

Actualizaciones

El Médico

DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO DNL

Alejandro Ortega Romero

Responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Monográfico
Asepeyo de Traumatología y Rehabilitación, en Coslada (Madrid)

Juan Vicente Peralta Molero

Adjunto al Servicio de Traumatología
en el Hospital Universitario Infanta Leonor, en Madrid



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con

3,8 créditos

Examen disponible en

<http://actualizaciones.elmedicointeractivo.com/dnl>

saned
GRUPO

© SANED 2016

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 00

Fax: 91 749 95 07.

Antón Fortuny, 14-16. Edificio B, 2º-2ª. 08950

Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel: 93 320 93 30

Fax: 93 473 75 41. gruposaned@gruposaned.com

www.gruposaned.com

Soporte válido: SVR 295

ACTUALIZACIÓN EN DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO (DNL)

Alejandro Ortega Romero

Responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Monográfico Asepeyo de Traumatología y Rehabilitación, en Coslada (Madrid)

Juan Vicente Peralta Molero

Adjunto al Servicio de Traumatología en el Hospital Universitario Infanta Leonor, en Madrid

INTRODUCCIÓN, ¿QUÉ ES EL DNL?

El dolor neuropático (DN) es una patología que surge como consecuencia de una lesión directa o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Esta lesión que provoca el DN se puede producir a lo largo de toda la vía nerviosa, desde la periferia en los nociceptores hasta las neuronas corticales en el cerebro. El tratamiento del DN es un difícil reto y muchos de los pacientes que lo sufren no logran un alivio eficaz. Durante mucho tiempo se han usado tratamientos tópicos para el control del DN periférico, pero no ha sido hasta el año 2010 cuando se identificó el grupo de pacientes en los que estos tratamientos estaban más indicados (1). En ese año la IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el concepto de **Dolor Neuropático Localizado (DNL) como un tipo de DN que se caracteriza por estar circunscrito a un área (o áreas) de máximo dolor y con sensibilidad alterada (2). La definición no apunta a dónde se inicia el dolor, sino que prioriza el lugar donde se produce la expresión del dolor.** Esta definición topográfica del área sintomática puede ayudar a los clínicos a distinguir el DNL de otros tipos de DN periférico más profundo e identificar aquellos pacientes que pueden beneficiarse de un tratamiento tópico.

Las formas clínicas de presentación del DNL son muy heterogéneas y su etiopatogenia puede ser muy varia-

da teniendo todas en común su manifestación localizada en una zona corporal reducida. Por este motivo es fundamental una exploración clínica exhaustiva para delimitar las áreas donde se circunscriben todos los fenómenos secundarios a la lesión o disfunción nerviosa. Además, la correcta demarcación del área de máximo dolor es un parámetro a controlar en el seguimiento y la eficacia de los tratamientos pautados.

El diagnóstico y la detección precoz de esas áreas de DNL es primordial de cara a frenar los mecanismos de sensibilización periférica y central que un dolor crónico genera si no es tratado precozmente. Por este motivo el médico que recibe por primera vez al paciente con clínica de DNL debe conocer el tratamiento adecuado para esta patología. La terapia farmacológica contra el dolor es uno de los grandes soportes actuales del DNL. Una serie de guías clínicas y últimas publicaciones avalan estos tratamientos analgésicos, tomando como referencia la evidencia científica e implicando al propio paciente en su autocuidado (3).

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Aunque las estimaciones de prevalencia varían, la epidemiología de DN afecta hasta al 18% de la población en los países desarrollados (4), de los cuales hasta el 60% de los pacientes con ese diagnóstico presentan síntomas y signos de alteración de sensibilidad localizados en un área específica (2, 5).

En el Plan Estratégico del Modelo de Atención al Dolor Crónico en Catalunya, publicado en el año 2010 por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, se considera que la prevalencia del DN en Asistencia Primaria se sitúa entre un 8-12% si se refiere a DN puro, y puede llegar a un 20% si se refiere a DN mixto (nociceptivo y neuropático). En las consultas de Neurología, según el estudio PREVADOL realizado en España, el DN es el octavo motivo de consulta, representando un 4% de las consultas totales. Por otro lado, se estima