



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Dolor neuropático

Neuropathic pain

M.V. Ribera Canudas

Unidad de Dolor, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

El tratamiento del dolor neuropático (DN) continúa siendo de gran complejidad, a pesar de que en los últimos años se han ampliado de forma considerable los recursos terapéuticos para controlar este tipo de dolor y se han publicado diferentes guías clínicas, metaanálisis, revisiones sistemáticas, recomendaciones y algoritmos terapéuticos para poder evaluar de forma científica y objetiva los resultados de los diferentes tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos, en el control de este tipo de dolor¹⁻³.

Sin embargo, la evaluación de la eficacia de los múltiples grupos farmacológicos, empleados en el tratamiento de las diversas formas de DN, encuentra series dificultades, debido a distintos factores, entre los que cabe destacar: el hecho de que las escalas de evaluación del dolor son subjetivas; los tamaños muestrales suelen ser reducidos en muchas de las enfermedades estudiadas; que hay gran heterogeneidad de síndromes neuropáticos, así como de la sintomatología acompañante; que los estudios realizados son comparativos con placebo; que no hay estudios comparativos directos entre las distintas opciones terapéuticas, lo que dificulta de entrada su elección, y que hay limitaciones metodológicas en muchos de los trabajos publicados en la bibliografía especializada.

De entre éstas, podemos destacar el hecho de que hay pocos síndromes evaluados con ensayos clínicos aleatorios y con control, y la mayoría de ensayos se han realizado en pacientes con neuralgia postherpética (NPH) y neuropatía diabética, y los resultados se extrapolan a DN de otras causas en que los mecanismos fisiopatológicos que provocan el dolor pueden ser distintos².

Correo electrónico: mvribera@vhebron.net

Otras de las limitaciones serían el hecho de que no suelen realizarse estudios en DN leve o moderado, sólo en grave, que el período de control de los estudios suele ser corto y se suelen desconocer los resultados de los fármacos a largo plazo, así como también el hecho de que siempre se realizan los estudios seleccionando a los pacientes por enfermedades, no por síntomas específicos, que son la base fisiopatológica de lo que se denomina DN.

La farmacoterapia continúa siendo la piedra angular del tratamiento. El abordaje terapéutico del DN mediante fármacos antidepresivos y antiepilepticos forma parte de la actual medicina basada en la evidencia. Estos 2 grupos de fármacos se han convertido en los pilares terapéuticos más importantes y prometedores en este tipo de dolor¹⁻³.

El tratamiento del DN debe iniciarse en forma de monoterapia, pero, frente a la respuesta parcial a la monoterapia, se pueden proponer tratamientos combinados, por lo que es importante utilizar fármacos con mecanismos de acción complementarios. Las combinaciones farmacológicas se han ampliado en los últimos años para el tratamiento del DN por la evidencia clínica de sus ventajas en la monoterapia en algunos síndromes dolorosos, así como por la introducción de fármacos que se han mostrado efectivos en estos tipos de dolor. La optimización de estos tratamientos combinados requiere, por parte del equipo médico, estar familiarizado con todos los fármacos de primera y segunda línea y tener experiencia comprobada en los ajustes de sus dosis.

Sin embargo, faltan estudios que informen sobre cuáles serían los pacientes en los que estaría indicado de entrada un tratamiento combinado y estudios que orienten sobre el tipo de tratamiento combinado para cada tipo de dolor neuropático.

Forma parte fundamental del manejo terapéutico la correcta información al paciente, tanto en lo que se refiere a las características del tipo de dolor, como de las expectativas reales de su resolución, así como de los riesgos y los beneficios de las asociaciones terapéuticas. Si no se consigue un control del dolor con las asociaciones farmacológicas, se debe plantear la posibilidad de realizar técnicas invasivas.

En general, el DN se asocia a la evolución no esperada de una enfermedad o de una intervención quirúrgica, y requiere su pronta identificación para poder instaurar un tratamiento específicamente dirigido a su control. Este tipo de dolor es generalmente grave, de gran intensidad y a veces de comienzo tardío respecto a la lesión.

Entre las enfermedades que pueden cursar con dolor neuropático crónico, destacamos: el dolor crónico posquirúrgico, la neuralgia postherpética y la neuropatía diabética. El dolor neuropático, incluido muchas veces como dolor crónico posquirúrgico, es una enfermedad neurodegenerativa y, por tanto, requiere tratamientos neuroprotectores. Sin ninguna duda, el futuro próximo se basará en la identificación de los pacientes de riesgo y en la prevención y el tratamiento del dolor crónico⁴.

Las áreas de futuras investigaciones deberán incluir la búsqueda de métodos específicos de diagnóstico para el DN, identificando asociaciones entre síntomas, signos y enfermedades, para orientar estrategias de tratamientos, comparar los tratamientos combinados con la monoterapia y desarrollar las líneas de estudios farmacogenómicos³.

Bibliografía

1. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain*. 2007;132:237-51.
2. Attal N, Grucu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Euro J Neurol*. 2006;13:1153-69.
3. Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neuropathic pain. *BMJ*. 2009;339:391-5.
4. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367:1618-25.