



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Luces y sombras del dolor neuropático. ¿El peor dolor?

Lights and shadows in neuropathic pain. The worst pain?

R. Gálvez Mateos

Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

En la última década, una de las variedades de dolor que ha presentado un cambio más importante ha sido el dolor neuropático, tanto en el diagnóstico como el tratamiento analgésico. Varias razones avalan su apodo del “peor dolor”.

- La desmitificación acerca de su escasa prevalencia. Desde la Encuesta Internacional de 2004, llevada a cabo por la International Association for the Study of Pain en diferentes países, se conoce que alrededor del 6-8% de la población presenta alguna forma de dolor neuropático, asociándose la mayoría de las veces un componente nociceptivo¹.
- El sufrimiento tan intenso que ocasiona el dolor neuropático en los pacientes es capaz de conducir a una pérdida de calidad de vida y una limitación funcional acusada a lo largo del tiempo.
- La dificultad del tratamiento, debido a la enorme complejidad fisiopatológica del dolor neuropático. La diversidad de los mecanismos implicados en los diferentes síntomas espontáneos o evocados, muchos de ellos no esclarecidos todavía, y la posibilidad de que puedan coincidir varios de los síntomas en el mismo paciente, complican la posibilidad de un tratamiento etiopatológico, si bien las líneas futuras pueden estar allí².
- Los pobres resultados analgésicos publicados en dolor neuropático, por la mayoría de los autores, dan como válido el alivio del 30-60%, que si bien clínica y estadísticamente resulta significativo, a la mayoría de los pacientes les parece claramente insuficiente con el paso del tiempo.

— El dolor neuropático se considera mayoritariamente como poco agradecido de tratar, al contrario del dolor de origen oncológico, y a menudo conlleva como lastre un grado variable de frustración por los profesionales a cargo de estos pacientes, que observan impotentes cómo no se ven reconocidos sus esfuerzos contra el dolor por la mayoría de los pacientes³.

Esta situación puede resumirse en 2 términos: a) desesperación de los pacientes afectados por dolor neuropático, y b) frustración de los profesionales a cargo de éstos.

Sin embargo, el intenso trabajo realizado por muchos investigadores y clínicos en el campo del dolor neuropático en los últimos años ha dado su fruto, y se ha comenzado a sistematizar y estandarizar algunas pautas analgésicas, tomando como referencia la evidencia clínica existente.

En el territorio español, el empuje de un grupo de diversos profesionales ha facilitado y mejorado, por un lado, el diagnóstico y, por otro, el abordaje del paciente con dolor neuropático. Un paso importante ha sido la validación al castellano de diferentes descriptores clínicos y escalas selectivas, para el cribado del componente neuropático del dolor, de fácil utilización por especialistas y médicos de atención primaria⁴⁻⁶. Igualmente, la aparición de la “Guía de dolor neuropático”, llevada a cabo por la Sociedad Española del Dolor (SED), y la reciente publicación, en forma de consenso sobre dolor neuropático, realizada entre diferentes sociedades y tomando como punto de partida la evidencia clínica, son pasos importantes para mejorar la estrategia analgésica y los resultados obtenidos^{7,8}.

Este artículo publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DEL DOLOR, por autores de gran prestigio en el campo del dolor neuropático

Correo electrónico: rafaelgalvez@hotmail.com

(González Escalada et al, 2009), hace una amplia revisión farmacológica del dolor neuropático, enlazando con las otras publicaciones anteriores, y supone una puesta al día de las pautas de actuación analgésicas en este campo del dolor. El enfoque novedoso tiene más en cuenta los fármacos y sus posibles sinergias e interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas. Las recomendaciones, en forma de prácticos algoritmos, van ajustadas a los fármacos con sus dosis correspondientes. Estas pautas pueden servir como referente para los profesionales claramente interesados en aliviar a sus pacientes y hacer desaparecer, al menos parcialmente, el San Benito de dolor neuropático, equivalente al peor de los dolores.

Bibliografía

1. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;29:70:1630-5.
2. Dickenson AH. Neurobiological mechanisms of neuropathic pain and its treatment. En: Castro Lopes J, Raja S, Schmelz M, editors. *Pain 2008: an updated Review Refresher Course Syllabus*. Seattle, WA: IASP Press; 2008. p. 277-86.
3. Gilron I, Watson CPN, Cahill CM, Moulin DE. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. *CMAJ*. 2006;175:265-75.
4. Bennett M, Attal N, Backonja MM, Baron R, Bouhassira D, Freynhagen R, et al. Using screenings tools to identify neuropathic pain. *Pain*. 2007;127:199-203.
5. Pérez C, Gálvez R, Insausti J, Bennet M, Rejas J. Adaptación lingüística y validación al español de la escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. *Medic Clin (Barc)*. 2005;125:221-9.
6. Gálvez R. Escalas de valoración del dolor neuropático. En: Barutell C, editor. *Guía de práctica clínica en dolor neuropático*. Madrid: Ed. IMC; 2008. p. 38-44.
7. Barutell C. Guía de práctica clínica en dolor neuropático de la Sociedad Española del Dolor. Madrid: Ed. IMC; 2008.
8. Martínez Salío A, Gómez de la Cámara A, Ribera Canudas MV, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. *Med Cin (Barc)*. En prensa 2009.