



## 10 artículo

Miguel Angel Benítez del Rosario [[Buscar autor en Medline](#)]

Aurora Asensio Fraile [[Buscar autor en Medline](#)]



### Tratamiento de los cuadros de dolor crónico benigno

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

#### NEURALGIAPOST-HERPETICA

La infección cutánea por el herpes virus provoca un cuadro de dolor neuropático agudo, de características mixtas, que puede evolucionar a un dolor neuropático crónico conocido como neuralgiapost-herpética. Esta aparece, aproximadamente, en el 13% de las personas mayores de 60 años.

El tratamiento analgésico de la infección cutánea por el herpes virus persigue disminuir el dolor durante la fase aguda, disminuir la incidencia de la neuralgia crónica, resolver la neuralgia o aliviar la intensidad del dolor.

#### Tratamiento del Dolor Durante la Fase Aguda

Los fármacos cuya eficacia en el dolor secundario a la infección por el herpes zoster ha sido evaluada se muestran en la **(tabla 1)**. El adecuado control del dolor en la fase aguda puede influir positivamente en disminuir el riesgo de una neuralgiapostherpética, o en una menor intensidad de la misma<sup>1</sup>. En la **(figura 1)** se propone un algoritmo terapéutico analgésico de la fase aguda de la infección por el herpes zoster.

Diversos estudios muestran un efecto favorable del tratamiento antivírico (descrito en la **tabla 2**) en la disminución de la duración del brote, y ausencia del dolor en el primer mes. Este efecto es independiente del antivírico utilizado. La decisión de iniciar o no el tratamiento antivírico depende del riesgo del paciente, descrito en la **(tabla 3)**, de desarrollar una neuralgiapostherpética<sup>1-5</sup>.

No existen estudios que concluyan sobre la eficacia de los analgésicos generales en el tratamiento del dolor en la fase aguda de la infección, aunque es lógico esperar un efecto beneficioso. Los analgésicos generales deberán usarse en situaciones de dolor moderado – intenso, manteniendo el tratamiento según la respuesta del paciente **(figura 1)**. Si fuera preciso, se utilizarán los opioides menores como el tramadol.

No se ha objetivado diferencias en el control del dolor al mes de

#### bibliografía

1. Gnann JW Jr, Whitley RJ. **Clinical practice. Herpes zoster.** N Engl J Med. 2002 1;347:340-6.
2. Johnson RW. **Herpes zoster in the immunocompetent patient: management of post-herpetic neuralgia.** Herpes. 2003;10:38-4.
3. Johnson RW, Dworkin RH. **Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia.** BMJ. 2003; 5:326:748-5.
4. Wareham D. **Postherpetic neuralgia.** Clin Evid 2004 Dec;(12):1182-93
5. Mounsey AL, Matthew LG, Slawson DC. **Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management.** Am Fam Physician 2005; 15:72:1075-80.

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



iniciado el cuadro, entre la idoxuridina tópica y el aciclovir<sup>4</sup>. La prednisona asociada durante tres semanas (60 mg/d, 30 mg/d y 20 mg/d en cada semana, respectivamente) a los fármacos antivíricos podría conseguir una reducción de la intensidad y duración del dolor. La utilización de los esteroides debería estar basada en su relación entre el beneficio y el riesgo de efectos secundarios. En cualquier caso, los esteroides no deberían ser usados en el brote agudo sin estar asociados a los antivíricos por el riesgo de diseminación de la infección<sup>1</sup>.

Los antidepresivos tricíclicos, la amantadina, la adenosina monofosfato, la levodopa, los corticoides o la cimetidina, no son eficaces en el control del dolor de la fase aguda<sup>4</sup>.

### **Prevención de la Neuralgia Postherpética**

Ningún tratamiento es eficaz en prevenir la aparición de la neuralgia post-herpética. Los antivíricos han mostrado ser los más eficaces en disminuir el número de pacientes con dolor a los 6 meses de la infección, aunque su eficacia solo es considerada parcial<sup>3,4</sup>.

El fármaco más estudiado es el aciclovir, que presenta un NNT de 6<sup>3</sup>. No existen datos que muestren de forma evidente que existan diferencias entre el famciclovir y el valaciclovir<sup>3-5</sup>. Los datos sobre la eficacia de estos dos antivíricos son contradictorios. Un efecto beneficioso en reducción de la incidencia de neuralgia postherpética, con un NNT (número de pacientes que se han de tratar para conseguir un efecto positivo) de 11, frente a un efecto parcial que solo consigue la reducción del tiempo de dolor y su intensidad<sup>3-5</sup>.

