



Revisión

Actualización en el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor neuropático desde atención primaria (I)

Antonio Alcántara Montero^{a,*}, Sandra Raquel Pacheco de Vasconcelos^b

^aCentro de Salud Manuel Encinas. Consultorio de Malpartida de Cáceres, Cáceres. ^bComplejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Hospital Universitario, Cáceres.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2020

Aceptado el 27 de noviembre de 2020

On-line el 9 de marzo de 2021

Palabras clave:

Dolor neuropático
 Farmacoterapia
 Atención primaria
 Recomendaciones
 Terapias emergentes

Keywords:

Neuropathic pain
 Pharmacotherapy
 Primary care
 Recommendations
 Emerging therapies

R E S U M E N

El dolor neuropático es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial, y representa un problema sociosanitario de gran envergadura, que atañe a un grupo importante de la población. Es el resultado de múltiples etiologías y puede presentarse como una gran variedad de síndromes. Esta situación nos ofrece la oportunidad de actualizar su conocimiento con el fin de tomar las mejores decisiones posibles en su manejo clínico diario.

En esta primera parte analizamos la importancia del diagnóstico, el cual se basa en 3 aspectos: la historia del paciente, el examen físico y el seguimiento de las pruebas de confirmación. En la actualidad, la disponibilidad de algunos cuestionarios fáciles específicos para dolor neuropático periférico ha ayudado en este sentido.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Update in the diagnostic and therapeutic approach of neuropathic pain from primary care (I)

A B S T R A C T

Neuropathic pain is pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system, and represents a large social and health problem, which concerns an important group of the population. It is the result of multiple etiologies and can be presented as a great variety of syndromes. This situation offers us the opportunity to update your knowledge in order to make the best possible decisions in your daily clinical management.

In this first part we analyze the importance of diagnosis, which is based on 3 aspects: the patient's history, the physical examination and the follow-up of confirmatory tests. At present, the availability of some easy questionnaires specific to peripheral neuropathic pain has helped in this regard.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com (A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.006>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Definición

En 1994 el dolor neuropático fue oficialmente definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés, *International Association for the Study of Pain*) como el “dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria en el sistema nervioso”. Esta definición fue ampliamente criticada, principalmente debido a la inclusión de los términos “disfunción” y “sistema nervioso”, que fueron considerados demasiado indeterminados o poco precisos por muchos expertos.

En este contexto, el Grupo de interés especial en dolor neuropático de la IASP (NeuPSIG, por sus siglas en inglés, *Special Interest Group on Neuropathic Pain*) propuso una nueva definición en 2008, que recibió el respaldo de la IASP en 2011. Según esta nueva definición, el dolor neuropático es el “dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial”¹. En más de la mitad de los casos se localiza y afecta a un área específica y está claramente circunscrito a una zona del cuerpo (y hablamos de dolor neuropático localizado, o DNL)².

El problema en nuestro medio

Por su elevada intensidad, cronicidad, capacidad de alterar de forma importante la calidad de vida del paciente y por el alto coste que genera, el dolor neuropático representa un problema sociosanitario de gran envergadura, que atañe a un grupo importante de población (5-8 %), tanto en el medio hospitalario como en atención primaria^{3,4}. Sin embargo, estas estimaciones provienen de estudios realizados con diferentes tipos de cuestionarios. Existen estudios sobre afecciones específicas englobadas en este tipo de dolor, como, por ejemplo, la neuropatía diabética dolorosa, con una prevalencia de 16-26 % de las personas que padecen diabetes⁵. A esto se le suma la frecuente comorbilidad en forma de alteraciones del sueño, cansancio o pérdida de concentración, que puede afectar considerablemente el estado de ánimo, la personalidad y las relaciones familiares y sociales del paciente. Todo ello, junto a la dificultad en el tratamiento, bien por falta de respuesta analgésica o por mala tolerabilidad a los analgésicos utilizados, complica el cuadro clínico^{6,7}. Diferentes publicaciones refieren además que la mayoría de estos pacientes se encuentran infratratados, lo que aumenta el coste sanitario y la frustración de los profesionales y los pacientes⁸.

Clasificación y etiología

La diversidad de cuadros clínicos que pueden cursar con un componente de dolor neuropático, sobre todo periférico, quedan descritos en las [tablas 1 y 2](#)^{9,10}.

