



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Carta al Editor

Dolor nociplástico: implicaciones para la práctica clínica

Antonio Alcántara Montero

Centro de Salud Trujillo. Consultorios de Herguijuela/Conquista de la Sierra (Cáceres).

Más del 50 % de las consultas de atención primaria están relacionadas con el dolor crónico, un fenómeno complejo en sus diferentes vertientes, que conlleva importantes consecuencias emocionales, sociales, laborales y económicas para el paciente y su entorno, y multiplica por cinco la probabilidad de utilización de los servicios sanitarios¹. Por otro lado, es frecuente que nos consulten pacientes con dolor crónico, sin ninguna patología orgánica, con diagnósticos de cuadros psiquiátricos. Además, es habitual también que estos pacientes reciban múltiples tratamientos, incluso invasivos, con malos resultados.

La atención de personas que padecen dolor crónico sin ninguna lesión orgánica que lo provoque es a veces bastante frustrante, ya que, por un lado, nos preocupa que realmente puedan padecer una enfermedad que no estamos detectando, mientras resulta difícil el control del síntoma doloroso.

Clásicamente se pensaba que el dolor crónico surgía a través de dos fuentes: “nociceptivo”, que se asocia a una entrada continua por la lesión tisular real o potencial; y “neuropático”, causado por una lesión o enfermedad que afecta al sistema nervioso periférico o al sistema nervioso central. Esta creencia dejó en una zona nebulosa otras condiciones crónicas del dolor, con fenotipos bien definidos, pero sin la evidencia clara de la implicación nociceptiva o neuropática. Por este motivo, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés, *International Association for the Study of Pain*) incluyó el 14 de diciembre de 2017 un nuevo término: dolor “nociplástico”, definido como aquel “dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor”². Este término está diseñado para contrastar con el dolor neuropático. Así, se usa para describir el dolor que ocurre en un sistema nervioso somatosensorial que funciona normalmente, para diferenciar

el mal o anormal funcionamiento que se observa en el dolor neuropático³.

Su etiopatogenia es compleja y está muy influida por factores psicológicos, como el catastrofismo, la baja percepción de autoeficacia y el neuroticismo, los cuales actúan como predictores de este tipo de dolor⁴.

Las condiciones de dolor nociplástico prototípicas incluyen tanto las generalizadas (fibromialgia [FM], por ejemplo) como localizadas (dolor temporomandibular crónico, síndrome de dolor vesical primario crónico, síndrome del intestino irritable, cefalea tensional, migraña crónica, entre otras), que son a menudo denominadas condiciones de dolor crónico superpuesto³.

Es importante destacar que el término “dolor nociplástico” está destinado al uso clínico y no constituye un diagnóstico, ni mucho menos un sinónimo de sensibilización central (SC) de la nocicepción, que es un concepto meramente neurofisiológico³.

Se entiende la SC como el aumento de la actividad sináptica en las neuronas somatosensoriales del asta posterior de la médula espinal como consecuencia de un estímulo nocivo periférico mantenido; es decir, un daño tisular o del nervio⁵. La SC provoca una respuesta progresiva y amplificada que, en ocasiones, no presenta correlación con la intensidad del estímulo doloroso. Clínicamente estos fenómenos se manifiestan a través de la hipersensibilidad a estímulos dolorosos o hiperalgesia y como hipersensibilidad a estímulos no dolorosos o alodinia⁶. Así, estos signos y síntomas pueden sugerir la presencia de SC, pero es la exclusión de otras entidades clínicas la que determina su diagnóstico, como pasa en la FM o en el síndrome de fatiga crónica, que no tienen métodos de diagnóstico positivo. Por tanto, la SC es un mecanismo fisiológico y reversible (dinámico), asociado a una mayor sensibilidad y respuestas al dolor; no es una patología, ni un cajón de sastre donde meter contextos patológicos de dolor inespecífico.