La asociación de antidepresivos tricíclicos, prednisona o del tratamiento tópico con idoxuridina no incrementan el efecto de los antivíricos respecto a la posibilidad de disminuir el desarrollo de una neuralgia postherpética.

### **Tratamiento de la Neuralgia Postherpética**

En la **(tabla 4)** se describe la eficacia general de diversos fármacos sobre la neuralgia post-herpética. Dos tratamientos han mostrado una eficacia clara en la reducción de la intensidad del dolor o en la resolución del cuadro, los antidepresivos tricíclicos y la gabapentina<sup>4-12</sup>. Un efecto potencialmente beneficioso se ha objetivado con el uso de los opiáceos y la capsaicina<sup>3,4,13,14</sup>. Recientemente se ha comunicado que la pregabalina y la duloxetina, también pueden ser eficaces en el tratamiento de la neuralgia post-herpética. No existen suficientes estudios para obtener conclusiones sobre la eficacia de los nuevos antidepresivos<sup>12</sup>.

En la **(figura 2)** se describe un algoritmo para el tratamiento de la neuralgia post-herpética, y en la **(tabla 5)**, las dosis recomendadas de los fármacos co-analgésicos que han mostrado eficacia en el control del dolor. Las modalidades de uso de los opiáceos, y sus dosificaciones, están descritas en el capítulo de tratamiento del dolor oncológico de esta revista.

## NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA

La neuropatía diabética es producto de la evolución de la diabetes mellitus (DM), que aparece después de años de evolución de la DM 1 y 2. En la DM-2 puede aparecer al poco tiempo de ser esta diagnosticada. Existen diversos cuadros clínicos de neuropatía diabética, pero no todos son dolorosos<sup>15-17</sup>.

El arsenal terapéutico disponible para la neuropatía dolorosa son los coanalgésicos que han mostrado eficacia en el control del dolor neuropático<sup>6-12, 15,16</sup>. Estos no difieren de los co-analgésicos efectivos en el tratamiento de la neuralgia post-herpética (**tabla 4 y 5**). La coexistencia de afectación del sistema nervioso autonómico modifica la selección del tratamiento de la neuropatía dolorosa, dada la posibilidad de aparición de efectos secundarios cardiovasculares.

Diversos estudios clínicos y revisiones sistemáticas han mostrado la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en resolver la situación de dolor, o en conseguir una situación de alivio superior al 50%, en el 50-75% de los pacientes. No existen estudios que muestren diferencias de eficacia entre los antidepresivos tricíclicos, aunque se recomienda el uso de la nortriptilina por provocar menos efectos secundarios<sup>6-12,15,16</sup>. Los datos disponibles, procedentes de estudios con bajo número de pacientes, muestran un posible efecto beneficioso del citalopram, la venlafaxina, la paroxetina y la duloxetina. El resto de los antidepresivos IRSS no han mostrado eficacia alguna en el alivio del dolor secundario a neuropatía diabética<sup>6-12</sup>.

Los anticonvulsivantes también han mostrado su eficacia en el control del dolor. Destaca, fundamentalmente, la eficacia de la carbamacepina, y su derivado la oxcarbamacepina, y los gabapentinoides como la gabapentina y pregabalina<sup>6-12</sup>. La gabapentina ha mostrado ser eficaz hasta en un 60% de los pacientes en la resolución o alivio del dolor. Su eficacia se hace más patente con dosis igual o superior a 1800 mg/d<sup>18</sup>.

El tramadol, y otros opioides como la oxicodona, la morfina y la metadona, han mostrado ser eficaces en el control de diversos cuadros de dolor neuropático, y dentro de ellos, en la neuropatía diabética<sup>6,10,15,16</sup>. No se dispone de datos, no obstante, sobre su eficacia comparada frente a los antidepresivos tricíclicos o la gabapentina. El tramadol y otros opioides pueden ser una opción terapéutica en aquellos pacientes que no responden a los antidepresivos o a los anticonvulsivantes, y presentan dolores muy intensos<sup>16</sup>.

En la (**figura 3**) se describe un algoritmo para el tratamiento de la neuropatía diabética dolorosa. En aquellos casos en los que la zona dolorosa no sea amplia, por ej por la presencia de una meralgiaparestésica, se puede optar por ensayar inicialmente un tratamiento tópico con lidocaína al 5%, o capsaicina.

