qué síntomas pueden evocarse por la exploración.

Los descriptores son términos que ilustran la sensación que el paciente percibe y que son característicos del DN, por ejemplo: quemazón, escozor, ráfaga, ardor, latigazo, calambre, etc. Su expresión espontánea o dirigida en la anamnesis orienta la tipificación de un dolor como neuropático y lo diferencia del nociceptivo, aunque a veces esta distinción puede no ser evidente.

Las alteraciones de la sensibilidad que permiten un alto índice de sospecha son las parestesias o sensación de adormecimiento, y las disestesias o parestesias dolorosas o desagradables. Una adecuada anamnesis permitirá conocer con detalle las áreas en las que se presentan.

Los síntomas evocados son provocados por la exploración. La alodinia es una respuesta dolorosa a un estímulo no doloroso, por ejemplo, al calor, a la presión, a las caricias. La hiperalgesia es un aumento de la respuesta a estímulos dolorosos, por ejemplo pinchazos, frío o calor. Un paño de algodón y una aguja de fino calibre pueden ser suficientes para explorar la sensibilidad en áreas simétricas dolorosas y no dolorosas. En todos los diabéticos debería realizarse la exploración de la sensibilidad táctil con monofilamento para su detección temprana<sup>5</sup>.

El dolor en la polineuropatía diabética es de predominio nocturno y mejora con la deambulación. Hay hipoestesia y disestesias “en guante o calcetín”, alteración de las sensibilidades vibratoria, térmica y posicional, hiporreflexia aquilea y debilidad muscular de peroneos e interóseos de las manos. Son complicaciones la enfermedad de Charcot o artropatía neuropática y el mal perforante plantar por aparición de úlceras en zonas de apoyo.

La medición del dolor es imprescindible para conocer la evolución del paciente y el resultado del tratamiento. Son sencillas y prácticas la escala analógica visual (EVA), la escala categórica verbal o la simple escala numérica. Entre las escalas específicas, las recomendadas son la Escala de Lanss y el Cuestionario DN4. La escala de dolor LANSS “the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs”, de

**Tabla 1** Cuestionario DN4

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		
Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Pinchazos		
6. Entumecimiento		
7. Escozor		
<b>Exploración del paciente</b>		
Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia al pinchazo		

Fuente: Gálvez R. Eur J Pain. 2006.

Bennett, es un instrumento fiable y validado, útil para discriminar el DN del dolor nociceptivo<sup>6</sup>. Esta escala ha sido validada al español<sup>7</sup>. La escala DN4 es un cuestionario también diseñado para ayudar en el diagnóstico diferencial. Consta de 4 preguntas y 10 ítems en los que el paciente debe contestar afirmativa o negativamente. Las preguntas 1 y 2 recogen una lista de síntomas descriptores del dolor y se contestan mediante una entrevista al paciente y las preguntas 3 y 4 recogen los signos identificados que se contestan con la exploración. Cada respuesta afirmativa puntúa un 1 y cada respuesta negativa un 0. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 10. Los autores proponen un punto de corte de 4<sup>8</sup>. Esta escala ha sido adaptada y validada al castellano<sup>9</sup> (tabla 1).

Cuando se diagnostica un DN es muy importante la realización de una historia psicosocial que recoja datos sobre aquellos factores que varían el umbral del dolor, las circunstancias familiares, las creencias y actitudes previas ante el dolor, las consecuencias laborales y económicas y los factores sociales que puedan agravarlo. En algunos pacientes hay que explorar la capacidad cognitiva y la posible existencia de patología psiquiátrica. La depresión está muy frecuentemente asociada. El insomnio exacerba el dolor y se asocia con depresión, lo que a su vez puede empeorar las alteraciones del sueño<sup>10,11</sup>. Es importante el apoyo social, familiar y psicoterapéutico.

## Bibliografía

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Task force on taxonomy. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
2. The Neuropathy Spanish Study Group of the Spanish Diabetes Society. The prevalence of clinical diabetes polineuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. *Diabetologia*. 1998;41:1263-9.
3. Backonja MM, Galer BS. Pain assessment and evaluation of patients who have neuropathic pain. *Neurol Clin*. 1998;16:775-90.
4. Jensen TS, Baron R. Translation of symptoms and signs into mechanisms in neuropathic pain. *Pain*. 2003;102:1-8.
5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2007. *Diabetes Care*. 2007;30:S4-41.
6. Bennett M. The Lanss pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*. 2001;92:147-57.
7. Pérez C, Gálvez R, Insausti J, Bennet M, Ruiz M, Rejas J. Adaptación lingüística y validación al castellano de la escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:485-91.
8. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29-36.
9. Gálvez R, Pérez C, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity, inter-rater agreement and test-retest reliability of the Spanish version of DN4 scale for differential diagnosis of neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2006;10 Suppl 1:S238.
10. Argoff CE. The coexistence of neuropathic pain, sleep, and psychiatric disorders: a novel treatment approach. *Clin J Pain*. 2007;23:15-22.
11. Nicholson B, Verma S. Comorbidities in chronic neuropathic pain. *Pain Med*. 2004;5 Suppl 1:S9-S27.