



Revista Internacional de Acupuntura

www.elsevier.es/acu



Caso clínico

Experiencia en la aplicación de la acupuntura en el dolor neuropático posquirúrgico

Juana María Peláez Pérez

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de mayo de 2014

Aceptado el 20 de mayo de 2014

Palabras clave:

Dolor neuropático

Cirugía

Acupuntura

R E S U M E N

Se presenta el manejo clínico de una paciente con absceso anal que tras la no resolución del proceso con antibióticos y antiinflamatorios acaba por fistulizar siendo sometida a cirugía para realizar una fistulectomía parcial. En el postoperatorio presenta parestesias con irradiación a miembros inferiores, alodinia, así como limitaciones de su actividad diaria y afectación psicosocial, siendo diagnosticada de dolor neuropático (DN) periférico secundario a cirugía. El tratamiento efectuado incluye tratamiento farmacológico y acupuntura. Se considera que el tratamiento del DN puede ser extremadamente complicado, particularmente cuando aparecen síntomas de comorbilidad asociados, lo cual es frecuente. Según la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, se estima que la prevalencia en Europa del DN oscila entre el 5 y el 7,5%. Actualmente no hay consenso sobre el manejo óptimo del DN, probablemente debido a la falta de acuerdo en los protocolos de diagnóstico y a la coexistencia de DN nociceptivo y, en ocasiones, dolor idiopático en el mismo paciente.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Experience in the application of acupuncture in postsurgical neuropathic pain

A B S T R A C T

The paper presents the clinical management of a patient with an anal abscess which, after an unsuccessful treatment with antibiotics and anti-inflammatory drugs which ends up with the formation of a fistula, undergoes a partial fistulectomy surgery. During the immediate postsurgical period, paresthesias radiating to the lower limbs, allodynia, as well as limitations in her daily life and psychosocial affection appear. The diagnosis is peripheral neuropathic pain (NP) secondary to surgery. The implemented treatment includes pharmacological treatment and acupuncture. The treatment of the NP is considered to be extremely difficult, particularly when other associated comorbidity symptoms appear, which happens usually. The prevalence of NP is estimated to be around 5-7.5% in Europe according to the International Association for the Study of Pain (IASP). Currently, no clear consensus exists on the optimal management of NP, probably due to the lack of agreement on diagnostic protocols and to the co-existence of neuropathic, nociceptive, and sometimes, idiopathic pain in the same patient.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 30 años —sin antecedentes médicos o quirúrgicos o alergias conocidas y fumadora— diagnosticada de absceso anal de 3 meses de evolución que no cede al tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios complicándose al fistulizar. Las pruebas complementarias (radiografía de tórax, electrocardiograma) no revelan hallazgos patológicos. En la analítica presenta discreta anemia ferropénica y leucocitosis. En el examen físico revela piel y mucosas bien hidratadas y destaca la palidez cutánea y en la auscultación cardiopulmonar no presenta alteraciones. Se interviene quirúrgicamente para limpieza quirúrgica y fistulectomía parcial. Tras la cirugía inicia parestesias con irradiación a miembros inferiores y alodinia. Posteriormente refiere angustia, insomnio, dismenorrea, apetencia por alimentos dulces, lengua con saburra blanca fina y seca, pulso superficial debilidad, candidiasis, prurito y afectación psicosocial. Se instaura tratamiento en el periodo posquirúrgico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que no son efectivos y, ante el cortejo de síntomas neuropáticos, se inicia tratamiento por vía oral con fluoxetina (20 mg/día) y gabapentina (100 mg/8 h). Semanas después, los síntomas no desaparecen; su estado anímico ha empeorado y no tolera los efectos secundarios, por lo que abandona el tratamiento médico. Ante la demanda de un nuevo tratamiento por la persistencia de los síntomas y la no tolerancia a gabapentina y fluoxetina, se le propone tratamiento con acupuntura y acepta. Según los criterios de la Medicina Tradicional China, se trata de una Insuficiencia de Bazo posquirúrgica con lesión de los canales y colaterales. El estancamiento de Qi y Xue por la “agresión” quirúrgica justifica el tipo de dolor, favorecido lógicamente por ese estado de insuficiencia de Qi y Xue que también hace que sea más vulnerable al estrés y se produzca estancamiento de Qi de Hígado que va a favorecer el dolor.

En la tabla 1 se observa el esquema para la selección de los puntos empleado 1 vez por semana durante 5 semanas. Refiere una mejoría notable tanto de sus síntomas como de su actividad psicosocial. Seis meses después mantiene los síntomas atenuados y con muy poca frecuencia, relacionando su aparición con el estrés diario. Con esta terapéutica se pretende: aliviar la dismenorrea; equilibrar y armonizar el Qi y la Xue;

reforzar el Qi; nutrir el Yang; tonificar el Bazo y el Estómago; dirigir y facilitar la circulación de canales y colaterales; abrir el meridiano IG y los colaterales Luo; aliviar el dolor; regular el Qi defensivo; tonificar el Qi; relajar los músculos y los tendones, y abrir el meridiano Vejiga Punto Estrella Celeste (*Ma Dan Yang*) con efecto distal en la región lumbar y anal y armonizar.