## OTRASNEURALGIAS

Otros cuadros dolorosos neuropáticos pueden aparecer de forma secundaria a traumatismos que afectan al sistema nervioso o enfermedades neurodegenerativas. El esquema terapéutico general obedece a los planteados en la neuralgia postherpética o neuropatía diabética, considerando que el uso de los antidepresivos tricíclicos y la gabapentinapueden aportar un adecuado beneficio a los pacientes.

La *neuralgia del trigémino* representa una de las neuralgias de más difícil control con el tratamiento farmacológico. En el momento actual la mejor evidencia disponible apoya el tratamiento con carbamacepina<sup>19</sup>. Esta es eficaz con un NNT de 3. No obstante, su utilización no está exenta de efectos secundarios, de forma que el NNH (número de pacientes necesarios de tratar para obtener un efecto secundario) es de 3. La asociación de lamotrigina en casos refractarios puede aportar algún beneficio, aunque la evidencia disponible es limitada<sup>19</sup>. No se tienen datos para sacar conclusiones respecto a otros anticonvulsivantes.

## SÍNDROMES DOLOROSOS DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR

### Lumbalgia Crónica

Dentro de los dolores lumbares se diferencian diversos síndromes dolorosos según su tiempo de evolución. En líneas generales, cuando se hace referencia al dolor lumbar crónico se considera que es la lumbalgia crónica inespecífica o de origen desconocido. Las lumbalgias secundarias a entidades concretas, responden usualmente al tratamiento de su causa.

El objetivo del tratamiento (descrito en la **figura 5**), acorde a los mejores resultados disponibles, no es la reducción completa y mantenida del dolor (20). Este objetivo es conseguido excepcionalmente en los pacientes afectados durante un tiempo superior a 1 año.

Puede considerarse que la lumbalgia crónica, junto con la fibromialgia, es el prototipo de dolor osteomuscular crónico con diversos grados de refractariedad al tratamiento. En ella se han ensayado múltiples tratamientos con resultados dispares. Las diferentes opciones terapéuticas ensayadas están descritas en la **(tabla 7)**, y en la **(tabla 8)** se describe su eficacia<sup>7,20-28</sup>.

El tratamiento de la lumbalgia crónica debería seguir un programa de intervención multimodal que incluya<sup>20,29</sup>:

- la farmacoterapia con antidepresivos tricíclicos. El paracetamol será ensayado en casos de dolor leve-moderado, y el tramadol, de forma transitoria, en situaciones de dolores más intensos
- un programa de rehabilitación que incluya ejercicios dirigidos al fortalecimiento de la musculatura lumbar. La instauración

temprana de los programas de rehabilitación puede aumentar su eficacia

- el tratamiento psicológico – conductual que actúa sobre los condicionamientos externos e internos
- la asociación, si procede, de masajes y de la acupuntura

### **Dolor Secundario a Artrosis**

El dolor secundario a artrosis es muy prevalente en la población anciana. Sus consecuencias son el incremento de la incapacidad física y el deterioro de la calidad de vida.

La efectividad de los tratamientos depende de cual sea la articulación afectada. La respuesta analgésica no es igual en la artrosis de rodilla que en la cadera o en el hombro. Los objetivos generales del tratamiento se reseñan en la **(tabla 9)**.

Aunque el ejercicio físico general y específico se considera como el eje del tratamiento del dolor secundario a artrosis, este presenta una mayor eficacia en la artrosis de rodilla que en la de cadera<sup>30</sup>. Igual consideración debe establecerse respecto a la eficacia de la inyección intra-articular de esteroides o ácido hialurónico.

### **Dolor Secundario a Artrosis de Rodilla**

En los episodios de reagudización del dolor son útiles el paracetamol, los AINE tópicos y orales, y la inyección intra-articular de esteroides. El efecto de estas intervenciones es pasajero. Las diferentes opciones terapéuticas están descritas en el **(tabla 10)**.

El paracetamol (dosis de 4 g/d) es más eficaz que el placebo en el tratamiento del dolor y mejoría de la función articular<sup>31-35</sup>. Su efecto, no obstante, es inferior al obtenido con los AINE orales<sup>31,33,34,36</sup>. Su uso se recomienda como primera opción en situaciones de dolor leve – moderado.

Los AINE tópicos pueden ser eficaces en el control de dolores leves – moderados<sup>34,37,38</sup>, aunque para algunos autores la evidencia sobre su eficacia es limitada<sup>33</sup>. Su utilización comparte la primera línea con el paracetamol en el tratamiento del dolor, bien de forma conjunta, o primero los AINE tópicos y posteriormente el paracetamol. Si bien, el uso de la capsaicina tópica está contemplado en algunos algoritmos del tratamiento del dolor secundario a artrosis de rodilla<sup>32,34</sup>, los datos sobre su eficacia no son concluyentes<sup>33</sup>.

