

The background features a watercolor-style illustration. On the right side, there is a dark silhouette of a person walking away from the viewer. The background is composed of large, overlapping washes of color, including shades of purple, blue, and pink, creating a soft, artistic atmosphere.

KNOW NEUROPATHIC PAIN

Una Guía Práctica para Entender,
Evaluar y Manejar el Dolor
Neuropático

Comité de Desarrollo

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Rheumatologist
Morelia, Mexico

Jianhao Lin, MD
Orthopedist
Beijing, China

Jose Antonio San Juan, MD
Orthopedic Surgeon
Cebu City, Philippines

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurologist
Moscow, Russia

Supraanee Niruthisard, MD
Pain Specialist
Bangkok, Thailand

Ammar Salti, MD
Consultant Anesthetist
Abu Dhabi, United Arab Emirates

Smail Daoudi, MD
Neurologist
Tizi Ouzou, Algeria

Germán Ochoa, MD
Orthopedist
Bogotá, Colombia

Xinping Tian, MD
Rheumatologist
Beijing, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anesthesiologist
São Luis, Brazil

Milton Raff, MD, BSc
Consultant Anesthetist
Cape Town, South Africa

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurologist, Neuroscientist and
Pain Specialist
Ankara, Turkey

Yuzhou Guan, MD
Neurologist
Beijing, China

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurologist
Manila, Philippines

Este programa fue patrocinado por Pfizer Inc.



Objetivos de Aprendizaje

- Al terminar este módulo, los participantes serán capaces de:
 - Explicar la patofisiología del Dolor Neuropático
 - Discutir la prevalencia del Dolor Neuropático
 - Aplicar una sencilla técnica de diagnóstico para diagnosticar Dolor Neuropático
 - Entender el impacto del Dolor Neuropático y sus comorbilidades en el funcionamiento del paciente y en su calidad de vida
 - Seleccionar las estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas para el manejo del Dolor Neuropático
 - Saber cuándo referir a los pacientes a un especialista

PREGUNTAS FRECUENTES





Preguntas Frecuentes: Tabla de Contenidos

- ¿Cómo puede ser identificado el dolor neuropático?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento no-farmacológico para dolor neuropático?
- ¿Cuál es la forma más efectiva de aliviar los síntomas de alodinia?
- ¿Por qué no son efectivos los AINEs en dolor neuropático?
- ¿Qué hay de la cirugía para dolor neuropático?
- ¿Cuándo y por qué debe usarse la terapia combinada para dolor neuropático?
- ¿Cómo deben ajustarse los medicamentos para dolor neuropático?
- ¿Se puede usar un ligando $\alpha 2\delta$ con CCBs?
- ¿Se pueden suspender los ligandos $\alpha 2\delta$ repentinamente?

¿Cómo se puede identificar el dolor neuropático?

Be alert for common verbal descriptors de Dolor Neuropático:



