

Antonio Salinas-Martín [Buscar autor en Medline]
Toribio Gonzalez-Guillermo [Buscar autor en Medline]



Síndromes dolorosos

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

En el estudio del dolor es fundamental la correcta identificación de los síndromes dolorosos, para lo cual es preciso clasificarlos, lo cual ha sido considerado una tarea muy difícil por la diferencia de opiniones entre clínicos y científicos a cerca de como realizarlo.

Existen diversas formas de clasificar los tipos de dolor (**tabla 1**). A continuación se describen las más importantes.

1.- Síndromes dolorosos según sus mecanismos fisiopatológicos.

En relación a la fisiopatología se definen cuatro tipos de dolor: el nocioceptivo (somático y visceral), el neuropático y los síndromes regionales complejos (1, 2, 3,4)

En la génesis del *dolor nocioceptivo* se describen dos tipos de receptores sensoriales periféricos: los somáticos y los viscerales. La estimulación de cualquiera de ellos es vehiculizada por el sistema nervioso periférico. En el caso concreto de los receptores viscerales, la conducción es a través del sistema nervioso autónomo (simpático o parasimpático), y sus fibras aferentes primarias se originan en los ganglios raquídeos, alcanzando la médula espinal a través de las raíces dorsales para terminar en la sustancia gris del asta posterior. En la (**figura 1**) se muestra de forma esquemática la transmisión nocioceptiva.

El dolor somático, surge de la estimulación de receptores localizados en las estructuras cutáneas superficiales y musculoesqueléticas profundas (huesos y articulaciones). Sus características se describen en la (**tabla 2**).

El *dolor visceral*, se origina por la estimulación de receptores localizados en órganos y vísceras huecas. Se han encontrado nocioceptores viscerales en corazón, pulmón, tracto respiratorio, testículos, sistema biliar, uréter, útero y tracto gastrointestinal. Sus características se describen en la (**tabla 3**).

El *dolor neuropático* o por "desaferenciación" es el resultado de una

bibliografía

1. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain suppl,1986; 3: S 1 – 226.
2. Benítez del Rosario MA, Perez Suarez MC Fernandez Diaz R, Cabrejas Sanchez A. **Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I)**. Aten Primaria 2002;29: 374-7
3. Hernández Salván J, Planas Roca A, Ruiz Castro M, Fernández Alcantud J. El dolor. Relevancia clínica y social. Criterios etiopatogénicos y clínicos de valoración. Estrategias terapéuticas. Medicine 2005; 9: 3003 – 3011.
4. Payne R, Gonzalez GR. Pathophysiology of pain in cancer and other terminal diseases. En: Doyle D, Hanks G, Cherney N, Calman K, eds. Oxford Texbook of Palliative Medicine, third edition. Oxford- New York: Oxford University Press. 2004: 288 – 298.
5. Foley KM. Acute and chronic cancer pain syndromes. En: Doyle D, Hanks G, Cherney N, Calman K, eds. Oxford Texbook of Palliative Medicine, third edition. Oxford: Oxford University Press. 2004: 298 – 316.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



lesión del sistema nervioso central o periférico. El dolor "central" se refiere al producido por una lesión del cerebro o de la médula espinal. El periférico es el resultado de lesiones nerviosas periféricas. Este dolor es a menudo intenso y es de diferente calidad a los dolores somático y visceral, sus características se describen en la **(tabla 4)**.

El término "*síndrome del dolor regional complejo*" engloba a los antiguamente denominados: distrofia simpática refleja, dolor simpático mantenido, algodistrofia, atrofia de Sudeck-Leriche, etc. Su fisiopatología se caracteriza por la afectación del sistema nervioso simpático. Corresponde a un trastorno doloroso que engloba a un conjunto de procesos que tienen en común un mecanismo fisiopatológico similar y que se caracterizan clínicamente por dolor, trastornos vasomotores y sudoromotores, retraso de la recuperación funcional y presencia de cambios tróficos. Las causas más frecuentes son los traumatismos, que muchas veces pueden pasar desapercibidos (3,4).

2.- Síndromes dolorosos según los patrones temporales del dolor

El dolor también puede ser clasificado sobre una base temporal en agudo y crónico. Esta división incluye además otras diferencias, como son sudistinta modulación neuroquímica, abordaje clínico y respuesta al tratamiento. Sus características clínicas se recogen en la **(tabla 5 y 6)**.

