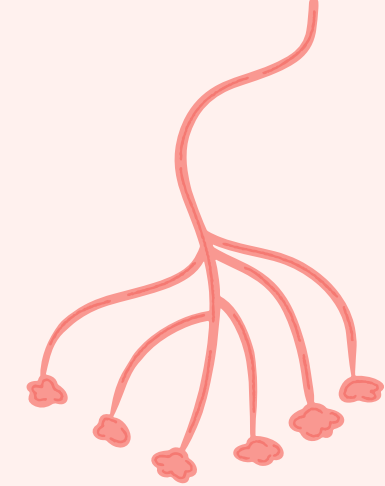


A stylized illustration of a neuron in shades of red and pink. The cell body is on the right, with several dendrites extending upwards and outwards. A long axon extends downwards and to the left, ending in a terminal that branches into several smaller, cloud-like structures. The background features soft, overlapping circles in light pink and white.

# DOLOR NEUROPÁTICO

PAULA CABALLER GUAL  
R1 MFYC. CS RAFALAFENA  
TUTORA: YOLANDA ALBERT VIDAL

# ÍNDICE



1

INTRODUCCIÓN

2

ETIOLOGÍA

3

CLÍNICA

4

DIAGNÓSTICO

5

TRATAMIENTO

6

CONCEPTOS  
CLAVE

7

BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

## DOLOR

- Sensación desagradable que permite estar alerta ante una lesión real o potencial.
- Segundo motivo de consulta más frecuente en la consulta de Medicina Familiar.
- Diferentes tipos de dolor según la estructura dañada y el tiempo de evolución.
- Dolor crónico: causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad de las personas.
  - Duración mayor de 3 meses. No tiene función protectora.
  - Gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.
  - > 50% de las consultas por dolor tienen que ver con dolor crónico.
- La mayoría de casos el tratamiento se realiza desde Atención Primaria. Solo un pequeño porcentaje se deriva a la Unidad del Dolor o a Neurología.

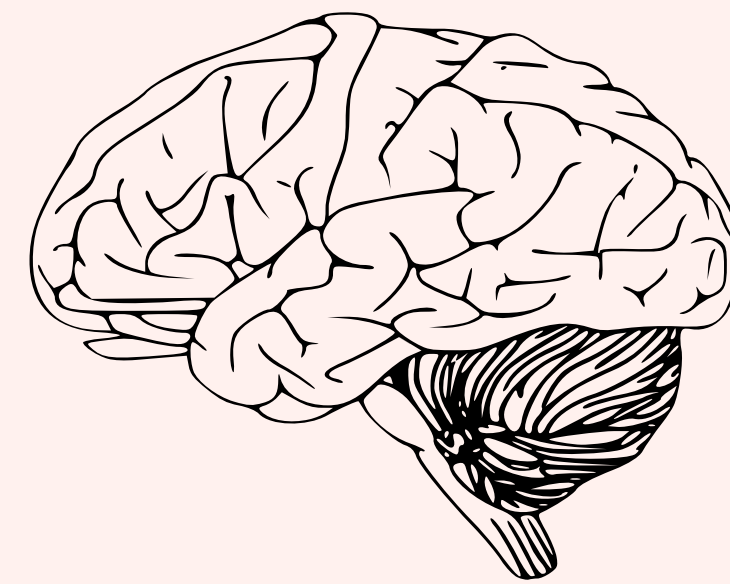
# INTRODUCCIÓN

## DOLOR NEUROPÁTICO

- Dolor crónico producido por lesión o enfermedad a nivel del sistema nervioso central o periférico.
- Constituye alrededor del 20% del dolor crónico.
- Escasa relación entre la lesión causal y la clínica que presenta el paciente.
- Es un síntoma, no una patología en sí mismo:
  - Se asocia a otros síntomas neurológicos: síntomas positivos y negativos.
  - Suele acompañarse de trastornos del sueño y del estado de ánimo.
- Su importancia radica en la elevada prevalencia y dificultad de tratamiento que presenta por su complejidad fisiopatológica.

