

## Dolor, una percepción compleja

### ¿Qué es el dolor?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”.

El dolor es una percepción compleja, un síntoma subjetivo, por lo tanto difiere enormemente entre las personas que lo sufren, aún entre aquellos que tienen lesiones o enfermedades idénticas. Lo que puede resultar doloroso para una persona puede no serlo para otra (umbral del dolor). Incluso uno mismo puede responder de distinta manera ante idénticos estímulos potencialmente dolorosos en situaciones o momentos diferentes. Un jugador de fútbol que recibe una fuerte patada mientras está disputando la final de una copa es probable que tenga una menor percepción del dolor, o incluso no la tenga, mientras siga disputando el partido y esta aparezca una vez finalizado el encuentro. Es muy posible también que si logra la victoria tampoco lo sienta durante los festejos, así como todo lo contrario puede ocurrirle en caso de la derrota donde el desánimo puede actuar como un factor agravante del dolor.

### ¿Cómo se origina el dolor?

Existe un *estímulo doloroso* que puede ser un agente químico (ej. un ácido), físico (ej. fuego) o mecánico (ej. una aguja) que activa diferentes tipos de receptores especializados en detectar esos estímulos. Estos receptores están distribuidos por todo el cuerpo y conectados con las fibras sensitivas de los *nervios periféricos* encargadas de transmitir las *señales dolorosas* por medio de impulsos eléctricos. Estas arriban al *Sistema Nervioso Central* (médula espinal y encéfalo) donde se produce la percepción consciente del dolor. Todo esto se genera a través de la acción de mediadores inflamatorios (ej. prostaglandinas) y neurotransmisores (ej. glutamato), sustancias químicas endógenas fabricadas por el propio cuerpo, que actúan específicamente en las neuronas especializadas en la percepción del dolor, activándolas. A su vez estas neuronas están conectadas con los centros de percepción del dolor en el cerebro, tronco encefálico y médula espinal. Existen también sustancias fabricadas por el propio cuerpo que actúan como analgésicos naturales y reducen la sensación del dolor, las endorfinas.

Los centros del dolor reciben al mismo tiempo conexiones de neuronas provenientes de distintas áreas del cerebro vinculadas con las sensaciones anímicas y emocionales. Es por esto que la carga emocional juega un rol fundamental en la percepción final del dolor; en el comportamiento, la conducta y la respuesta frente a éste, modificando finalmente el impacto del dolor en el individuo.



### ¿Es un problema frecuente?

Según la Academia Americana de Medicina del Dolor, el dolor afecta a más ciudadanos norteamericanos que la diabetes, la enfermedad coronaria y el cáncer. Los costos anuales para la atención médica de pacientes con dolor van de los 560 a 635 billones de dólares en los Estados Unidos, combinando los gastos en el tratamiento con las pérdidas producidas por el ausentismo laboral, la pérdida del salario y la productividad.

### **Existen distintos tipos de dolor**

Hay diversas maneras de clasificar el dolor, que exceden el objetivo de este artículo. Veamos sencillamente dos de ellas.

De acuerdo a su naturaleza:

- **Dolor Neuropático**: dolor causado por una alteración primaria a nivel del sistema nervioso periférico o central (dolor central). Tiene características particulares > *ardor, quemazón, pinchazos, sensación de que lo atraviesa una lanza, sensación de electricidad, frío o calor inexplicables, dolor frente a estímulos que habitualmente no lo generan (alodinia), respuesta exagerada a estímulos táctiles (hiperestesia, hiperalgesia), sensación desagradable ante estímulos no dolorosos (disestesias)*. El dolor central puede ponerse de manifiesto y estar referido a un miembro amputado, lo que se conoce como dolor de miembro fantasma, un excelente ejemplo del rol del cerebro en los complejos mecanismos del dolor.
- **Dolor Nociceptivo**:
  - **Dolor Somático**: bien localizado, continuo, varía con el movimiento, secundario a estímulos de estructuras somáticas (piel, músculo, hueso). Ej. quemadura, fractura, al cortarse.
  - **Dolor Visceral**: pobremente localizado, continuo, no varía con el movimiento, secundario a la alteración de una víscera u órgano. Ej. dolor abdominal.

