



Manejo del Dolor

Aprendizaje Basado en Problemas®

1. Dolor lumbar con componente neuropático
2. Dolor neuropático localizado como secuela de cirugías o trauma
3. Dolor neuropático localizado de origen compresivo
4. Manejo de la neuropatía diabética dolorosa
5. **Neuralgia postherpética**

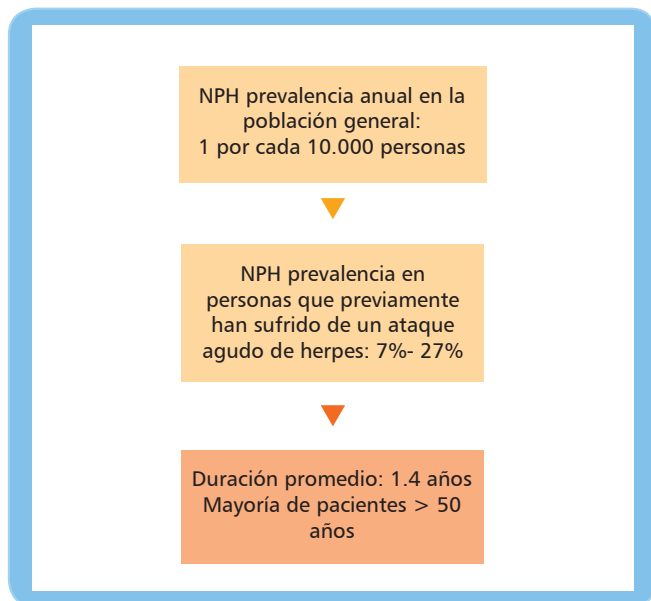
Neuralgia postherpética

Nº 5. 2010 ISSN: 2027-3339

1. Epidemiología

La prevalencia anual de neuralgia postherpética (NPH) en la población general se estima en 1 por cada 10.000 personas. Si se considera la prevalencia en personas que previamente han sufrido de un ataque de herpes agudo, alcanza valores en el rango de 7% al 27%. El promedio de duración de la neuralgia postherpética es de 14 meses, con rango desde 30 días hasta varios años, generando una carga considerable de costos y sufrimiento. La neuralgia postherpética es más prevalente en mujeres. Algunos factores que contribuyen al desarrollo de neuralgia postherpética son la severidad de la erupción y del dolor del herpes agudo (Sadosky 2008).

Figura 1. Prevalencia de la neuralgia postherpética



Contenido

1. Epidemiología	1
2. Fisiopatología	2
3. Valoración del paciente	2
4. Inventario de síntomas	4
5. Manejo	5
6. Presentación de un caso de neuralgia postherpética	6
7. Lecciones derivadas del caso clínico	7
Tema 1. Uso de terapia combinada tópica y sistémica	7
Tema 2. Comprensión y manejo de la alodinia	8

Factores predisponentes. La edad es un factor que favorece el desarrollo de neuralgia postherpética. Los ancianos la experimentan con intensidad más severa, sufren la enfermedad por períodos más largos y tienen menos oportunidad de remisión espontánea. Con relación al efecto de la edad sobre la prevalencia y la duración de la neuralgia postherpética se sabe que: el 40% de los pacientes con herpes tienen más de 60 años, el 50% de los pacientes que tienen más de 70 años presentan dolor que persiste por más de un mes, luego que la erupción ha sanado (Sadosky 2008).

El impacto de la NPH en la calidad de vida es considerable, pues además de dolor hay marcada incapacidad para realizar las actividades cotidianas

2. Fisiopatología

Es conveniente recordar que la neuralgia postherpética es una complicación tardía de un ataque agudo del virus herpes zóster. El herpes es una erupción vesicular desarrollada con distribución dermatomérica, en una persona que ha tenido varicela. Luego que la varicela se cura, el virus varicela zóster migra desde la piel hacia el ganglio nervioso de la raíz dorsal, donde permanece en estado de latencia. La respuesta inmune usualmente controla la reactivación del virus, sin embargo, si el sistema inmune se debilita (p.ej. por uso crónico de esteroides, trasplante de órganos, quimioterapia, radioterapia, HIV), el virus varicela zóster se reactiva y se desarrolla el cuadro herpético agudo (Wu 2008) (ver Figura 2).