Signos y síntomas

En la [tabla 3](#) se recogen los síntomas y signos del dolor neuropático, así como sus componentes con el dolor espontáneo,

que es continuo o intermitente, y el dolor evocado, con sus manifestaciones: alodinia y/o hiperalgesia¹¹.

Diagnóstico

^{9,11-14}

- Debemos sospechar un dolor neuropático en cualquier paciente que haya sufrido, o sufra, una enfermedad con posible lesión del sistema somato-sensorial y que presente algunos de los síntomas y signos propios de ésta.
- Los diferentes cuadros de dolor neuropático están frecuentemente infradiagnosticados. El diagnóstico precoz es muy importante, ya que permitirá frenar con su tratamiento los mecanismos de sensibilización, tanto periférica como central, implicados en la fisiopatología del dolor neuropático.
- El NeuPSIG de la IASP ha elaborado diversas recomendaciones para la evaluación del dolor neuropático en atención primaria. La anamnesis, el examen clínico, con especial énfasis en la exploración neurológica, y la realización de sencillos test diagnósticos y cuestionarios, son muy importantes para llegar a un diagnóstico de probable dolor neuropático:
- Objetivos del diagnóstico y valoración del dolor neuropático:
 - Reconocimiento de dolor neuropático.
 - Localización de la lesión (si es en el cerebro, tronco cerebral, médula espinal, raíz nerviosa, plexo, nervio periférico o sus ramas).
 - Diagnóstico de la enfermedad causante o suceso lesivo.
 - Evaluación de las limitaciones funcionales resultantes de dolor.
 - Valorar posibles comorbilidades, tales como alteración de sueño, ansiedad, depresión y discapacidad, así como el deterioro secundario en el trabajo, la familia y la vida social.

Anamnesis

Para facilitar el estudio de un paciente con sospecha de dolor neuropático se ha propuesto la realización de una evaluación escalonada para el diagnóstico, basada en la anamnesis, la exploración y la realización de pruebas diagnósticas. El primer paso para la adecuada valoración del paciente con dolor es la anamnesis, por medio de la cual exploraremos:

- Localización: anatómicamente coherente, irradiado según inervación del nervio o raíz dañados: en la neuropatía diabética dolorosa se localiza sobre todo en los pies y el tercio inferior de las piernas (a veces en las manos); en las radiiculopatías, en la zona de la raíz dañada...
- Temporalidad: inicio, duración, horario y evolución: en la diabético, dolor nocturno y en la neuralgia del trigémino el dolor es paroxístico con accesos breves e intensos. Lo más frecuente es que sea crónico, de más de 3 meses de duración.
- Intensidad del dolor (con escalas) y relación intensidad-tiempo.
- Definición por parte del paciente del dolor con términos subjetivos: con ellos el paciente puede describir este tipo de dolor de difícil explicación: picor, calor, presión, hormigueo, cosquilleo, quemazón, descarga eléctrica, ráfaga de corriente, picazón, comezón, entumecimiento, tirantez,

Tabla 1 – Etiología del dolor neuropático periférico.