Los AINE orales son muy efectivos en el control del dolor agudo, pero su efecto se mantiene durante un periodo corto de tiempo. Ello, asociado a la incidencia de efectos secundarios gastro-intestinales, hace que su uso sea recomendado solo ante la no respuesta a los AINE tópicos o el paracetamol, y en tratamientos de corta duración<sup>32-35,38,39</sup>. No existen datos que permitan comparar la eficacia de los distintos AINE orales, y tampoco existe evidencia que los Coxibs sean más eficaces que los AINE no COX 2-específicos<sup>38,39</sup>. El uso de los coxibs, al igual que el de los AINE asociados a protectores de los efectos gastro-intestinales, no es

coste efectivo en la población general con bajo riesgo para el desarrollo de complicaciones gastro-intestinales. Estas alternativas terapéuticas deberían estar reservadas para pacientes de alto riesgo<sup>38</sup>.

La inyección intrarticular de corticoides origina un control pasajero del dolor. Este se pone de manifiesto a las 24-48 h, pero solo se mantiene durante 3-4 semanas<sup>32,33,35,36,40,41</sup>. Ha de considerarse, no obstante, que la eficacia de los esteroides intra-articulares es difícil de poner de manifiesto dado el efecto beneficioso que también presenta la administración de placebo<sup>41</sup>. Los esteroides intra-articulares se consideran una adecuada opción terapéutica en aquellos pacientes con artrosis de rodilla cuyo dolor no ha respondido a AINE orales, y presentan un dolor moderado – severo<sup>34,41</sup>. No existe evidencia que los esteroides intra-articulares originen efectos deletéreos en el cartílago articular, ni que tengan capacidad para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo<sup>32-36,41</sup>. Su eficacia en la artrosis de cadera no está demostrada<sup>30</sup>.

La eficacia de la administración intraarticular de ácido hialurónico en la artrosis de rodilla es limitada<sup>32,33,35,41,42</sup>, y en la artrosis de cadera no está demostrada<sup>30</sup>. Existen datos que muestran un efecto beneficioso de la viscosuplementación (terapias inyectadas intra-articular) en el control del dolor y mejora de la función durante periodos cortos de tiempo, incluso que es más eficaz la administración de ácido hialurónico que la de esteroides. No existen datos, no obstante, que muestren un efecto beneficioso del ácido hialurónico en la evolución de la artrosis<sup>32,33,35,41,42</sup>.

Aunque existen muchas expectativas sobre la posible utilidad de la glucosamina y del condroitín-sulfato en el control del dolor y modificación de la enfermedad, sus eficacias son muy controvertidas<sup>32-36</sup>, y no existe evidencia de su beneficio en la artrosis de cadera<sup>30</sup>.

## **DOLOR MUSCULAR GENERALIZADO: FIBROMIALGIA Y CUADROS AFINES**

La fibromialgia es una entidad clínica definida por la presencia de dolor muscular crónico asociado a diversos síntomas. Una de sus principales características es que el paciente presenta al menos 11 puntos dolorosos o de tensión positivos de 18 posibles, localizados en las diversas inserciones tendinosas de los músculos superficiales<sup>43</sup>. Los síntomas asociados pueden ser insomnio, fatiga o astenia, y diversos trastornos anímicos. Con elevada frecuencia se asocian la fibromialgia, el síndrome miofascial (especialmente con el dolor temporomandibular crónico), el síndrome de fatiga crónica y el síndrome del intestino irritable<sup>43-45</sup>.

En los distintos cuadros mencionados el dolor muscular crónico generalizado puede ser un síntoma predominante (más en la

fibromialgia y síndromes miofaciales). La eficacia de los diversos tratamientos en esta situación dolorosa es baja, por lo que es preciso un trabajo adecuado con los pacientes para descartar patología psiquiátrica que responda a tratamiento específico o para incrementar la tolerancia a sus "molestias" cuando el tratamiento farmacológico falla.

El tamaño del efecto del tratamiento en los diversos síntomas es moderado<sup>43,44</sup>. No existe una adecuada correlación entre la mejoría del dolor, los otros síntomas de la fibromialgia y la mejoría funcional<sup>44</sup>. En la **(tabla 11)** se describen los diferentes tratamientos ensayados y su eficacia. De todos ellos, los datos disponibles apuntan a un posible efecto beneficioso de la pregabalina y de la duloxetina, aunque se precisan más estudios para obtener conclusiones definitivas<sup>43,44,46</sup>.