Desarrollo de la neuralgia postherpética (NPH). La reactivación del virus varicela zóster inflama el ganglio de la raíz dorsal e infiltra células neuronales alterando el metabolismo y la función celular. El contacto entre el virus y el nervio periférico produce desmielinización y fibrosis de la neurona. El virus ataca fibras nerviosas de diámetro pequeño y grande, afectando la neuroconducción y la transmisión del dolor. Las porciones del nervio periférico destruidas se regeneran, pero la traducción de las señales

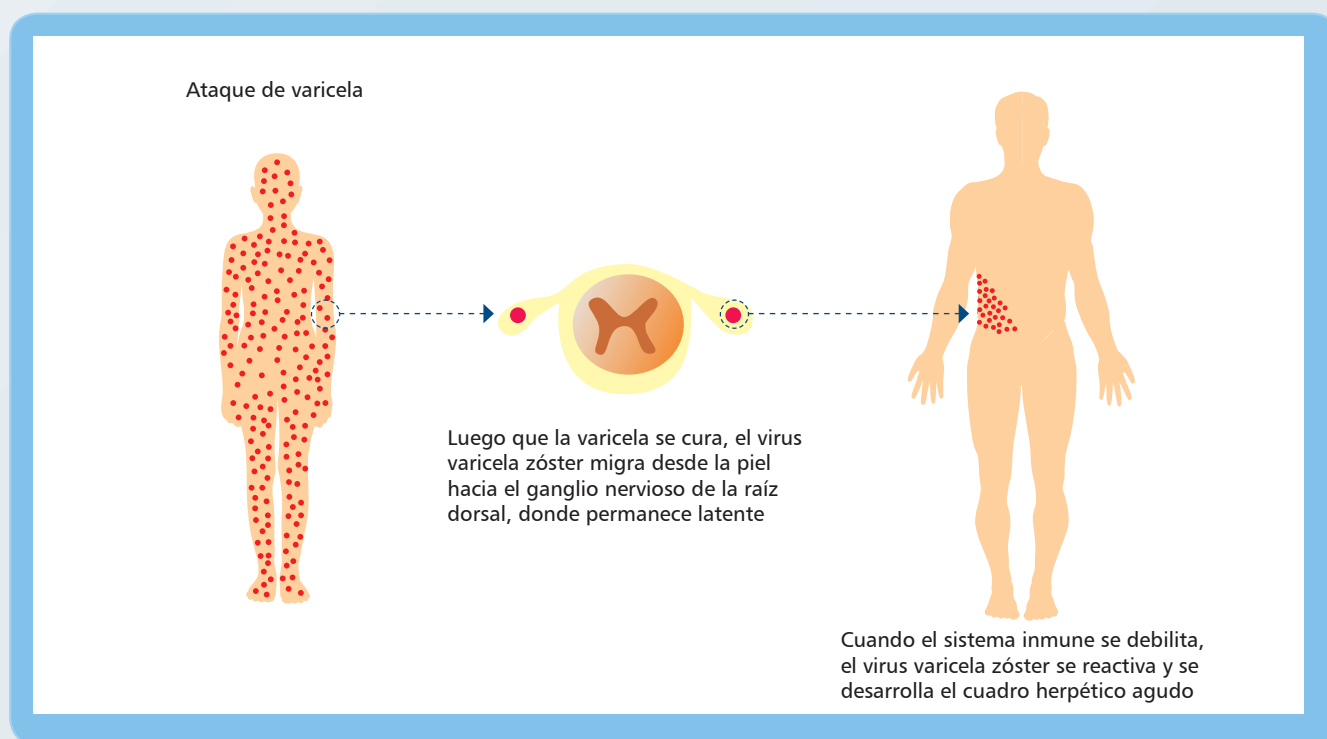
puede permanecer anormal, dando como resultado una percepción aumentada o inapropiada del dolor. Comprendida esta secuencia de eventos, la neuralgia postherpética se define como el dolor persistente en el área afectada por un ataque agudo de herpes, dolor que aparece luego que el ataque de herpes se ha resuelto (Wu 2008).

3. Valoración del paciente

La neuralgia postherpética se caracteriza por dolor constante quemante y pulsante y/o por episodios cortos e intensos de dolor lancinante. La mayoría de los pacientes con neuralgia postherpética (más del 90%) experimentan alodinia (dolor generado por un estímulo que normalmente no es doloroso). Para hacer un diagnóstico preciso, es necesario:

- Elaborar una historia clínica enfocada en el dolor.** Los componentes básicos de una historia de dolor incluyen:
 - Inicio del dolor: además de preguntar cuándo y cómo empezó el dolor, el médico debe indagar sobre factores desencadenantes p.ej. enfermedad o trauma.