Enfermedades degenerativas	Hernia discal, siringomielia, fibrosis pulmonar, ELA, EM, enfermedad de Parkinson
Fármacos y tóxicos	Contrastes yodados, óxido nítrico, antirretrovirales, metronidazol, sulfamidas, cloranfenicol, quimioterápicos (vincristina, cisplatino, paclitaxel), isoniacida, fenitoína, nitrofurantoína, hidralazina, talidomida, anfotericina B, arsénico, plomo, talio, oro, mercurio
Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Víricas: VHZ (neuralgia postherpética), VHS, HIV y SIDA, poliomielitis, mononucleosis infecciosa, enfermedad de Guilliam-Barré (polineuropatía inflamatoria desmielinizante) • Bacterianas: neuroborreliosis, sífilis (tabes dorsal), difteria
Enfermedades metabólicas y deficitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus: neuropatía diabética dolorosa (polirradiculopatía, polineuropatía y mononeuropatía craneal) y no dolorosa • Amiloidosis, porfirias, hipotiroidismo, lupus, IRC, alcoholismo • Déficit de vitamina B, tiamina, niacina, piridoxina
Causas quirúrgicas	Dolor cicatricial postquirúrgico, radiculopatía tras cirugía de columna, dolor postoracotomía y postmastectomía, inguinodinia tras cirugía herniaria, rodilla dolorosa tras prótesis, dolor postamputación en muñón
Causas genéticas	Enfermedad de Fabry, eritromelalgia, amiloidosis hereditaria, neurofibromatosis, enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, neuropatías sensitivas hereditarias, metabulopatías
Causas mecánicas	<ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras, radiaciones, vibraciones • Estenosis espinales • Síndromes dolorosos por atrapamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Miembro superior: nervio mediano (STC), nervio cubital (atrapamiento en codo y síndrome de Guyon), nervio radial (queralgia parestésica), nervio supraespinal (síndrome del desfiladero torácico) – Miembro inferior: nervio ciático (síndrome piriforme), nervio tibial posterior (STT), nervio plantar digital (neuroma de Morton), nervio femorocutáneo (meralgia parestésica)
Causas traumáticas	Traumatismos directos (sección o compresión), SDRC tipo II, lesión por trauma osteoarticular (fracturas, dolor postamputación, avulsión de plexo braquial), lesión postraumática de cordón espinal
Causas oncológicas	Infiltración o compresión tumoral, metástasis epidurales y en plexos (braquial y lumbosacro), carcinomatosis, invasión y destrucción de tejidos circundantes, plexopatía postirradiación, quimioterapia, neuropatía secundaria a antígenos cancerígenos
Causas isquémicas o hemorrágicas	ACVA, síndrome talámico, trombosis venosa o arterial, tromboangitis obliterante, parálisis isquémica de Volkmann, neuropatía isquémica
Enfermedades inflamatorias e inmunológicas	Neuralgia herpética aguda, mielitis, polineuropatías inflamatorias, aracnoiditis crónica, vasculitis (PAN), LES, sarcoidosis
Causas idiopáticas	Neuralgias craneales (neuralgia del trigémino y del glossofaríngeo, dolor facial atípico, neuralgia de Arnold), dolor en miembro fantasma, crisis epilépticas parciales sensitivas dolorosas, lumbalgia con componente neuropático

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica; EM: Esclerosis múltiple; VHZ: virus herpes zoster; VHS: virus herpes simple; HIV: virus de la inmunodeficiencia humana; SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; IRC: insuficiencia renal crónica; STC: síndrome del túnel carpiano; STT: síndrome del túnel tarsiano; SDRC: síndrome de dolor regional complejo; ACVA: accidente cerebrovascular agudo; PAN: panarteritis nodosa; LES: lupus eritematoso sistémico. (Fuente: elaboración propia)

presión, pinchazo, opresión, sensación de frío o calor pulsátil, dolor punzante, congelante...

- Factores desencadenantes y atenuantes del dolor: posturas, calor, frío, fármacos, reposo, sueño...
- Antecedentes personales: conducta ante el dolor, tratamientos médicos previos como radio y quimioterapia, traumatismos o cirugía, abuso de alcohol, fármacos o drogas...
- Afectación psicológica del dolor, afectación de relaciones sociales, laborales, familiares, calidad de vida...

Exploración

- Inspección (asimetrías, atrofas, posturas antiálgicas...), palpación (puntos dolorosos), percusión de la zona, arcos de movilidad articular.
- Anatomía: comprobar la distribución coherente del dolor desde el punto de vista neuroanatómico según la inervación cutánea de los nervios periféricos y los dermatomas inervados.
- Exploración neurológica-somatosensorial:
 - Descartar déficit motor, sensorial o autonómico.

- Evaluación motora: alteraciones tróficas musculares, cambios de tono, paresias, movimientos involuntarios, fuerza muscular, coordinación, fluidez de movimientos, trofismo, movimientos anormales, disfunción en movimientos activos y pasivos, reflejos y maniobras radiculares...
- Examen sensitivo: el más importante. Se explora el tacto, la sensibilidad térmica, el dolor, la vibración con respuesta normal, alta o baja. Puede realizarse sin requerir instrumentos o aparatos complejos: algodón, pincel, alfiler, depresor de madera astillado, diapason 128 Hz y temperatura 20-40 °C, clip, tubos de vidrio o rodetes de metal, filamento von Frey... Hay que comprobar si el examen neurológico muestra algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del posible nervio afectado mediante su valoración:
 - Tacto: con pincel, hisopo, algodón, torunda.
 - Pinchazo: con aguja o imperdible.
 - Vibración: con diapason de 128 Hz.
 - Calor/frío: con martillo de reflejos, probeta de agua, estetoscopio, hielo, rulo caliente.
 - Presión: con lápiz, jeringa, monofilamento.