# ETIOLOGÍA

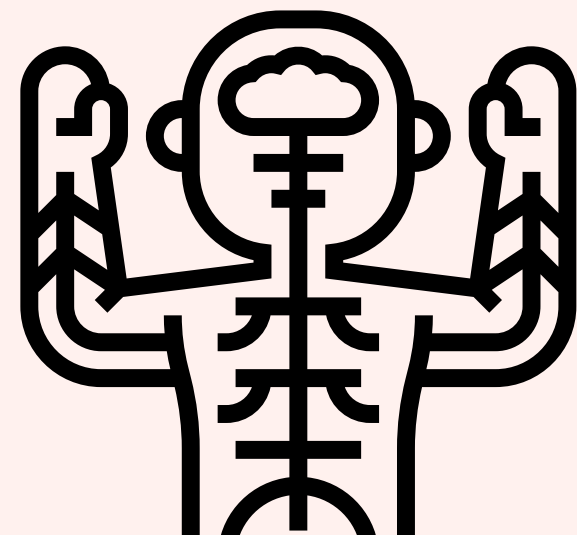
- Prácticamente cualquier proceso que produzca afectación del sistema nervioso puede causar dolor neuropático.
- Dolor neuropático central: Se genera por lesiones en la médula espinal y/o cerebro
  - Accidente cerebrovascular
  - Enfermedades desmielinizantes: esclerosis múltiple
  - Lesión medular
  - Sdr. Dolor regional complejo
  - Otros: epilepsia, Guillain Barré...



# ETIOLOGÍA

Dolor neuropático periférico:

- Lesión en nervios periféricos, plexos nerviosos o raíces medulares.
- Constituye el 90% de los casos de dolor neuropático.
- Causas de dolor neuropático periférico:
  - Lesión estructural nervios periféricos: fractura, traumatismo, estenosis canal...
  - Alteración funcional: Neuralgias de cabeza, cara y cuello y neuralgias distales.
  - Infección: VIH, postherpética, sífilis...
  - Metabolopatías e hipoxia: Neuropatía diabética, parálisis isquémica, neuropatía carencial
    - Neuropatía diabética: forma más común de neuropatía en los países desarrollados.
  - Radiculopatías y plexopatías.



# CLÍNICA

- Síntomas positivos:
  - Parestesia: sensación espontánea y no dolorosa → hormigueos.
  - Disestesia: sensación espontánea y dolorosa → quemazón, pinchazos...
  - Hiperalgnesia: percepción aumentada del dolor.
  - Alodinia: dolor evocado por un estímulo normalmente no doloroso (térmico, mecánico...).
  - Hiperestesia: sensibilidad aumentada.
- Síntomas negativos
  - Hipoalgnesia: sensibilidad disminuida a estímulo normalmente doloroso.
  - Hipoestesia: sensibilidad disminuida ante un estímulo no doloroso.
  - Anestesia: ausencia de sensibilidad.

# CLÍNICA

<b>Características</b>	<b>Dolor nociceptivo</b>	<b>Dolor neuropático</b>
Etiología	Nociceptor	Lesión en SNC o SNP
Inicio	Instantáneo	Puede ser diferido
Características	variable, pulsátil	Lancinante, urente, punzante
Comorbilidades asociadas	Ninguna	Trastornos del sueño y estado de ánimo
Frecuencia	Exacerbación asociada a desencadenante.	Espontáneo o provocado
Evolución	Aguda o crónica	Crónica



# DIAGNÓSTICO

## Anamnesis:

- Antecedentes de lesión neurológica: Herpes zóster, lesión de un nervio...
- Características del dolor: quemante, punzante, presencia de parestesias...
- Escalas validadas: ayuda a diferenciar el dolor neuropático del nociceptivo.

## Exploración física:

- Exploración neurológica: Alteraciones de la fuerza y sensibilidad.

## Pruebas complementarias

- RMN, EMG si son necesarios.



# DIAGNÓSTICO

## DN-4

- 10 conceptos relacionados con las características del dolor que presenta el paciente.
  - 7 valorados mediante anamnesis
  - 3 valorados mediante exploración física
- Cada respuesta positiva: 1 punto
- Resultado  $\geq 4$  puntos : Dolor neuropático

### ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

	Si	No
1 Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

	Si	No
4 Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

	Si	No
10 El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# DIAGNÓSTICO

## LANSS

- 7 conceptos relacionados con las características del dolor que presenta el paciente.
  - 5 valorados mediante anamnesis
  - 2 valorados mediante exploración física
- Puntuación máxima: 24 puntos
  - <12: Baja probabilidad de dolor neuropático
  - $\geq 12$ : Probable dolor neuropático

**THE LANSS PAIN SCALE**  
Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs

NAME \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

This pain scale can help to determine whether the nerves that are carrying your pain signals are working normally or not. It is important to find this out in case different treatments are needed to control your pain.

**A. PAIN QUESTIONNAIRE**

- Think about how your pain has felt over the last week.
- Please say whether any of the descriptions match your pain exactly.