Ardor



Hormigueo



Piquetes



***Como descarga
eléctrica***



Entumecimiento



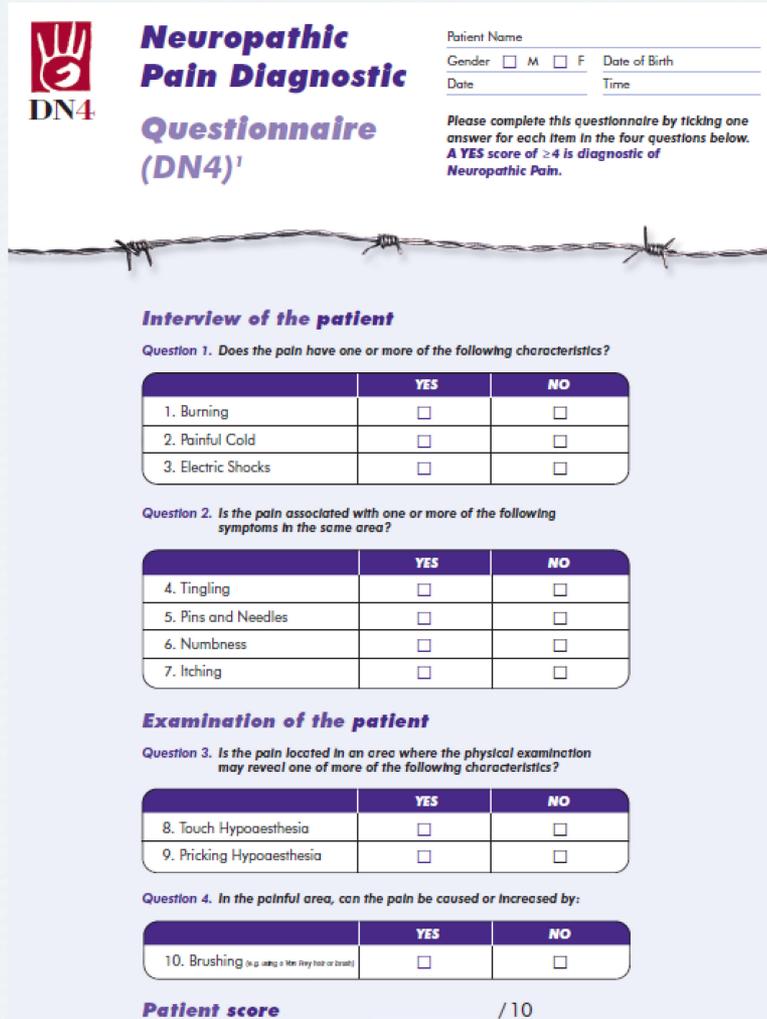
Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID Pain
<i>Síntomas</i>					
Punzadas, hormigueo, piquetes	X	X	X	X	X
Como descarga eléctrica o intenso	X				
Caliente o Urente	X				
Entumecimiento					
dolor causado al roce ligero	X		X	X	X
<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold;"> Seleccione la herramienta(s) con base en <i>la facilidad de uso y validación en el idioma local</i> </div>					
<i>Examen clínico</i>					
Alodinia al roce	X	X			
Umbral elevado al toque suave					
Umbral del dolor al pinchazo	X	X			

Las Herramientas de Evaluación de Dolor Neuropático dependen en gran medida de los descriptores verbales del dolor

Algunas herramientas de evaluación incluyen también pruebas físicas

DN4



Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire (DN4)

DN4

Gender M F Date of Birth _____
Date _____ Time _____

Please complete this questionnaire by ticking one answer for each item in the four questions below. A YES score of ≥ 4 is diagnostic of Neuropathic Pain.

Interview of the patient

Question 1. Does the pain have one or more of the following characteristics?

	YES	NO
1. Burning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Painful Cold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Electric Shocks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2. Is the pain associated with one or more of the following symptoms in the same area?

	YES	NO
4. Tingling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pins and Needles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Numbness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Itching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examination of the patient

Question 3. Is the pain located in an area where the physical examination may reveal one of more of the following characteristics?

	YES	NO
8. Touch Hypoaesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pricking Hypoaesthesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4. In the painful area, can the pain be caused or increased by:

	YES	NO
10. Brushing (e.g. using a Wet Dry hair or brush)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient score _____ /10

- Lo llena el médico en el consultorio
- Diferencia el dolor neuropático del dolor nociceptivo
- 2 preguntas sobre dolor (7 elementos)
- 2 pruebas de sensibilidad cutánea (3 elementos)
- Un puntaje ≥ 4 es un indicador de dolor neuropático
- Validado

DN4 = Dolor neuropático en 4 preguntas

Bouhassira D et al. Pain 2005; 114(1-2):29-36.

¿Cuál es el mejor tratamiento no-farmacológico para dolor neuropático?

Fisioterapia¹



Psicoterapia/CBT^{6,7}



Varios tratamientos no-farmacológicos están disponibles para dolor neuropático y pueden ser discutidos con los pacientes. Los tratamientos deben seleccionarse con base en la supuesta seguridad, interés del paciente y disponibilidad.

Terapias alternativas y sanación espiritual¹⁻⁴



paciente education¹

CBT = terapia cognitiva conductual

1. Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25; 2. Bril V et al. *Neurology* 2011; 76(20):1758-65; 3. Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70; 4. Pittler MH, Ernst E. *Clin J Pain* 2008; 24(8):731-35; 5. Dubinsky RM et al. *Neurology* 2004; 63(6):959-65; 6. Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002; 7. Morley S. *Pain* 2011;152(3 Suppl):S99-106..