Tabla 2 – Causas más frecuentes de dolor neuropático según su localización.

Dolor neuropático central	
Mielopatías y mielitis	Hematomielia, EM, déficit de vitamina B12, sífilis (tabes dorsal), cirugía, discopatía, isquemia e infarto, compresión por estenosis medular, postradiación, por HIV, traumatismos con lesión en cordón espinal, aracnoiditis
Lesiones talámicas	Neoplasias, enfermedades desmielinizantes, cirugía, lesiones vasculares como ictus, cirugía
Injuria cortico-subcortical	Lesiones traumáticas, vasculares como malformaciones arterio-venosas, tumores
Lesiones cerebrales	EM, siringomielia, ictus, convulsiones, tuberculoma, dolor de miembro fantasma, aracnoiditis, enfermedad de Parkinson
Dolor neuropático periférico	
Mononeuropatías	NPH, diabética, traumática, neuropatía del trigémino y del glosofaríngeo, STC y otras neuropatías por atrapamiento, por invasión neoplásica, traumáticas, postquirúrgicas
Polineuropatías	Metabólicas, tóxicas, infecciosas, farmacológicas, hereditarias, traumáticas
Plexopatías	Compresivas, neuromas, tumorales, por hernias discales
Radiculopatías	Cervical, dorsal, lumbosacra Hernia discal, compresión, aracnoiditis
Afectación ganglios raíces	Herpes zoster
Afectación asta dorsal	Lesiones por avulsión

EM: Esclerosis múltiple; HIV: virus de la inmunodeficiencia humana; NPH: neuralgia postherpética; STC: síndrome del túnel carpiano.
(Fuente: elaboración propia)

Tabla 3 – Síntomas y signos de dolor neuropático.

Síntomas y signos positivos	
Motores	<ul style="list-style-type: none"> • Fasciculación: contracción muscular involuntaria • Distonía: contracción muscular sostenida • Mioquimia: temblor involuntario espontáneo (fibras musculares insuficientes para mover articulaciones)
Sensitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Parestesia: sensación anormal no dolorosa similar a hormigueo o prurito. Aparece de forma espontánea o provocada • Disestesia: sensación anormal desagradable espontánea o provocada, que se expresa como vibración, dolor punzante, lancinante, urente • Hiperestesia: Aumento de la sensibilidad táctil y térmica, expresada como: <ul style="list-style-type: none"> – Alodinia: sensación dolorosa ante un estímulo que normalmente no lo es: roce de ropa de cama, ropa interior, agua, aire – Hiperalgia: aumento de la sensibilidad al dolor provocado con percepción exagerada tras un estímulo normalmente doloroso: pinchazo, frío, calor – Tipos de hiperalgia y alodinia: <ul style="list-style-type: none"> · Mecánica: dinámica por estímulos como roce de algodón, y estática por presión · Térmica: estímulos fríos y calientes • Hiperpatía: sensibilidad extrema a estímulos. Respuesta retardada a cualquier estímulo doloroso tras el cese de éste o tras estimulación repetitiva
Autonómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Vasoconstricción • Piloerección • Hiperhidrosis
Síntomas y signos negativos	
Motores	<ul style="list-style-type: none"> • Paresia: pérdida de parte de la motricidad de uno o más músculos • Parálisis: pérdida total de la motricidad de uno o más músculos
Sensitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoalgia: disminución del dolor ante estímulos normalmente dolorosos • Hipoestesia: menor sensibilidad ante estímulos, como los táctiles y térmicos • Anestesia: falta total de sensibilidad • Analgesia: falta de dolor ante estímulos normalmente dolorosos
Autonómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Vasodilatación • Déficit piloerección • Hipohidrosis/anhidrosis

(Fuente: elaboración propia)

· Se recomienda iniciar la exploración en una zona alejada de la lesión, acercándonos a la de más dolor indicada por el propio paciente, realizando esta exploración 3 veces con un nivel de respuesta para cada estímulo que puede ser clasificado como normal,

disminuido o aumentado. Se puede comparar con la zona contralateral sana en trastornos unilaterales y con zona adyacente proximal o distal en los bilaterales.
· En ocasiones la respuesta puede ser anormal: por ejemplo, un objeto frío pudiera advertirse como que-