A su vez, en función del tiempo hablamos de:

- **Dolor agudo**: mayormente es consecuencia de una enfermedad, inflamación o lesión de un tejido. Tiene una función protectora, nos da aviso que algo está mal y que debemos evitarlo o combatirlo. Este tipo de dolor generalmente aparece abruptamente, por ejemplo, luego de un golpe o una operación, y puede acompañarse o no de ansiedad o angustia emocional. La causa del dolor agudo generalmente puede diagnosticarse y tratarse, siendo autolimitada, o sea que está confinado a un período de tiempo y gravedad dado. En algunas instancias raras, puede convertirse en crónico.
- **Dolor crónico**: no tiene una función protectora y más que un síntoma debe considerarse como una enfermedad. Es un dolor persistente que puede autoperpetuarse por tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia de ella. Puede empeorar mucho debido a factores ambientales y psicológicos, provocando a su vez trastornos del humor, del ánimo, ansiedad, etc. El dolor crónico habitualmente resiste la mayoría de los tratamientos médicos y por lo tanto constituye un verdadero problema de salud.

Ahora bien, si tuviésemos que poner una lista de enfermedades o situaciones clínicas en que el dolor es protagonista debiéramos hablar de una lista interminable, que alfabéticamente iría de la A a la Z sin saltarnos una sola letra y con varios ejemplos por cada una de ellas. El dolor neuropático y el dolor crónico es el que más frecuentemente nos encontramos en el consultorio neurológico. Habitualmente se distribuye en las manos y los pies, pero también puede afectar el resto de los miembros superiores e inferiores, la columna; presentarse luego de un traumatismo, una operación, una infección por virus herpes, relacionado con malas posturas, etc.

### **¿Cómo se diagnostica el dolor?**

La primera pregunta que el médico debe plantearse ante un paciente con dolor es ¿por qué le duele?, ¿cuál es la causa del dolor? En este punto el neurólogo cumple un rol fundamental.

Debe realizarse un ***interrogatorio exhaustivo***, esto requiere tiempo, para preguntar y escuchar al paciente. Debe conocerse: la forma de aparición, evolución, carácter, intensidad, localización e irradiación, síntomas asociados, impacto del dolor en la vida cotidiana, importancia y significado del dolor para ese paciente. Inexorablemente el interrogatorio debe ir seguido de un completo ***examen físico y neurológico***.

Luego, se utilizan diversas herramientas para la evaluación y seguimiento del paciente con dolor como las *Escalas de Intensidad*: escalas numéricas, escalas descriptivas verbales, escalas visuales analógicas; y *Cuestionarios*.

Es importante tener presente que no hay manera de medir objetivamente cuanto dolor tiene una persona. La intensidad del dolor no puede calcularse con instrumentos precisos. No puede mostrarse, ubicarse o verse por medio de estudios de imágenes u otros estudios. Todos los *exámenes complementarios* que se realicen en el paciente con dolor estarán orientados a establecer la causa del dolor (Resonancia Magnética, Electromiograma, Velocidades de Conducción, QST –quantitative sensory testing-, etc.)

### ***¿Cómo se trata?***

Todo tratamiento exitoso del dolor comienza con un adecuado diagnóstico.

El tratamiento del paciente con dolor va a tener dos pilares: 1) el tratamiento de la causa o enfermedad de base; y 2) el tratamiento para aliviar el síntoma.

El tratamiento de la enfermedad de base va a depender de su origen. En el caso de una neuropatía autoinmune va a requerirse el tratamiento con inmunoglobulinas o plasmaféresis, en caso de una vasculitis el uso de corticoesteroides, en determinados casos será necesario la realización de algún procedimiento quirúrgico mayor o mínimamente invasivo. Para el alivio del dolor existe una extensa lista de medicamentos y corresponderá la indicación de uno/s u otro/s de acuerdo a cada caso en particular. Esta lista va desde los analgésicos o antiinflamatorios comunes (aspirina, paracetamol, ibuprofeno, diclofenac, etc.) hasta los opiáceos (morfina y derivados), anestésicos u otros. Los bloqueos radiculares son procedimientos mínimamente invasivos que habitualmente combinan corticoesteroides con anestésicos y en ocasiones también tienen utilidad diagnóstica.

En todos los casos, el dolor neuropático responde muy bien a tratamientos diseñados para tal fin como el gabapentin, la pregabalina, la duloxetina, amitriptilina y otros antidepresivos.

Todo tratamiento médico o quirúrgico debe ir acompañado de un adecuado plan de rehabilitación kinesiológica y fisioterapia, al mismo tiempo que puede ser necesario el apoyo psicoterapéutico.

**Dr. Agustín Jáuregui**  
**Neurólogo**

**Unidad de Enfermedades Neuromusculares**  
**Instituto de Neurociencias. Fundación Favalaro**  
**Jefe de Trabajos Prácticos de Neurología. Universidad Favalaro**