El *dolor crónico* no es una mera extensión temporal del dolor agudo. En el primero se producen cambios bioquímicos a nivel central y periférico, y tiene una gran importancia los mecanismos psicológicos. La presencia de estímulos aferentes crónicos, modifican la bioquímica nerviosa central, con la activación del sistema de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), entre otros. Estas modificaciones pueden llevar a la persistencia de la sensación de dolor aún disminuyendo o desapareciendo el estímulo nociceptivo, o a que se presente dolor ante estímulos que normalmente no son dolorosos, como con el tacto (hiperestesia). Por otra parte, los factores psicológicos participan en la fisiopatología de los sistemas especializados del cerebro, y el dolor está asociado con cambios significativos en la personalidad, estilo de vida y habilidades funcionales del individuo, asociándose con frecuencia depresión y ansiedad, que son la clave para entender la discapacidad asociada a esta situación. Estos pacientes requieren un abordaje terapéutico de la causa del dolor, y los cambios que se producen en el paciente. Debido a lo anterior, existen autores que prefieren hablar de dolor total indicando que el dolor en general y el oncológico en particular es una experiencia compleja donde es posible definir aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales (Saunders 1967). El tratamiento del dolor crónico constituye un reto que requiere del profesional, la cuidadosa valoración de las características clínicas y del distres psicológico así como de las repercusiones funcionales del mismo. (4, 5, 6)

La dicotomía clásica entre dolor agudo y crónico no está tan clara. El *dolor agudo* también está influenciado por las características intrínsecas del paciente, como son sus actitudes, creencias y

personalidad. Por otro lado, no es fácil a priori determinar el espacio temporal de cada enfermedad, si se va a prolongar en el tiempo o si va a seguir un curso fluctuante. Estudios recientes, muestran que también en el dolor agudo se producen cambios bioquímicos y neuronales desde su aparición. Además, hay ciertos dolores agudos que pueden evolucionar rápidamente a dolor crónico.⁷

El término *dolor irruptivo* se emplea en los pacientes con cáncer, para definir y expresar un tipo de dolor que aparece sobre situaciones de dolor agudo o crónico basal. El dolor basal, viene definido por la valor medio de la intensidad de dolor que experimenta el paciente en un periodo de 12 o 24 horas previas. El dolor irruptivo, consiste en un incremento transitorio de la intensidad, de inicio rápido y breve duración, hasta alcanzar el nivel severo, y que ocurre a partir de una línea basal de dolor adecuadamente controlado. En algunos pacientes, este dolor aparece como un marcado empeoramiento del mismo al final del intervalo de la administración regular de la analgesia, en lo que se denomina "dolor final de dosis". En otros, está relacionado con alguna actividad del paciente y se le denomina dolor incidental. Afecta aproximadamente a la mitad de los enfermos con dolor oncológico. (2,5).

3.- Otras formas de clasificación.

Existen otras formas de realizar la clasificación, las cuales se describen en la (**tabla 1**).

4.- Clasificación mixta

Con frecuencia se emplean combinaciones de varias de las clasificaciones anteriormente señaladas. Es el formato que utilizaremos a lo largo del presente trabajo y se recoge en la (**tabla 7**).

DOLOR BENIGNO

1.- Dolor agudo benigno

El dolor agudo constituye la forma más expresiva del dolor. Los mecanismos fisiopatológicos de presentación son los ya descritos de somático, visceral y neuropático. Su intensidad es variable dependiendo de la causa, localización, umbral del dolor, características del paciente, etc. Los principales entidades de este tipo de dolor se describen en la (**tabla 8**).

El paciente politraumatizado se define en la (**tabla 9**), las características del dolor en estos casos en la 10, y el tratamiento antiálgico se describe en la (**tabla 11**). Las características del dolor en grandes quemados se recogen en la (**tabla 12**) y las fases del tratamiento en la 13. El postoperatorio es descrito en la 14. La mayoría de las enfermedades agudas pueden producir dolor. A modo de ejemplo debido a su prevalencia y trascendencia clínica se recogen las enfermedades cardiovasculares que producen dolor en la (**tabla 15**), y en concreto las características del dolor por cardiopatía isquémica en la 16 y de la pericarditis en la 17.

2.- Otros síndromes de dolor agudo y crónico benigno

Distintos síndromes pueden presentarse de forma aguda y luego evolucionar a crónicos.