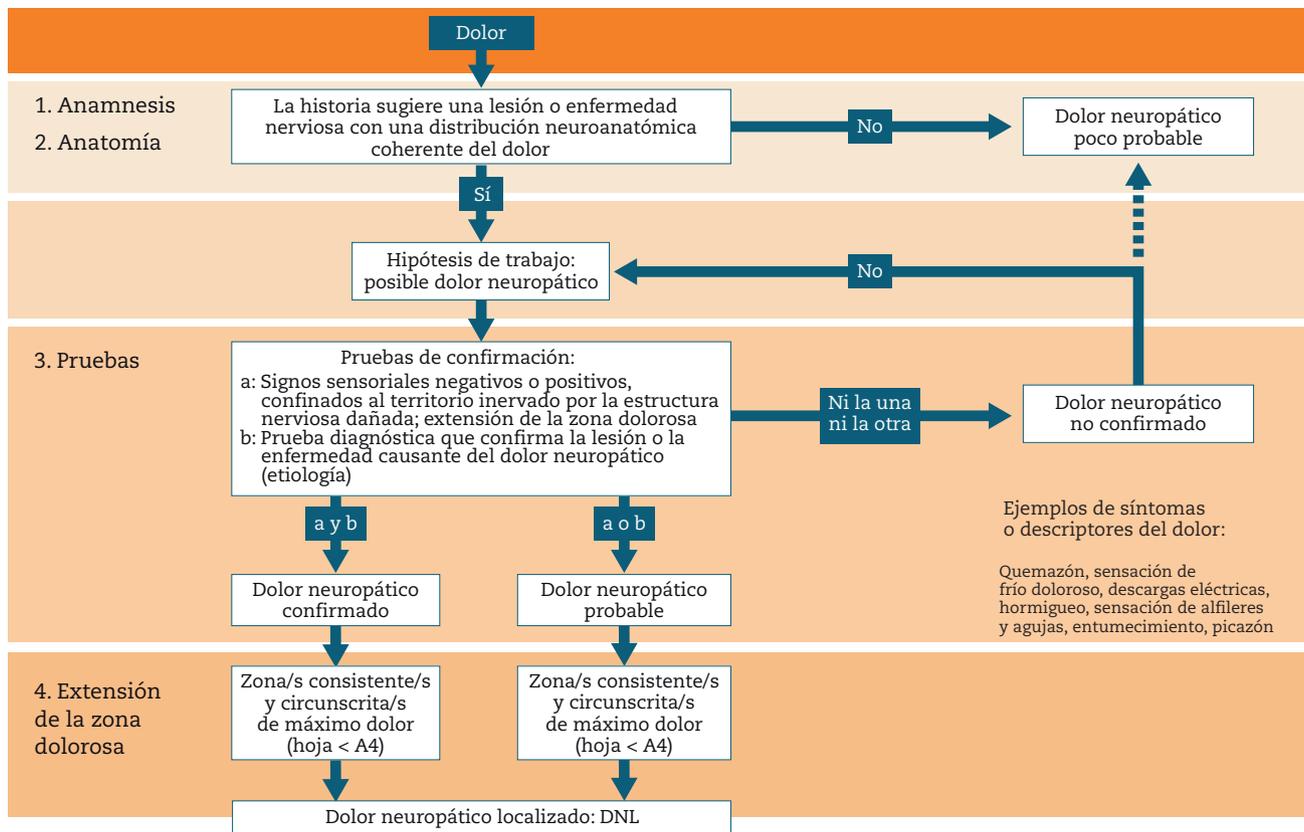


Figura 1 – Diagrama de flujo para el diagnóstico de dolor neuropático (adaptada de ref. 15).

mante o un objeto indoloro como doloroso (alodinia). Es muy importante conocer que los síntomas varían entre pacientes que padecen el mismo trastorno y pueden modificarse con el transcurso de la enfermedad en un mismo individuo.

Pruebas complementarias

Pueden ser útiles para confirmar la etiología dependiendo de la sospecha diagnóstica. No todas están disponibles en atención primaria: muchas solo pueden ser solicitadas por atención hospitalaria, y algunas solo se emplean en la investigación.