Discusión

Atendiendo a la causa subyacente, cabe destacar que inicialmente el dolor es de tipo nociceptivo (fibras C) y causado por la estimulación normal de un sistema nervioso intacto. La regeneración poscirugía del tejido se dificulta probablemente por cicatrices celulares u otro bloqueo¹⁻³. Las fibras de regeneración incrementan el número de canales de sodio presentes en la membrana celular para permitir un mayor tránsito de iones de sodio, dando lugar a una fibra con una sensibilidad alterada que puede llevar a que el axón tenga una conductividad anormal presentando dolor de tipo neuropático (fibras A). La superposición de acontecimientos da lugar a la presentación de un dolor de tipo mixto^{4,5}. Los analgésicos iniciales tuvieron un efecto prácticamente nulo. Al no tolerar sus efectos secundarios de forma temprana, la paciente abandona los antidepresivos y los antiepilepticos. Actualmente, en el primer escalón de tratamiento estarían los antiepilepticos y/o los antidepresivos, solos o combinados entre ellos. Únicamente estaría indicado añadir un AINE⁶ en caso de presentar dolor mixto y asociación de un componente nociceptivo al neuropático. La aplicación de la acupuntura mejoró significativamente la vida de los pacientes al mejorar los factores de comorbilidad y además evitó los efectos secundarios de los fármacos antiepilepticos y antidepresivos mal tolerados, junto con la atenuación de las algias^{7,8}. A pesar de la aceptación de la acupuntura, más allá de la analgesia, hace falta llevar a cabo más estudios técnica y metodológicamente rigurosos que determinen la influencia a largo plazo de esta terapéutica en la calidad de vida de los pacientes. En una escala visual analógica se puede encontrar el 50% de alivio del dolor y —en caso de ser una medida de resultado convincente— los pacientes pueden encontrar un retorno a las actividades diarias normales y pasar a ser un indicador mucho más relevante de éxito del tratamiento. La reducción del dolor “clínicamente significativa” está muy discutida en la literatura médica. En general, para determinar el alcance del tratamiento en el alivio el dolor puede ser necesario utilizar medidas subjetivas y objetivas en los resultados.

Tabla 1 – Evolución de la escala visual analógica (EVA) con relación al tratamiento efectuado

Semana	EVA	Tratamiento efectuado
1. ^a	9/10	Auriculoterapia: miorrelajante, tálamo, Shenmen, occipucio, proyección IG, bazo
2. ^a	6/10	Auriculoterapia + B 6, E 36, V 20 , IG 4 , IG 11, Ren 6, V 57, Yingtang
3. ^a	6/10	Auriculoterapia + B 6, E 36, V 20, IG 4, IG 11, Ren 6, V 57, Yingtang
4. ^a	4/10	Auriculoterapia + B 6, E 36, V 20 , IG 4 , IG 11, Ren 6, V 57, Yingtang
5. ^a	2/10	Auriculoterapia + B 6, E 36, V 20 , IG 4 , IG 11, Ren 6, V 57, Yingtang

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Dr. Cobos Romana y al Dr. Espinosa de los Monteros por la enseñanza, motivación y ayuda técnica prestada para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

B I B L I O G R A F Í A

1. Gálvez R, Rejas J, Pérez M, Gómez M. Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:221-9.
2. International Association for the Study of Pain. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain: Clinical Updates*. 2010. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2083>
3. Van de Ven TJ, John Hsia HL. Causes and prevention of chronic postsurgical pain. *Curr Opin Crit Care*. 2012;18:366-71.
4. Chong MS, Bajwa ZH. Diagnosis and treatment of neuropathic pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(5 Suppl):S4-11.
5. Harden N, Cohen M. Unmet needs in the management of neuropathic pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(5 Suppl):S12-7.
6. Tong Y, Guo H, Han B. Fifteen-day acupuncture treatment relieves diabetic peripheral neuropathy. *J Acupunct Meridian Stud*. 2010;3:95-103.
7. Norrbrink C, Lundeberg T. Acupuncture and massage therapy for neuropathic pain following spinal cord injury: an exploratory study. *Acupunct Med*. 2011;29:108-15.
8. Penza P, Bricchi M, Scola A, Campanella A, Lauria G. Electro-acupuncture is not effective in chronic painful neuropathies. *Pain Med*. 2011;12:1819-23.