El dolor crónico benigno más frecuente es el somático, concretamente el dolor osteomuscular y sus causas más frecuentes se recogen en la (**tabla 18**). El dolor visceral es menos frecuente en su presentación crónica. Los dolores neuropáticos con frecuencia presentan fenómenos de cronicidad, con entidades nosológicas específicas como la neuralgia del trigémino, la neuralgia postherpética, la neuralgia asociada a la neuropatía diabética.... etc.

3

2.1.- Dolor de columna vertebral

Este dolor se caracteriza por estar acompañado de un dolor a distancia del foco álgido de origen, el denominado dolor irradiado. Este tipo de presentación clínica se debe, a que la piel tiene una inervación con una representación cortical somato-sensorial precisa, y al origen embrionario común de la piel y del sistema nervioso, con desarrollo de una distribución metamérica, que es la responsable de la irradiación topográfica del dolor. Existen dos tipos de dolor irradiado: el radicular y el referido, y sus características se exponen en la (**tabla 19**)⁹

En la columna vertebral, se puede producir dolorradicular en caso de una radiculopatía por hernia discal o espondilolistesis (6% de los casos de lumbalgias). Más frecuente es un dolor referido, ya sea segmentario por afectación del segmento funcional vertebral, o por afectación miofacial. El segmento funcional vertebral hace referencia a la estructura formada por los componentes de dos vértebras y sus elementos de unión, sin incluir la musculatura (disco, ligamento o articulaciones posteriores); representa el 10% de las lumbalgias. El dolor por afectación muscular-miofacial es extraordinariamente frecuente, y cuadros como la contractura y el esquince lumbar representan el 70 % de los casos de lumbalgia.⁹

Dentro los dolores de la columna, la lumbalgia es el más frecuente, constituyendo tras los procesos respiratorios, la causa más frecuente de consulta en atención primaria y la primera causa de incapacidad laboral. Sus características se describen en la (**tabla 20**), su clasificación en la 21 y sus causas en la 22.¹⁰

2.2.- Síndrome del dolor miofacial

Es un síndrome, ya comentado entre los dolores de la columna vertebral, pero por su especificidad merece ser estudiado de forma separada, y puede considerarse como una definición sindrómica de lo que coloquialmente se denominada "contractura". Con frecuencia viene representado por un dolor regional localizado en la cintura escapular o pélvica. Se caracteriza por la presencia de los puntos gatillo en el espesor del músculo. Estos puntos se definen por la presencia de zonas palpables en el espesor del músculo, como una banda tensa muscular o zona más contraída. Se comportan como zonas hiperirritables, de modo que al ser estimuladas producen una

serie de fenómenos, entre los que se encuentra una respuesta de sacudida y de huida, y un patrón de dolor referido que es característico y específico para cada músculo. Algunos síndromes son frecuentes y fácilmente reconocibles, estando recogidos en la (**tabla 23**).⁹

2.3.- *Fibromialgia.*

El American College of Rheumatology (ARA) define en 1990 una guía para el diagnóstico de fibromialgia cuyas principales características se exponen en la (**tabla 24**) .¹¹

La fibromialgia constituye un desafío importante para el clínico, sobre todo debido a su gran prevalencia. Cerca de un 10% de la población general padece dolores crónicos generalizados, de ellos un 1-2% cumple criterios de fibromialgia si se utilizan los criterios diagnósticos de la ARA, siendo la proporción mayor aún en población mayor de 60 años. Los criterios de la ARA, basados en el dolor y en los "puntos gatillos" se desarrollaron con fines de investigación, y resultan imprecisos en la práctica diaria para el diagnóstico, y algunos de estos puntos no se modifican de manera significativa con el tratamiento.¹¹

2.4.- *Dolor neuropático*

El dolor neuropático merece mención especial por la dificultad para su identificación, sistematización y tratamiento. Tiene una gran variabilidad de presentación y con frecuencia se acompaña de síntomas neurológicos negativos y deficitarios, que pueden hacer más compleja la identificación de los trastornos subjetivos del paciente. Es más difícil de tratar que el dolor nociceptivo, con variabilidad en la respuesta al tratamiento, de forma que esta puede variar en un mismo paciente, y síntomas parecidos pueden responder de forma diferente al mismo tratamiento.¹²

La etiología y su clasificación se recogen en la (**tabla 25 y 26**). A continuación se describen algunos de los síndromes más representativos⁵

2.4.1.-*Neuralgia del trigémino*

La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) la define como "paroxístico, a modo de descarga, generalmente unilateral, breve e intenso y que se localiza en una o más ramas del quinto par craneal". Es la neuralgia craneal más frecuente y afecta sobre todo a mujeres en la quinta década de la vida. La mayoría de las veces la neuralgia es idiopática y no se evidencia una causa estructural. Otras veces existe una causa subyacente, como tumores, siendo los más frecuentes los meningiomas de fosa posterior, o la esclerosis múltiple. La causa más frecuente es la compresión del nervio trigémino, en su entrada en el tronco cerebral, por pequeños vasos sanguíneos.