Figura 2. El ataque agudo de herpes es ocasionado por la reactivación del virus de la varicela



- **Localización:** el médico debe invitar al paciente a que describa o dibuje la localización del dolor. La ubicación puede indicar si el dolor sigue la distribución de un nervio.
 - **Perfil temporal:** ¿Cómo han evolucionado el dolor y los síntomas en función del tiempo? El dolor ha aumentado en frecuencia, severidad o extensión? ¿Fluctúa durante el día?.
 - **Características del dolor:** se debe utilizar una escala para evaluar la severidad de las características del dolor neuropático. El dolor neuropático suele describirse como punzante, lancinante, quemante y con aumento de la sensibilidad al tacto (hipersensibilidad y alodinia). ¿Existen anomalías en el color de la piel, o en la temperatura? ¿Hay inflamación, sudoración, sequedad, o signos propios del síndrome doloroso regional complejo en el área del dolor?
 - **Intensidad:** debe evaluarse el promedio de la intensidad del dolor y también la intensidad máxima en las crisis agudas.
 - **Malestar:** se debe hacer correlación entre actividades específicas y el grado de sufrimiento generado por el dolor.
 - **Síntomas asociados:** se debe preguntar sobre áreas de anestesia o debilidad y sobre cambios autonómicos, por ejemplo cambios vasomotores como sudoración.
 - **Factores agravantes y de alivio:** estas circunstancias pueden proporcionar claves para tratamiento.
- Examen musculoesquelético y miofascial:** servirá para identificar fuentes de dolor no neuropático u otros trastornos neurológicos.
 - Examen sensorial específico:** es una parte fundamental del examen neurológico orientado a entender las características del dolor neuropático.
 - Evaluación psicosocial:** para orientar la terapia es fundamental conocer el funcionamiento emocional y el impacto que tiene el dolor sobre las actividades de la vida diaria. ¿El dolor interfiere con la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo, administrar el hogar, trabajar o disfrutar la vida social? ¿El paciente sufre de depresión, ansiedad o de estrés? ¿Cómo enfrenta el paciente el dolor? ¿El paciente fuma, bebe o usa drogas recreativas? ¿Cuánto y con qué frecuencia? ¿El uso de estas sustancias es anterior a la aparición de dolor?

Tabla 1. Desarrollo del herpes zóster agudo y su evolución hasta NPH

Pródromos del herpes agudo

El herpes zóster suele comenzar con dolor punzante, parestesias o prurito, que preceden la aparición de las lesiones vesiculares. El dolor se localiza en un dermatoma de forma unilateral y varía desde mayor sensibilidad al tacto o disestesias, que son frecuentes en el paciente joven, hasta dolor intenso mantenido o intermitente, más frecuente en el anciano. Algunos pacientes (alrededor del 5%), usualmente niños, pueden presentar febrícula, linfadenopatía, malestar general, fotofobia y cefalea. Puede no existir ninguno de estos signos descritos, siendo la erupción cutánea la primera y única manifestación.

Fase aguda

Entre 48 y 72 horas posteriores a la aparición del dolor, comienza una erupción máculopapulosa eritematosa con localización metamérica, unilateral, luego (12-24 horas) aparecen vesículas dolorosas alrededor de las terminales nerviosas afectadas. Las lesiones evolucionan hacia la formación de pústulas (3-4 días) y costras (7-10 días). La curación toma 10-15 días. Los dermatomas más afectados son T3 a L5. Si se afectan las ramas del trigémino, aparecen lesiones en cara, boca, ojos o lengua.

Neuralgia postherpética (fase crónica)

La neuralgia postherpética (NPH) es el dolor que aparece en el dermatoma afectado por el herpes zóster, después de la desaparición de las lesiones cutáneas. El dolor es localizado y puede ser quemante, punzante, lancinante y se asocia con alodinia: el roce con la ropa, las sábanas o el viento provoca dolor.

4. Inventario de síntomas de dolor neuropático (NPSI)

A continuación se muestra un ejemplo de aplicación de una escala de dolor neuropático.