1) **Does your pain feel like strange, unpleasant sensations in your skin? Words like pricking, tingling, pins and needles might describe these sensations.**

a) NO - My pain doesn't really feel like this ..... (0)  
b) YES - I get these sensations quite a lot ..... (5)

2) **Does your pain make the skin in the painful area look different from normal? Words like mottled or looking more red or pink might describe the appearance.**

a) NO - My pain doesn't affect the colour of my skin ..... (0)  
b) YES - I've noticed that the pain does make my skin look different from normal ..... (5)

3) **Does your pain make the affected skin abnormally sensitive to touch? Getting unpleasant sensations when lightly stroking the skin, or getting pain when wearing tight clothes might describe the abnormal sensitivity.**

a) NO - My pain doesn't make my skin abnormally sensitive in that area ..... (0)  
b) YES - My skin seems abnormally sensitive to touch in that area ..... (3)

4) **Does your pain come on suddenly and in bursts for no apparent reason when you're still. Words like electric shocks, jumping, and bursting describe these sensations.**

a) NO - My pain doesn't really feel like this ..... (0)  
b) YES - I get these sensations quite a lot ..... (2)

5) **Does your pain feel as if the skin temperature in the painful area has changed abnormally? Words like hot and burning describe these sensations**

a) NO - I don't really get these sensations ..... (0)  
b) YES - I get these sensations quite a lot ..... (1)

**B. SENSORY TESTING**

Skin sensitivity can be examined by comparing the painful area with a contralateral or adjacent non-painful area for the presence of allodynia and an altered pin-prick threshold (PPT).

1) **ALLODYNIA (Pain caused by something that normally would not cause pain)**  
Examine the response to lightly stroking cotton wool across the non-painful area and then the painful area. If normal sensations are experienced in the non-painful site, but pain or unpleasant sensations (e.g., tingling, nausea) are experienced in the painful area when stroking, allodynia is present.

a) NO, normal sensation in both areas ..... (0)  
b) YES, allodynia in painful area only ..... (5)

2) **ALTERED PIN-PRICK THRESHOLD**  
Determine the pin-prick threshold by comparing the response to a 23 gauge (blue) needle mounted inside a 2 ml syringe barrel placed gently on to the skin in a non-painful and then painful areas.

If a sharp pin prick is felt in the non-painful area, but a different sensation is experienced in the painful area (e.g., none/blunt only [raised PPT] or a very painful sensation [lowered PPT]), an altered PPT is present.

If a pinprick is not felt in either area, mount the syringe onto the needle to increase the weight and repeat.

a) NO, equal sensation in both areas ..... (0)  
b) YES, altered PPT in painful area ..... (3)

.....

**SCORING:**

Add values in parentheses for sensory description and examination findings to obtain overall score.

**TOTAL SCORE (maximum 24) .....**

If score <12, neuropathic mechanisms are **unlikely** to be contribution to the patient's pain.  
If score  $\geq 12$ , neuropathic mechanisms are **likely** to be contribution to the patient's pain.

# TRATAMIENTO

## ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

- Objetivo: mejoría de la calidad de vida del paciente y su capacidad funcional.
- La clínica asociada puede empeorar la sensación del dolor y reducir la eficacia del tratamiento farmacológico.
- La mayoría de pacientes solo obtendrán un alivio parcial del dolor con los fármacos.
- Acordar objetivos realistas e individualizar en función de las circunstancias, preferencias y expectativas del paciente.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Ejercicio físico y fisioterapia: Evitar atrofia por desuso y desensibilización de zonas con alodinia.
- Abordaje psicológico y tratamiento de patologías como ansiedad y depresión.
- Adecuada higiene del sueño.





# TRATAMIENTO



## FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA

### ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ATC) → Amitriptilina

- Efecto analgésico independiente del efecto antidepresivo.
- Ventajas: bajo coste y facilidad de administración.
- Efectos adversos anticolinérgicos: visión borrosa, retención orina, boca seca, estreñimiento...
- Evitar en ancianos, cardiópatas, pacientes con HBP o glaucoma.
- Dosis inicial: 10mg/d por la noche e incrementar semanalmente hasta alivio del dolor o 150 mg/d.

### ANTIDEPRESIVOS DUALES (ISRN): Inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina → Duloxetina

- Tratamiento de elección en neuropatía diabética.
- Evitar en insuficiencia hepática o en combinación con fármacos hepatotóxicos.
- Puede combinarse con gabapentina y pregabalina. No asociar a antidepresivos tricíclicos.
- Dosis inicial 30mg/d llegando a dosis máximas de 120 mg/d.