Las ramas del trigémino se describen en la (**figura 2**), las afectadas más frecuentemente son la segunda y la tercera. Existen zonas "gatillo", alrededor de la boca o la nariz, que al tocarlas desencadenan dolor hasta en un 50% de los pacientes, lo que

sucede habitualmente al comer, hablar o lavarse la cara o los dientes.⁵

2.4.2.- Dolor por Herpes Zóster

Los virus herpes son responsables de varias enfermedades en el hombre, y tienen la capacidad de permanecer en el organismo tras la infección primaria

La infección primaria por el virus varicela – zoster (VVZ) produce la varicela en el niño. En este momento el virus difunde a la sangre y asciende por los ganglios sensitivos hasta el ganglio nervioso de la raíz posterior, donde permanece acantonado. En determinadas circunstancias el virus se reactiva, y se multiplica destruyendo la neurona huésped, para después difundir a través del nervio sensitivo hacia la piel.¹³

El herpes zoster es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por un dolor radicular unilateral y una erupción vesicular limitada a un dermatoma, que se resuelve en un plazo de tres semanas sin complicaciones en la mayoría de los casos. El dolor suele preceder habitualmente en días o semanas a la erupción. Es descrito como una sensación de incomodidad que posteriormente, coincidiendo con la aparición de las lesiones, se incrementa. Los pacientes lo refieren como un dolor profundo o quemante acompañado de un dolor lancinante, recurrente, de más breve duración, así como de parestesias, alodinia e hiperestesia.^{3,13}

La persistencia del dolor más de 4- 6 semanas, tras la cicatrización de las lesiones producidas por el herpes Zóster, constituye lo que conocemos como neuralgia postherpética. El dolor se localiza en el territorio afectado por la infección vírica, es constante y se acompaña de sensación de quemazón y prurito.³

3.- Dolor agudo y crónico en situaciones clínicas especiales

Muchas enfermedades crónicas, incapacitantes y terminales, pueden estar acompañadas de dolor severo. El ejemplo más conocido de esta situación es el cáncer, pero además existen otras, descritas en la (**tabla 27**). Se describen las características del dolor en algunas de ellas, como son el SIDA (**tablas 28, 29, 30**), Esclerosis Múltiple (**tabla 31**), Enfermedad de Parkinson (**tabla 32**), demencia (**tabla 33**), pacientes con enfermedad cerebrovascular - ictus (**tabla 34**), y el dolor central que aparece en los lesionados medulares y cuyas causas se exponen en la (**tabla 35**).⁴

4.- Dolor en grupos especiales de pacientes

4.1.- Dolor en niños sin capacidad de hablar

Hasta hace poco tiempo se admitía que la inmadurez neuroanatómica hacia que los niños fueran poco sensibles al dolor, y que no tenían memoria del dolor. En la actualidad se sabe que en los fetos humanos, los caminos neuroanatómicos necesarios para la percepción del dolor están desarrollados y que los neonatos pueden percibir el dolor. La evidencia disponible sugiere que deben utilizarse analgésicos y anestésicos en aquellos procedimientos y operaciones

que se sabe que son dolorosas en individuos mayores o cuando el niño está respondiendo de una manera que es congruente con la presencia de dolor.^{4,15}

4.2- Dolor en pacientes ancianos

En las personas de más de 65 años aparecen situaciones de dolor crónico con frecuencia, hasta en un 20%. No presentan un aumento del umbral doloroso, pero sí tienen características propias que vienen determinadas por la disminución o pérdida de sus funciones vitales (deterioro mental, disminución de la capacidad visual, sordera, dificultad de expresión, etc.), sociales y familiares que en muchas ocasiones dificultan el diagnóstico y tratamiento del dolor.