Inventario de Síntomas de Dolor Neuropático (NPSI)

Nos gustaría saber si usted siente dolor espontáneo, es decir, dolor que aparece sin ninguna causa aparente. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor encierre en un círculo el número que mejor describa la severidad del dolor (promedio) en las últimas 24 horas. Encierre con un círculo el cero (0) si usted no ha sentido este tipo de dolor (encierre en el círculo sólo un número).

P1. ¿El dolor es quemante?

No quemante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más quemante posible

P2. ¿El dolor es atenzante?

No atenzante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más atenzante posible

P3. ¿El dolor es como presión?

No presión 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor presión posible

P4. ¿Durante las últimas 24 horas el dolor ha estado presente? seleccione la respuesta que mejor describa su caso:

Permanentemente

Entre 8 y 12 horas

Entre 4 y 7 horas

Entre 1 y 3 horas

Menos de 1 hora

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor encierre en un círculo el número que mejor describa la severidad promedio de sus ataques de dolor durante las últimas 24 horas. Encierre en un círculo el 0 (cero) si no ha sentido tal dolor (encierre en el círculo sólo un número)

P5. ¿El dolor se siente como descargas eléctricas?

Ausencia de descargas eléctricas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor descarga eléctrica posible

P6. ¿El dolor se siente como una puñalada?

No puñalada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La peor puñalada posible

P7. ¿Durante las últimas 24 horas, cuántos de estos episodios de dolor ha tenido? Seleccione la respuesta que mejor describa su caso:

Más de 20

Entre 11 y 20

Entre 6 y 10

Entre 1 y 5

Sin ataques de dolor

Nos gustaría saber si usted siente dolor desencadenado o incrementado por el roce, presión o contacto sobre el área dolorosa. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor encierre en un círculo el número que mejor describe la severidad promedio de su dolor provocado durante las últimas 24 horas. Encierre en un círculo el número cero (0) si usted no ha sentido este tipo de dolor. (Encierre en el círculo sólo un número)

P8. ¿El dolor es provocado o se incrementa por el cepillado del área dolorosa?

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

P9. ¿El dolor es provocado o se incrementa por la presión sobre el área dolorosa?

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

P10. ¿El dolor es provocado o se incrementa por el contacto con algo frío sobre el área dolorosa?

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor dolor imaginable

Nos gustaría saber si sufre de las siguientes sensaciones en el área dolorosa. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor encierre en un círculo el número que mejor describa el promedio de la severidad de la sensación anormal durante las últimas 24 horas. Encierre en un círculo el número 0 (cero) si usted no ha sentido este tipo de dolor (encierre en el círculo sólo un número).

P11. ¿Siente como pinchazos y agujas?

Sin sensación de pinchazos y agujas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor sensación imaginable

P12. ¿Siente hormigueo?

Sin hormigueo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Peor hormigueo imaginable

5. Manejo de la neuralgia postherpética

Los principales objetivos del manejo de la neuralgia postherpética son:

- reducir el dolor tanto como sea posible
- mejorar la capacidad del paciente para enfrentar el dolor
- mejorar la funcionalidad física del paciente y
- mejorar la calidad de vida del paciente.

Sin embargo, hay barreras fuertes en América Latina para alcanzar estas metas: falta de experiencia o entrenamiento de los médicos en el diagnóstico y el manejo del dolor neuropático, elección inadecuada de medicamentos, p.ej. prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o coxibs, que son casi inútiles en este tipo de dolor, dosificación incorrecta de los medicamentos (usualmente empleo de dosis subterapéuticas) y períodos muy cortos de evaluación de los medicamentos, p.ej. un ensayo terapéutico con el parche de lidocaína debe durar por lo menos dos semanas (Acevedo 2008).

Un aspecto crítico a tener en cuenta para el manejo de la neuralgia postherpética es que la mayoría de pacientes con dolor neuropático son de la tercera edad, padecen otras comorbilidades, toman múltiples medicamentos (p.ej. antihipertensivos, antidiabéticos) y otros analgésicos; por lo

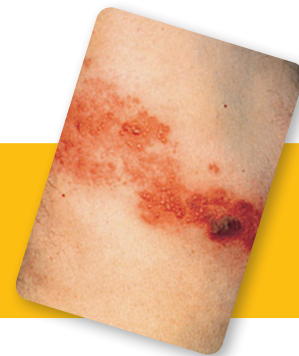
tanto, requieren un monitoreo cuidadoso para prevenir interacciones medicamentosas peligrosas y efectos adversos derivados de la polifarmacia (Wu 2008).