# TRATAMIENTO

## FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA

### FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS:

- Gabapentina y pregabalina: similar mecanismo de acción y efectos adversos.
  - Fármacos seguros con escasas interacciones con otros fármacos.
  - Gabapentina: inicio 100-300 mg/día, ajuste semanal según tolerancia hasta desaparición del dolor o dosis máxima (3600 mg/d).
  - Pregabalina: 75 mg/12h hasta una dosis máxima 300 mg/12h.
- Carbamacepina: de elección en neuralgia del trigémino. 50% pacientes presentan efectos adversos.
  - 100-200 mg/día hasta una dosis máxima de 1200 mg/día
  - Oxcarbazepina: Alternativa a la carbamacepina con menores efectos adversos.

TRATAMIENTO TÓPICO: primera elección en población vulnerable por sus menores efectos adversos.

- Parche de capsaicina al 8%
- Apósito de lidocaína al 5%.

# TRATAMIENTO

## FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA

### OPIOIDES:

- Tramadol: Empleado en exacerbaciones agudas, especialmente combinado con paracetamol.
  - De segunda línea por menor tolerabilidad y seguridad.
- Opioides mayores: morfina, oxicodona, tapentadol: pacientes que no respondan a otros tratamientos teniendo en cuenta algunas recomendaciones:
  - Evaluar el riesgo de abuso antes del inicio del tratamiento. El uso prolongado ha demostrado riesgo de abuso, dependencia y sobredosis sin evidencias de beneficios a largo plazo.
  - Evaluar la respuesta tras 3-4 semanas de tratamiento y continuar solo si se evidencia mejoría del dolor.
  - Emplear la mínima dosis eficaz.
  - Programar visitas de seguimiento para revalorar eficacia y aparición de efectos adversos.

# TRATAMIENTO

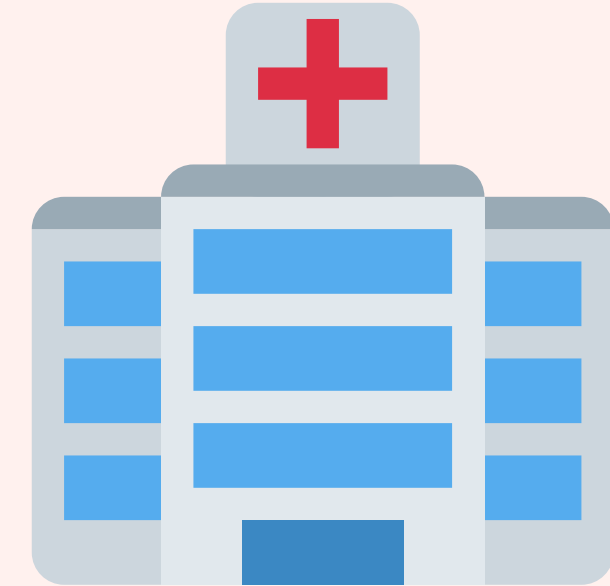


## TERAPIA COMBINADA

- Intolerancia a dosis máximas o respuesta parcial en monoterapia.
- Asociar dos fármacos con diferente mecanismo de acción a dosis menores.
- Combinaciones recomendadas:
  - Pregabalina/gabapentina + antidepresivo tricíclico: disminución del efecto sedante de ATC.
  - Pregabalina/gabapentina + antidepresivo dual.
  - Antidepresivo tricíclico + antidepresivo dual: evitar por riesgo de síndrome serotoninérgico.
  - Tratamiento oral + tratamiento tópico: considerar su uso en dolor neuropático localizado.