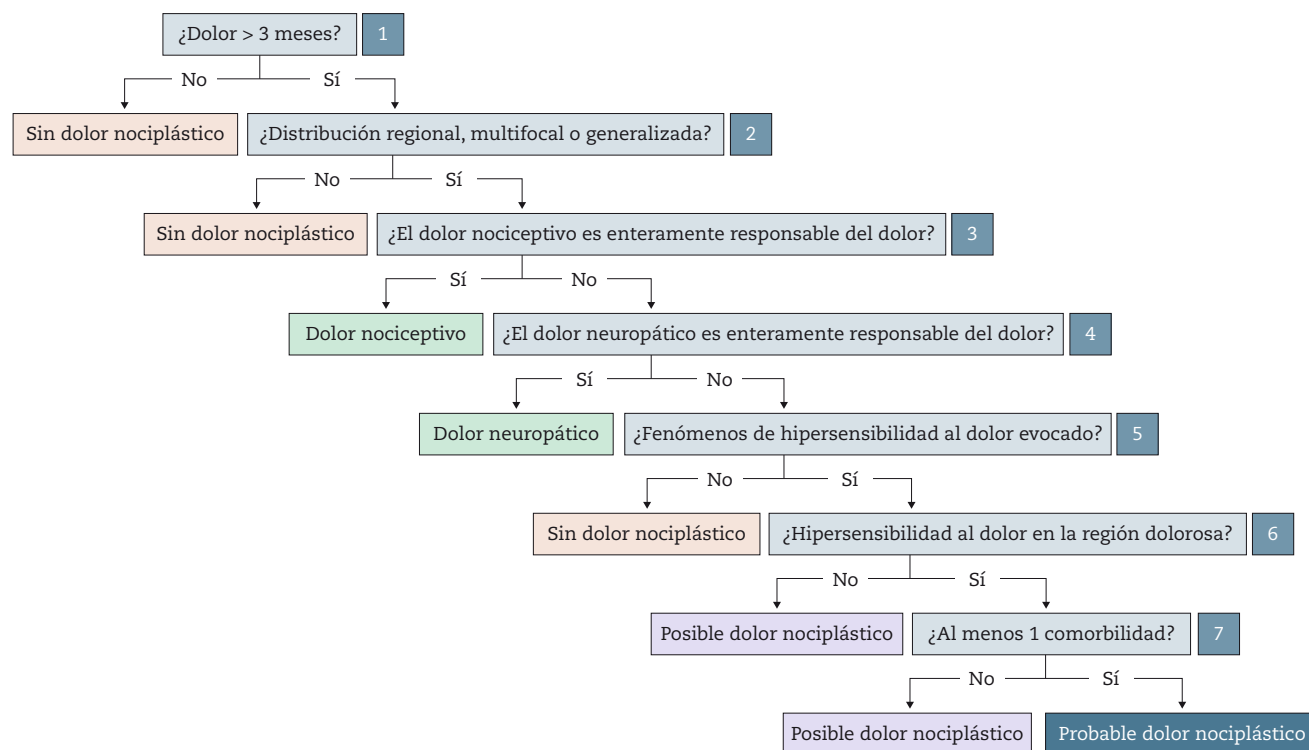


Figura 1 – Algoritmo de la IASP para el diagnóstico de dolor nociplástico (adaptado de cita 7).

Estamos cada día más cerca de dejar atrás la ambigüedad a la hora de definir el dolor y de diagnosticarlo. Para ello es importante conocer bien y saber distinguir sus diferentes tipos. El término “nociplástico” es de rigurosa actualidad para muchos de nosotros, y por ello es necesario recalcar sus propiedades y criterios clínicos⁷⁻⁹ (figura 1):

- Cuadro clínico de dolor de al menos 3 meses.
- Distribución regional del dolor en lugar de concreta.
- Contexto de dolor imposible de ser explicado completamente por mecanismos nociceptivos o neuropáticos.
- Signos clínicos de hipersensibilidad al menos presentes en la región del dolor.
- Rara vez se presenta de manera aislada y suele ir acompañado de otros síntomas asociados al sistema nervioso central, como fatiga, alteraciones del sueño, deterioro cognitivo, hipersensibilidad a los estímulos externos y alteraciones del estado de ánimo.

No obstante, no debemos obviar el dolor “mixto”, que, a pesar de haber sido referenciado en la literatura durante más de una década, nunca ha sido definido formalmente. Incluso el término dolor “nociplástico” en la terminología IASP excluye a los pacientes que se presentan clínicamente con una superposición sustancial de síntomas nociceptivos y neuropáticos. Para estos pacientes, el término “dolor mixto” es cada vez más reconocido y aceptado por los profesionales sanitarios. Por este motivo, recientemente un grupo internacional de especialistas en dolor de múltiples especialidades ha definido el dolor “mixto” como “una superposición compleja de los diferentes tipos de dolor conocidos (nociceptivo, neuropático, nociplástico) en cualquier

combinación, que actúan simultáneamente y/o concurrentemente para causar dolor en la misma área del cuerpo”¹⁰.

Espero que estas reflexiones ayuden a clasificar las diferentes condiciones de dolor crónico mediante la evaluación de las características de sensibilización del dolor y los tres descriptores de dolor propuestos por la IASP (sin olvidar el dolor “mixto”). Es fundamental que todos los clínicos sepamos discernir entre los diferentes tipos de dolor con el objetivo de ser más precisos en nuestros tratamientos para intentar romper la creciente prevalencia e impacto que tiene el dolor crónico en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10(4): 287-333.
2. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet] [consultado 11 Marzo 2023]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#-Nociplasticpain>
3. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Comprensión actual del concepto de «dolor nociplástico». *Semergen*. 2019; 45(6): 361-3.
4. Treede RD. The role of quantitative sensory testing in the prediction of chronic pain. *Pain*. 2019; 160 Suppl 1:S66-9.
5. Akinci A, Al Shaker M, Chang MH, Cheung CW, Danilov A, José Dueñas H, et al. Predictive factors and clinical biomarkers for treatment in patients with chronic pain caused by osteoarthritis with a central sensitisation component. *Int J Clin Pract*. 2016; 70(1): 31-44.

6. Latremoliere A, Woolf CJ. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain*. 2009; 10(9): 895-926.
7. Nijs J, Lahousse A, Kapreli E, Bilika P, Saraçoglu I, Malfliet A, et al. Nociceptive pain criteria or recognition of central sensitization? Pain phenotyping in the past, present and future. *J Clin Med*. 2021; 10(15): 3203.
8. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021; 397(10289): 2098-110.
9. Murphy AE, Minhas D, Clauw DJ, Lee YC. Identifying and managing nociceptive pain in individuals with rheumatic diseases: A narrative review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023; 75(10): 2215-22.
10. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019; 35(6): 1011-8.