Una decisión fundamental es la elección de la terapia en función del tamaño del área afectada, puesto que áreas con dolor localizado (p.ej. superficie del tamaño de un papel carta), ameritan manejo primario con un analgésico tópico. Aprovecharemos la presentación de un caso clínico para revisar el manejo de la neuralgia postherpética.

Al igual que otros tipos de dolor neuropático, la neuralgia postherpética puede ser resistente a varios tipos de terapias farmacológicas o intervencionistas. Aunque muchos medicamentos se han utilizado para el tratamiento de la neuralgia postherpética, los analgésicos sistémicos que han demostrado mayor eficacia son los antidepresivos tricíclicos, los gabapentinoides, y los opioides, y entre los analgésicos tópicos el mejor evaluado es el parche de lidocaína al 5% (Wu 2008).

La mayoría de pacientes que padecen dolor neuropático son de la tercera edad y toman múltiples medicamentos (p.ej. antihipertensivos, antidiabéticos), por lo tanto requieren un monitoreo cuidadoso para prevenir interacciones medicamentosas peligrosas y efectos adversos derivados de la polifarmacia

6. Presentación de un caso de neuralgia postherpética

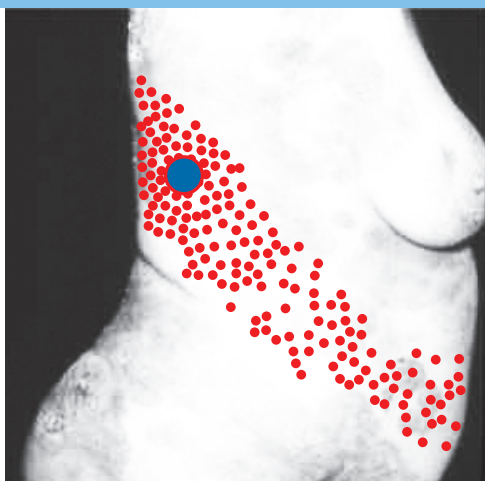


Resumen de la historia clínica. Mujer de 65 años. Presentó hace 6 meses cuadro agudo de herpes zóster. Posteriormente refiere dolor dorso-lumbar derecho irradiado a hemitórax y parte superior del abdomen (ver Figura 3).

Semiología del dolor. El dolor es lancinante y urente. La intensidad promedio del dolor es de 8/10 en la EVA (Escala Visual Análoga), con crisis y acalmias de horas de duración. Presenta parestesias y alodinia mecánica severa.

Comentario: el dolor en la neuralgia postherpética es el prototipo de dolor neuropático localizado (DNL) afectando un área corporal definida y caracterizado por una intensa alodinia. Para evaluar adecuadamente el dolor neuropático, se han diseñado herramientas para el clínico, el inventario de dolor neuropático (NPSI) es la primera escala desarrollada específicamente para evaluar el dolor neuropático, considerando que este tipo particular de dolor tiene muchas manifestaciones clínicas especiales (ver ítem 4).

Figura 3. Área de dolor



Mujer de 65 años. Presentó hace 6 meses cuadro agudo de herpes zóster. Posteriormente refiere dolor dorso-lumbar derecho irradiado a hemitórax y parte superior del abdomen.

Antecedentes de la paciente. Arritmias (no controladas). Hipertensión arterial controlada con losartan.

Manejo previo del dolor. Recibió aciclovir durante la fase aguda del cuadro infeccioso durante 10 días (tópico y por vía oral) y prednisona. Para la neuralgia postherpética ha recibido carbamazepina, amitriptilina y analgésicos (naproxeno, ibuprofeno, codeína-acetaminofén intercalados) con mejoría muy discreta (EVA promedio de 8/10).

Comentario: si bien los antidepresivos tricíclicos (ATCs) son el "gold standar" en eficacia, son poco recomendables en ancianos pues se asocian con efectos adversos como mareo, estreñimiento, somnolencia, retención urinaria, boca seca, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardíaca y disminución de la presión sanguínea. Los problemas relacionados con el equilibrio y las alteraciones cognitivas en los ancianos conllevan aumento de las caídas y fracturas. Los ATCs también pueden afectar la capacidad para conducir vehículos.

Examen físico. Máculas hiperpigmentadas en territorio del dolor.