- Pruebas de neuroimagen: radiología, ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía de emisión de positrones (TEP), gammagrafía ósea. En la RMN y TEP, en investigación, se ven patrones de activación diferentes en dolor nociceptivo y neuropático.
- Biopsia cutánea: densidad de fibras nerviosas, utilizado sobre todo en neuropatía sensitiva dolorosa.
- Pruebas de laboratorio: glucosa, creatinina, urea, vitamina B12, hormonas tiroideas, enzimas hepáticas, serología HIV... según posibles causas en la historia clínica.
- Pruebas neurofisiológicas: electromiograma, electroneurograma, electroencefalograma, estudios de velocidad de conducción nerviosa, potenciales evocados somestésicos, test sensoriales cuantitativos, microneurografía, neuro-

grafía sensitiva y motora, estudio funcional del sistema nervioso autónomo.

Escalas de valoración

Son esenciales para la detección temprana del dolor neuropático, su diferenciación con el dolor nociceptivo y la posible asociación en cuadros como la lumbociatalgia.

- Escalas generales: escala visual analógica (EVA), escala numérica, escala de rostros...
- Escalas para la evaluación comorbilidades, limitaciones funcionales y síntomas acompañantes: evalúan aspectos psicosociales, limitaciones y afectación del dolor en el trabajo, familia, vida social, capacidad cognitiva, sueño y comorbilidades (ansiedad y depresión). Entre ellas están el cuestionario del sueño MOS, cuestionario SF12 y SF36 sobre calidad de vida, escala de capacidad funcional BPI...
- Específicas de dolor neuropático: DN4 (la más empleada en la práctica clínica), ID Pain, LANSS y específica de dolor neuropático localizado: *diagnostic tool*.

Algoritmo diagnóstico

Para facilitar el estudio de un paciente con sospecha de dolor neuropático se propone la utilización de una evaluación escalonada que llevará al posible diagnóstico o la confirmación del dolor neuropático (Fig. 1)¹⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

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; 70: 1630-5.
2. Mick G, Baron R, Finnerup NB, Hans G, Kern KU, Brett B, et al. What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term. *Pain Manag*. 2012; 2: 71-7.
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008; 136: 380-7.
4. Doth AH, Hansson PT, Jensen MP, Taylor RS. The burden of neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain*. 2010; 149: 338-44.
5. Jensen TS, Backonja MM, Hernández Jiménez S, Tesfaye S, Valensi P, Ziegler D. New perspectives on the management of diabetic peripheral neuropathic pain. *Diab Vasc Dis Res*. 2006; 3: 108-19.
6. Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*. 2002; 18: 77-83.
7. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, Haanpää ML, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85(3 Suppl): S3-14.
8. Pérez C, Saldaña MT, Navarro A, Vilaradaga I, Rejas J. Prevalence and characterization of neuropathic pain in a primary-care setting in Spain: a cross-sectional, multicentre, observational study. *Clin Drug Investig*. 2009; 29: 441-50.
9. Attal N, Bouhassira D, Baron R. Diagnosis and assessment of neuropathic pain through Questionnaires. *Lancet Neurol*. 2018; 17: 456-66.
10. Dworkin RH. An overview of neuropathic pain: syndromes, symptoms, signs, and several mechanisms. *Clin J Pain*. 2002; 18: 343-9.
11. Baumgärtner U, Magerl W, Klein T, Hopf HC, Treede RD. Neurogenic hyperalgesia versus painful hypoalgesia: two distinct mechanisms of neuropathic pain. *Pain*. 2002; 96: 141-51.
12. McCarberg B, D'Arcy Y, Parsons B, Sadosky A, Thorpe A, Behar R. Neuropathic pain: a narrative review of etiology, assessment, diagnosis, and treatment for primary care providers. *Curr Med Res Opin*. 2017; 33: 1361-9.
13. Martín Estefanía C. Protocolo diagnóstico y terapéutico del dolor neuropático. *Medicine*. 2015; 78: 4724-7.
14. Jones RC 3rd, Backonja MM. Review of neuropathic pain screening and assessment tools. *Curr Pain Headache Rep*. 2013; 17: 363.
15. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Un algoritmo de tratamiento farmacológico para el dolor neuropático localizado. *Semergen*. 2018; 44: 71-5.