Evidencia de las Terapias No-farmacológicas en Dolor Neuropático

- Las terapias estudiadas incluyen:
- Evidencia limitada para la mayoría de las modalidades

La efectividad de las vitaminas B para reducir Dolor Neuropático crónico no ha sido establecida

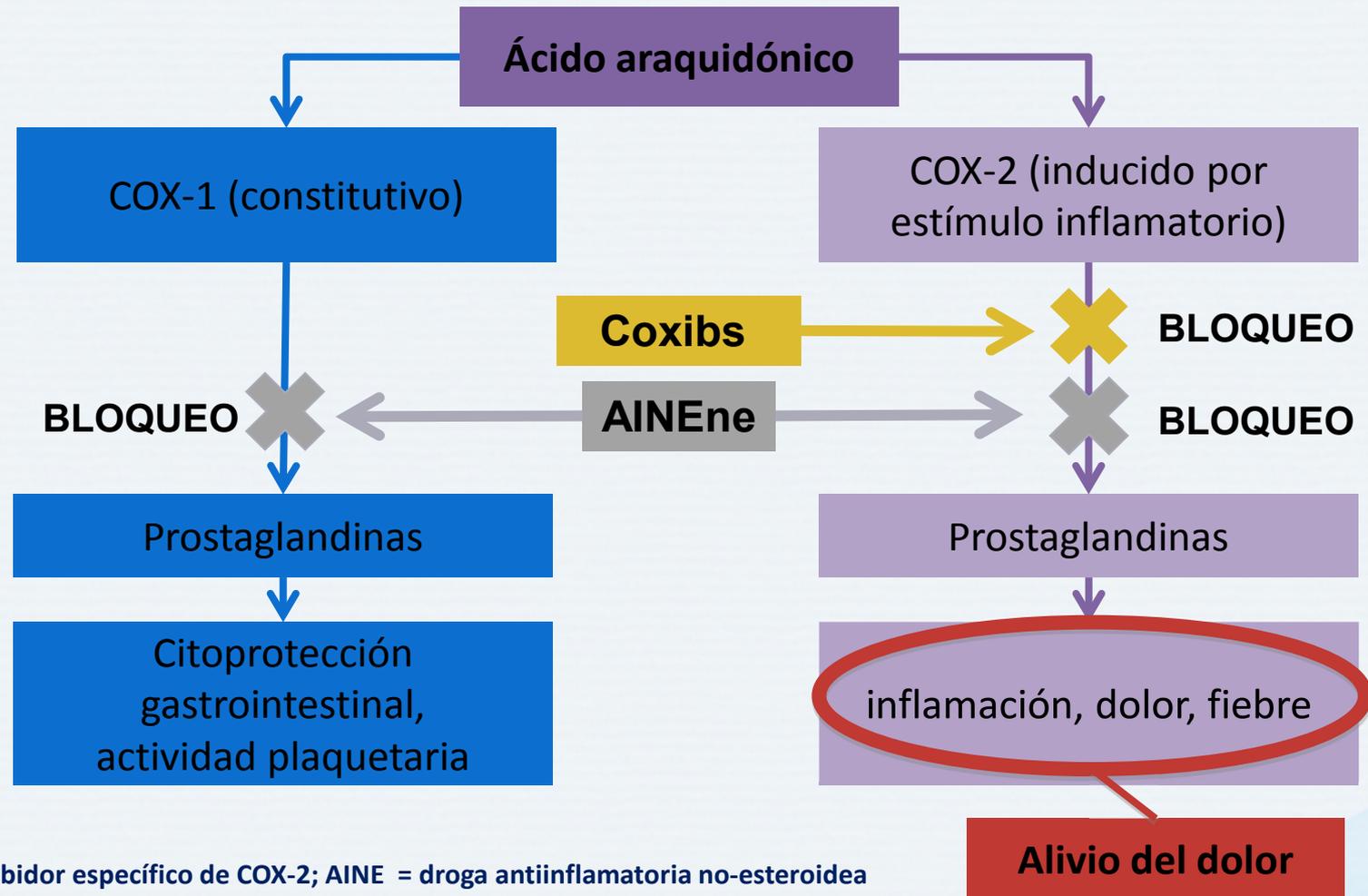
- Acupuntura
- Electroestimulación
- Medicina herbal
- Imanes
- Suplementos alimenticios
- Imaginería
- Sanación espiritual
- La evidencia es alentadora y requiere mayor estudio de:
 - Extracto de Cannabis
 - Carnitina
 - Electroestimulación
 - Imanes

¿Cuál es la forma más efectiva de aliviar los síntomas de alodinia?

Selección de la droga de acuerdo con la presentación clínica

Medicamentos		Presentación clínica del dolor neuropático				
		Quemante	Lacerante	Hiperalgnesia	Alodinia	Parestesia, Disestesia
TCA	Amitriptilina	++	+/-	++	++	+
IRSN	Venlafaxina	+	+/-	+	+	+/-
	Duloxetina	++	+/-	++	+	+/-
Bloqueadores del canal de Na ⁺ :	Carbamazepina	+/-	++	+	+	+
	Oxcarbazepina	+/-	++	+	+	+
ligandos $\alpha 2\delta$ canal de Ca ²⁺	Gabapentina	++	+/-	++	++	+
	Pregabalina	++	+/-	++	++	+
Opioides:	Tramadol	+	+/-	+	+	+
	Morfina	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

¿Por qué los AINEs/coxibs no son efectivos en dolor neuropático?



Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINE = droga antiinflamatoria no-esteroidea
AINEne = droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica

Gastrosource. *Non-steroidal Anti-inflammatory Drug (NSAID)-Associated Upper Gastrointestinal Side-Effects*. Available at: <http://www.gastrosource.com/11674565?itemId=11674565>. Accessed: December 4, 2010; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

Mecanismos de Dolor Neuropático

No hay blanco para que los AINEs/coxibs actúen en dolor neuropático





¿Qué hay de la cirugía para dolor neuropático?

- La cirugía puede ser útil solo en casos muy selectos:
 - Casos refractarios de neuralgia trigeminal
 - Estimulación de la médula espinal para pacientes con síndrome de cirugía de espalda fallida y síndrome de dolor regional complejo resistente al tratamiento
- La neuroestimulación puede ser útil en casos de dolor neuropático refractario, aunque los resultados parecen ser variables
- Generalmente no se recomienda cirugía para radiculopatía

¿Cuándo se debe usar la Terapia Combinada para Dolor Neuropático?

PASO 1

Iniciar el tratamiento con uno o más tratamiento de **primera-línea**:

- Ligandos $\alpha_2\delta$ (gabapentina, pregabalina)
- IRSNs (duloxetina, venlafaxina)
- TCAs* (nortriptilina, desipramina)
- Lidocaína tópica (para dolor periférico localizado)

PASO 2

- Si existe alivio parcial del dolor, agregue otro medicamento de 1ª línea
- Si existe alivio inadecuado (o ninguno) del dolor, cambie a otro medicamento de primera-línea

PASO 3

Si los medicamentos de 1ª-línea solos y en combinación fallan, considere medicamentos de **segunda-línea** (opioides, tramadol) o medicamentos de **tercera línea** (bupropión, citalopram, paroxetina, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, ácido valproico, capsaicina tópica, dextrometorfano, memantina, mexiletina) o refiera con un especialista en dolor

*Use TCAs de amina terciaria como amitriptilina sólo si los TCAs de amina secundaria no están disponibles

Nota: no hay soporte suficiente para el uso de AINEs en Dolor Neuropático

AINEs = drogas antiinflamatorias no-esteroides no específicas; IRSN= inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14; Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002.

¿Cómo se Deben Ajustar los medicamentos para Dolor Neuropático?

Medicamento	Dosis Inicial	Titulación	Dosis máxima	Duración del estudio
Ligandos $\alpha_2\delta$				
Gabapentina	100–300 mg al acostarse o tid	↑ por 100–300 mg tid cada 1–7 días	3600 mg/día	3–8 semanas + 2 semanas a la dosis máx.
Pregabalina	50 mg tid o 75 mg bid	↑ a 300 mg/día después 3–7 días, luego por 150 mg/día cada 3–7 días	600 mg/día	4 semanas
IRSNs				
Duloxetina	30 mg qd	↑ a 60 mg qd después 1 semana	60 mg bid	4 semanas
Venlafaxina	37.5 mg qd	↑ por 75 mg cada semana	225 mg/día	4–6 semanas
TCAs (desipramina, nortriptilina)	25 mg al acostarse	↑ por 25 mg/día cada 3–7 días	150 mg/día	6–8 semanas , con ≥ 2 semanas a la dosis máx. tolerada
Lidocaína tópica	Max. 3 5% parches/día por 12 h máx.	No se requiere	Max. 3 parches/día por 12–18 h máx.	3 semanas

IRSN= inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14.



¿Se Pueden Usar Ligandos $\alpha_2\delta$ con CCBs?

- ¡Sí!
 - A diferencia de los CCBs, los ligandos $\alpha_2\delta$ no bloquean completamente el canal de calcio, lo cual virtualmente no produce cambios en la presión sanguínea sistémica o en el flujo sanguíneo coronario



¿Se pueden suspender los Ligandos $\alpha_2\delta$ Repentinamente”?

¡No!

- Los medicamentos deben ser reducidos gradualmente durante **cuando menos** una semana
- La discontinuación abrupta puede resultar en efectos adversos como insomnio, náusea, cefalea, y diarrea