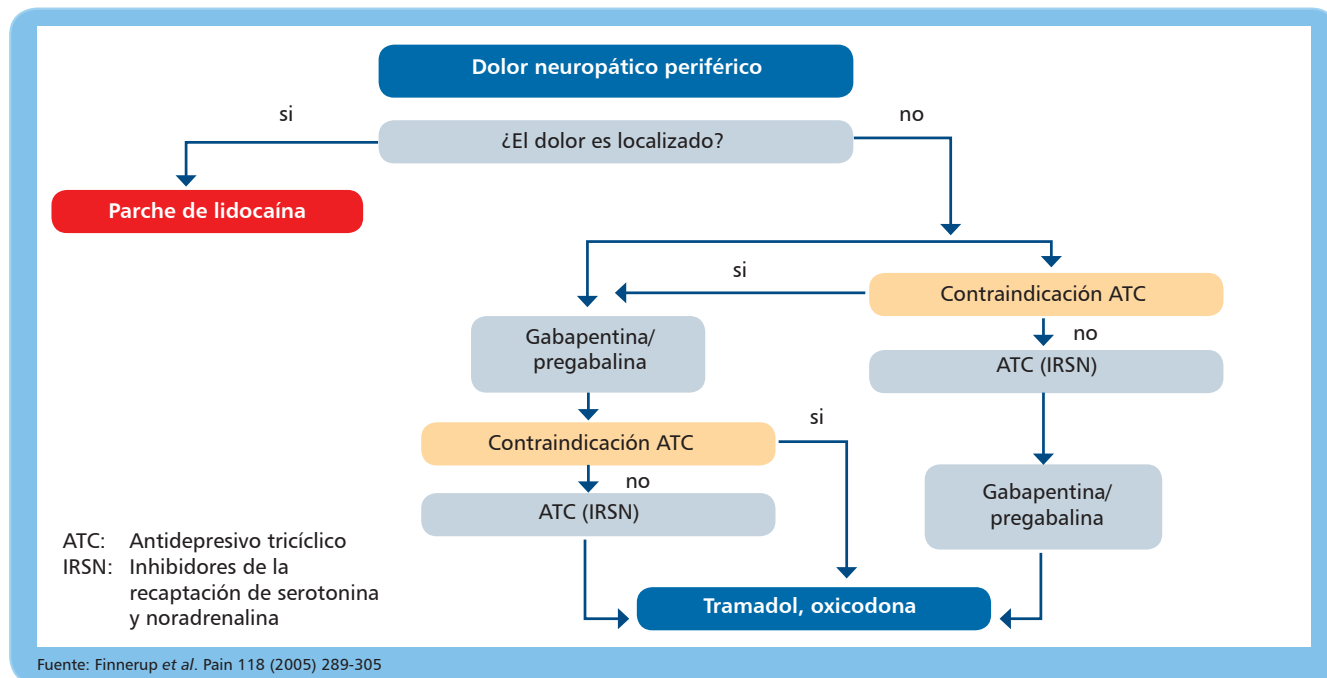
Diagnóstico. Neuralgia postherpética.

Manejo actual. Se mantiene la asociación fija de codeína/acetaminofén, se inicia con gabapentina 300 mg TID, se realiza un bloqueo somático paravertebral (T11, T12, L1, L2, L3) con lidocaína y triamcinolona.

Comentario: Existen pocos estudios sobre métodos intervencionistas para el tratamiento de la neuralgia postherpética, algunos datos indican que la metilprednisolona por vía intratecal puede ser eficaz (Wu 2008).

Evolución. A los 15 días regresa la paciente refiriendo que el EVA es 5/10, han desaparecido las crisis de dolor lancinante y urente, pero persiste alodinia con igual intensidad. Se decide utilizar el parche de lidocaína al 5%

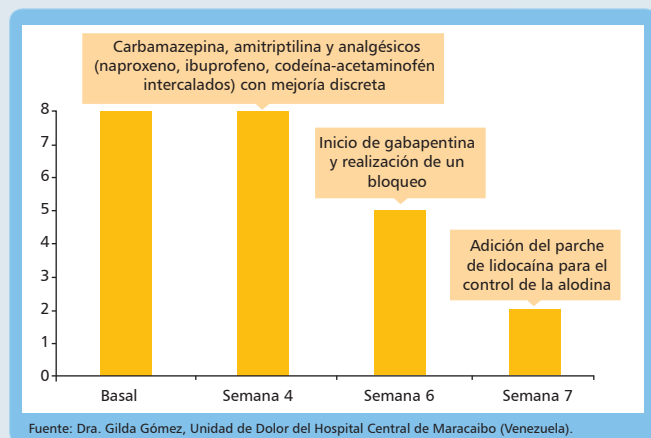
Figura 4. Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático periférico según sea localizado o difuso



y realizar un segundo bloqueo paravertebral. A la semana la mejoría de la alodinia es marcada, EVA 2 /10.