16

En todos los casos, pero en el anciano en particular debido a la alta prevalencia de dolor en esta población, ante la aparición de un dolor nuevo o de distinta localización, hay que contemplar la posibilidad de una enfermedad intercurrente.¹⁶

Los trastornos del estado de ánimo se asocian con gran frecuencia a dolor en el anciano, manifestando su dolor en el contexto de cuadros de ansiedad o depresión motivados por alguna alteración en su vida familiar o social, cumpliendo en algunos casos la función de "llamada de atención" hacia las personas que les cuidan con el fin de obtener un mayor grado de atención. Los ancianos con estabilidad personal y familiar tienen significativamente menos dolor y alteraciones psicológicas.¹⁶

Con el envejecimiento se incrementa la sensibilidad a los efectos secundarios de los fármacos con efectos analgésicos como los opiáceos, antidepresivos tricíclicos y anticonvulsionantes; y existe un mayor riesgo de interacciones medicamentosas.⁴

DOLOR MALIGNO- SÍNDROMES DOLOROSOS EN PACIENTES CON CÁNCER

El dolor es un problema muy importante en los pacientes con cáncer, siendo el síntoma más frecuente. La forma más representativa es el dolor crónico, pudiendo ser somático, visceral o neuropático.

El dolor en los pacientes con cáncer ha sido dividido en tres categorías, recogidas en la (**tabla 36**). De forma específica se recogen los síndromes clínicos más comunes en la (**tabla 37**) para las situaciones agudas y en la 38 para las crónicas. A continuación se describen algunos de los síndromes dolorosos más comunes.⁵

1.- del dolor óseo

La afectación tumoral ósea, sea primaria o metastásica, es la causa más frecuente de dolor en los pacientes con cáncer. Aunque más del 25% de los pacientes con metástasis óseas no presentan dolor, y los pacientes con múltiples lesiones refieren dolor en unos pocos sitios.¹⁷

1.1.- Metástasis óseas múltiples

Las metástasis óseas generalizadas causan dolor óseo multifocal.

Las enfermedades malignas hematológicas producen afectación ósea por expansión en la médula ósea, y raramente causan dolor generalizado en contraste a las metástasis óseas; además cuando producen dolor no presentan anormalidades radiológicas.¹⁷

1.2.- Síndromes vertebrales

La infiltración tumoral de las vértebras es una de las causas más comunes de dolor de espalda en los pacientes con cáncer y puede aparecer en la mayoría de los tumores, especialmente mama, pulmón y cáncer de próstata.⁵

En cuanto a localizaciones óseas determinadas, son de especial relevancia los síndromes vertebrales, por presentar características específicas varios de ellos. Más de dos tercios de las metástasis vertebrales están localizadas en la columna torácica, representando la afectación lumbosacral y la cervical un 10 y un 20% respectivamente. Los principales síndromes vertebrales se recogen en la (**tabla 39**)¹⁷

La importancia viene dada por la posibilidad de desarrollar una compresión medular. El dolor del cuerpo vertebral puede preceder los signos neurológicos por un periodo prolongado, de semanas o meses, siendo generalmente de intensidad severa. Por otro lado, el resultado terapéutico de la compresión medular depende de su diagnóstico y tratamiento precoz. El 75% de los pacientes que comienzan tratamiento mientras están deambulando no desarrollarán deterioro neurológico en el futuro. El enfoque diagnóstico ante esta situación se describe en la (**tabla 40**)¹⁷

2.- Dolor visceral

Es la segunda causa de dolor en los pacientes con cáncer.

Entre los distintos órganos que pueden estar afectados tiene especial relevancia el páncreas por presentar aspectos dolorosos únicos al estar asociado a una amplia variedad de síndromes agudos y crónicos, de compleja interpretación por su inervación somática y visceral, y por la variabilidad en la presentación de la enfermedad que se describe en la (**tabla 41**)⁵.

También presenta características especiales el síndrome por distensión hepática. Las estructuras sensitivas en la región hepática incluyen la cápsula hepática, vasos, y el tracto biliar. Las aferencias nocioceptivas inervan esta estructura a través del plexo celiaco, nervio frénico, y los nervios intercostales bajos. Sus características se describen en la (**tabla 42**).¹⁷

3.- Dolor neuropático

La causa más frecuente de consulta neurológica en un hospital oncológico es el dolor para descartar una compresión medular,

seguidas a distancia de la perdida de fuerza y de las alteraciones del estado mental.¹⁸

La afectación neuropática en los tumores puede ir desde la ya mencionada compresión medular, hasta las radiculopatías, plexopatías o mononeuropatías. Además de las neuralgias craneales por metástasis de la base del cráneo o leptomeníges, u otras lesiones resultantes de la afectación de tejidos blandos en cánceres de cabeza y cuello, pudiendo remediar incluso neuralgias del glosofaríngeo o del trigémino.^{5,17}



© Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003