



# MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Julio-Alfonso Mera Berriatúa. Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid. Junio 2018.

## INTRODUCCIÓN

El dolor puede ser definido como aquella experiencia sensorial y emocional asociada con daños reales o potenciales o aquella descrita en términos de dichos daños.

Podemos definir el dolor neuropático como aquel dolor crónico que surge de forma secundaria a una lesión o enfermedad, afectando al sistema somatosensorial.

Se caracteriza por no requerir de un estímulo directo de los receptores del dolor para que se manifieste, por lo que es considerado como una enfermedad neurológica. A su vez, este dolor puede ser de origen periférico (lesiones del nervio periférico, plexos nerviosos o raíces medulares dorsales) o central (lesiones en médula espinal o cerebro).

El dolor neuropático se asocia a las siguientes enfermedades:

- Patologías de origen periférico: Neuralgia post-herpética, radiculopatías, neuropatía diabética, neuralgia del trigémino, dolor fantasma, injuria post-traumática y neuropatía por VIH.
- Patologías de origen central: Esclerosis múltiple, siringomielia, lesión medular y mielitis.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	DOLOR NEUROPÁTICO	DOLOR NOCICEPTIVO
Causa	Daño al sistema nervioso, usualmente acompañado de cambios mal adaptativos del SN	Daño a tejido actual o potencial
Descriptor	Lancinante, urente, punzante	Agudo, palpante, presión
Déficit sensorial	Frecuente: adormecimiento, parestias	Infrecuente: si está, no tiene distribución metamérica
Déficit motor	Puede haber déficit si hay nervios afectados. Distonias y espasticidad si hay lesiones del snc o periféricas (síndrome dolor regional complejo)	Puede haber debilidad por dolor
Hipersensibilidad	Dolor a menudo evocado por estímulos no dolorosos (alodinia) o respuesta exagerada a estímulos	Poco común, salvo en territorio vecino a la lesión
Carácter	Es frecuente la irradiación distal	Irradiación es poco común y en general proximal a lesión
Paroxismos	Exacerbaciones frecuentes e impredecibles	Poco comunes, asociados a actividad
Signos autonómicos	Cambios de color, temperatura, edema, diaforesis, en 30-50% de pacientes	Poco común

Figura 1. Comparación entre dolor neuropático y nociceptivo.



Figura 2. Sintomatología del dolor neuropático.

## OBJETIVO

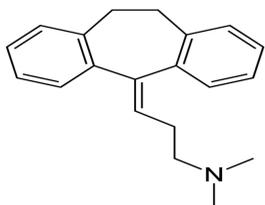
1. Describir los mecanismos implicados en la fisiopatología del dolor neuropático.
2. Analizar el tratamiento farmacológico del dolor neuropático.
3. Describir hábitos de vida saludable que ayuden al manejo de la enfermedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos como PUBMED, ScienceDirect, SciELO, Google Scholar, y libros como Farmacología Florez y Fisiología Guyton. Para realizar la búsqueda, se han empleado descriptores tanto en inglés como en español: "Neuropathic pain", "dolor neuropático", "pharmacology", "treatment" y combinaciones de ellos.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Antidepresivos tricíclicos (ATC)

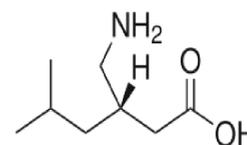


- Ampliamente utilizados (30 años) para el dolor neuropático.
- NNT (número de pacientes necesarios a tratar) de 2,3.
- **Imipramina**, **amitriptilina** y **clomipramina** son los menos selectivos y más eficaces en neuralgia post-herpética.

### Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- **Citalopram** útil para el dolor lacerante
- **Paroxetina** capaz de aliviar tanto dolor lacerante como estable (NNT 2,9).

### Ligandos de canales de calcio

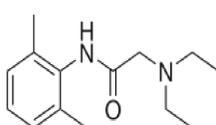


- **Pregabalina** como fármaco de referencia.
- Se ha demostrado que reduce la alodinia estática, la alodinia dinámica, y la hiperalgesia térmica.
- Útil en neuralgia postherpética y neuropatía diabética.

### Opioides

- Uso controvertido debido a la adicción que generan. Ejercen su efecto a medio y largo plazo.
- Los más empleados son **morfina**, **levorfanol**, **dihidrocodona** y **tramadol**.

### Lidocaína



- Tópica: uso en neuropatías periféricas focales en parches al 5%.
- Intravenosa: alivia la alodinia en pacientes con neuralgia post-herpética.

### Anticonvulsivantes

- **Fenitoína**: eficaz en neuropatía diabética pero uso limitado debido a su perfil farmacocinético y RAMs.
- **Carbamazepina** y **Oxcarbazepina**: útiles en la neuralgia del trigémino.

### Otros

- **Capsaicina**: útil como coadyuvante en el dolor disestésico.
- **Amantadina** y **ketamina**: antagonistas NMDA útiles en el dolor post-quirúrgico y tumoral.
- **Cannabinoides**: agonistas CB1 y CB2 en estudio.
- **Suplementos dietéticos**: ácido alfa-lipoico ayuda a la mejora sintomática en neuropatía diabética y acetil-L-carnitina útil en neuropatía asociada a VIH.
- **Fisioterapia**: neuropatía diabética y dolor periférico.

## CONCLUSIONES

El dolor, y en especial, el dolor crónico es una de las mayores afecciones en la actualidad, y además, presenta una gran diversidad de causas y tipos. En función de la variedad de dolor neuropático que padezca el paciente, se empleará uno u otro tratamiento, como pueden ser los antidepresivos tricíclicos, opiáceos o anticonvulsivantes. Se trata de un tipo de dolor cuya farmacoterapia está en constante investigación y desarrollo con el fin de conseguir el mejor control de la sintomatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida TF, Roizenblatt S, Tufik S: Afferent pain pathways: a neuroanatomical review. Brain Res 1000:40, 2004.
2. Sören H, Sindrup, Troels S, Jensen . Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. [Internet] 1999 May. [Citado 2018 Abr 21]; (83): 389-400.
3. McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006146. DOI: 10.1002/14651858.CD006146.pub2..