Se continúa igual tratamiento. Un mes después el dolor está bien controlado, se suspende la combinación de codeína/acetaminofén, continúa con gabapentina y el parche de lidocaína al 5% (ver Figura 5).

Figura 5. Evolución del dolor en una paciente con neuralgia postherpética



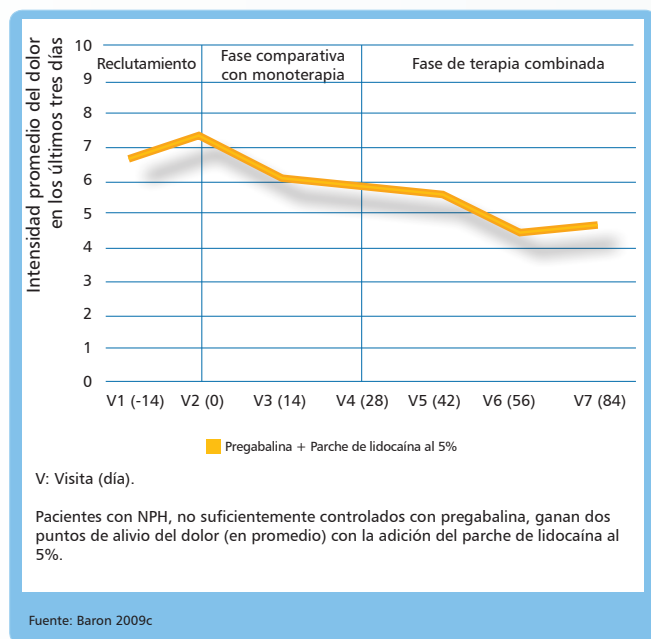
Caso gentilmente cedido por la Dra. Gilda Gómez Neipp de la Unidad de Dolor del Hospital Central "Dr. Urquinaona" de Maracaibo (Venezuela).

7. Lecciones derivadas del caso clínico

Tema 1. Uso de terapia combinada tópica y sistémica

Es creciente la literatura sobre la asociación de terapia sistémica y tópica para el manejo de síndromes dolorosos de origen neuropático. White (2003) reportó que en pacientes con neuralgia postherpética, neuropatía diabética dolorosa o lumbalgia, es exitosa la adición del parche de lidocaína al 5% a un tratamiento de base con gabapentina, el manejo combinado fue seguro y bien tolerado. Más recientemente un estudio publicado en *Current Medical Research and Opinion*, evaluó la eficacia y la seguridad de la combinación de lidocaína al 5% y pregabalina en pacientes con neuralgia postherpética que no alcanzaron respuesta satisfactoria después de 4 semanas de tratamiento con estos medicamentos en monoterapia. El estudio fue liderado por el Profesor Ralf Baron, Jefe de la División de Terapia e Investigación del Dolor y Subdirector del Departamento de Neurología del Hospital Christian-Albrechts de la Universidad de Kiel en Alemania (Baron 2009c). Los resultados mostraron que los parches de lidocaína tópica al 5% asociados con pregabalina proporcionan alivio a pacientes en quienes la monoterapia demostró ser insuficiente. La combinación aportó una reducción adi-

Figura 6. Evolución de la intensidad del dolor. Fase de terapia combinada en pacientes con dolor neuropático localizado por neuralgia postherpética



cional del dolor, clínicamente relevante (-2/10 puntos adicionales en promedio), ver Figura 6. El beneficio clínico se reflejó también en la impresión global de cambio, tanto de los pacientes como de los investigadores (PGIC y CGIC), así como en la satisfacción del paciente con el tratamiento (ver figura 6). La terapia combinada con lidocaína al 5% y pregabalina fue bien tolerada.