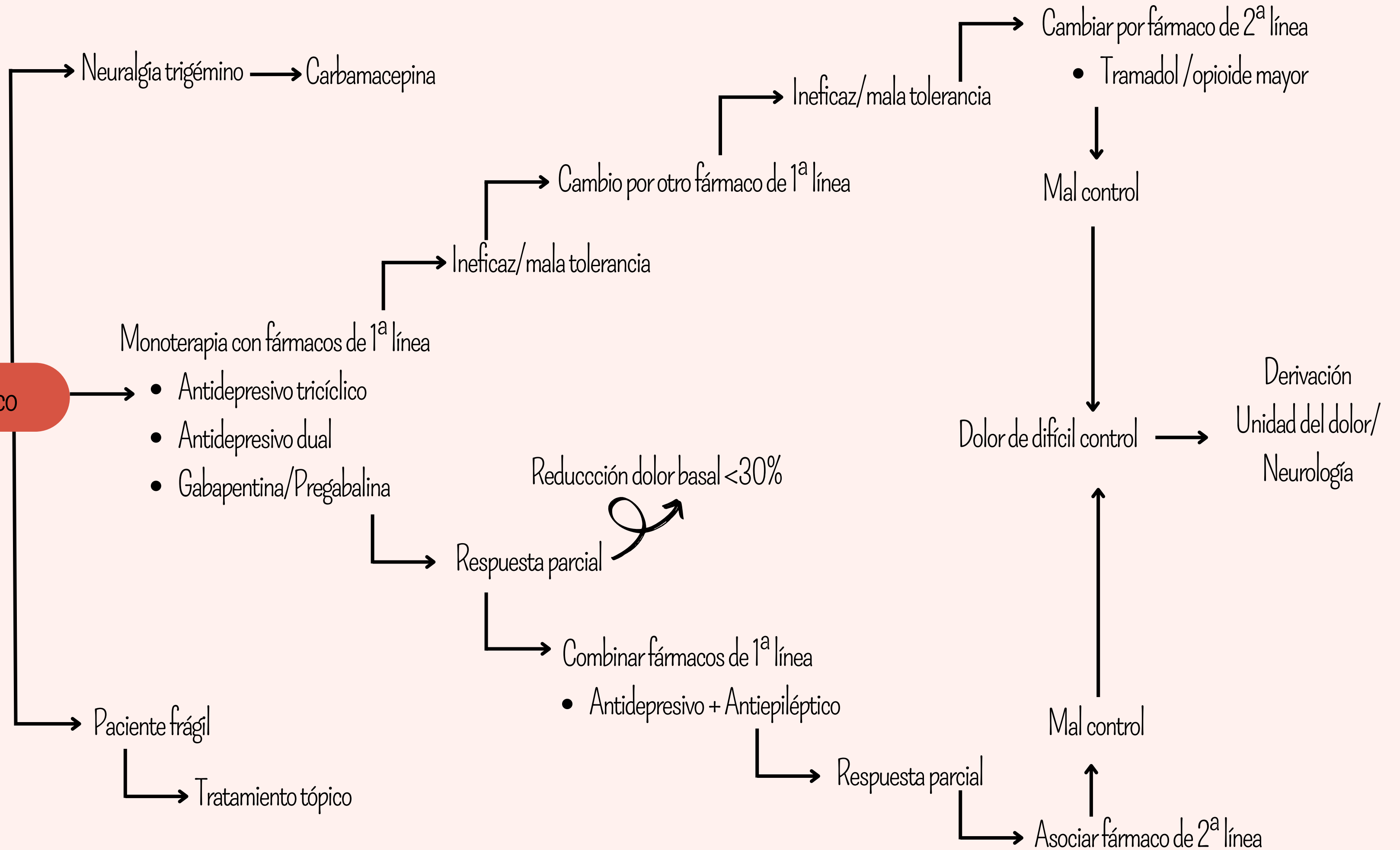
# TRATAMIENTO



## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Dolor no controlado con fármacos de primera y segunda línea.
- Uso de dosis  $>90$  mg/día de morfina o dosis equivalentes de otros opioides mayores.
- Dolor de difícil control: tras 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuados no se han alcanzado los objetivos de intensidad del dolor y/o funcionalidad de vida del paciente.
- Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas (aplicación de técnicas invasivas).
- Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.

# Dolor neuropático



# CONCEPTOS CLAVE

El dolor neuropático es un problema clínico importante por sus características:

- Elevada prevalencia y motivo de consulta frecuente.
- La intensidad del dolor suele ser elevada.
- Asociación con otros síntomas neurológicos.
- Importante comorbilidad: alto componente emocional y trastornos del sueño asociados.
- Afectación de la calidad de vida del paciente y el entorno.

# BIBLIOGRAFÍA

- Maritza Velasco V. Dolor neuropático. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Jul;25(4):625–34.
- Jordi Montero Homs, Juana Sánchez Jiménez. Pautas de Actuación y Seguimiento. Dolor neuropático. 2016.
- NICE Guidance. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in nonspecialist settings. 2013 Nov 20
- Tejedor Varillas A, Sánchez Jiménez J, Carrascal Garrido R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en atención primaria. Documento consenso. 2018.
- Fármacos en dolor neuropático. INFAC. 2018. Volumen 26.
- Sesión Virtual 14. Abordaje del dolor neuropático [Internet]. Red de Cuidados Paliativos. 2022. Available from: <https://www.redpal.es/pec-events/sesion-virtual-14-abordaje-del-dolor-neuropatico/>