Tema 2. Comprensión y manejo de la alodinia

La alodinia es una forma de dolor evocado desencadenado por estímulos que normalmente no causan dolor, p.ej. dolor que aparece como consecuencia de fricción

suave (alodinia mecánica) o de la aplicación de un poco de calor o de frío (alodinia térmica). La alodinia es el resultado de la activación de mecanorreceptores de bajo umbral que actúan como nociceptores. La hiperactividad en los nociceptores induce cambios secundarios (hiperexcitabilidad) de las neuronas en el cerebro y en el cordón espinal. Esta sensibilización central ocasiona que los mensajes táctiles de las fibras A mecanorreceptoras sean percibidos como dolor (alodinia mecánica). Además los cambios neuroplásticos en el sistema central descendente modulador del dolor (que puede ser inhibitorio o facilitador) pueden generar hiperexcitabilidad adicional.

La alodinia es un fenómeno que demuestra claramente que la sensación de dolor es un proceso dinámico cuya intensidad y magnitud depende de la lesión de la zona afectada y no solo del estímulo externo. La implicación para el tratamiento es proteger la zona afectada del roce mecánico, esto es posible con la utilización de un parche analgésico que además de la acción farmacológica aporta un efecto de barrera mecánica.

Referencias

1. Acevedo JC, et al. Guías para el diagnóstico y el manejo del dolor neuropático: Consenso de un grupo de expertos latinoamericanos. Revista Iberoamericana de Dolor 2008;2:15-46 <http://www.revistaiberoamericanadedolor.org/>
2. Baron R (2009 a). Neuropathic pain: a clinical perspective. Handb Exp Pharmacol. 2009; (194):3-30.
3. Baron R, et al (2009 b). 5% lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy. Current Medical Research and Opinion July 2009 (25) 7:1663-76
4. Baron R, Mayoral V, et al (2009 c). Efficacy and safety of combination therapy with 5% lidocaine medicated plaster and pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy. Current Medical Research and Opinion. July 2009 (25) 7: 1677-1687
5. Sadosky A, McDermott AM, Brandenburg NA, Strauss M. A review of the epidemiology of painful diabetic peripheral neuropathy, postherpetic neuralgia, and less commonly studied neuropathic pain conditions. Pain Pract. 2008 Mar;8(1):45-56. Review.
6. Wu CL, Raja SN. An update on the treatment of postherpetic neuralgia. The Journal of Pain, 2008 (9),1: S19-S30

Manejo del Dolor. Aprendizaje Basado en Problemas®

Publicación seriada. ISSN: 2027-3339. Este material educativo, destinado a profesionales médicos, está protegido por las leyes de propiedad intelectual. Los casos clínicos discutidos son reales y fueron generosamente compartidos por los médicos tratantes. Las imágenes que acompañan los casos pueden ser de diverso origen y son solamente ilustrativas. La responsabilidad sobre los conceptos expresados es de los médicos editores y no compromete a las instituciones mencionadas en el texto, ni a la editorial, ni a las empresas distribuidoras de este material educativo.

Los autores y la editorial recomiendan que para la prescripción apropiada de analgésicos y de cualquier sustancia mencionada en el texto se revise la información prescriptiva en las fuentes nacionales autorizadas. Además, para la prescripción se deben tener en cuenta las particularidades regulatorias en cada país.

Una publicación de:



www.edifarm.com.ec

Este material educativo cuenta con el aval de:



Sociedad Ecuatoriana para Estudio y Tratamiento del Dolor. Capítulo Guayas
www.dolorguayas.com



Asociación Latinoamericana de Farmacología

Manejo del Dolor. Aprendizaje Basado en Problemas®

Publicación seriada. ISSN: 2027-3339.

Este material educativo, destinado a profesionales médicos, está protegido por las leyes de propiedad intelectual. Los casos clínicos discutidos son reales y fueron generosamente compartidos por los médicos tratantes. Las imágenes que acompañan los casos pueden ser de diverso origen y son solamente ilustrativas. La responsabilidad sobre los conceptos expresados es de los médicos editores y no compromete a las instituciones mencionadas en el texto, ni a la editorial, ni a las empresas distribuidoras de este material educativo.

Los autores y la editorial recomiendan que para la prescripción apropiada de analgésicos y de cualquier sustancia mencionada en el texto se revise la información prescriptiva en las fuentes nacionales autorizadas. Además, para la prescripción se deben tener en cuenta las particularidades regulatorias en cada país.

Una publicación de:



www.edifarm.com.ec

Este material educativo cuenta con el aval de:



Sociedad Ecuatoriana para Estudio y
Tratamiento del Dolor. Capítulo Guayas
www.dolorguayas.com



Asociación Latinoamericana de Farmacología