



SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA



***“Más allá de lo visible: lo que
no vemos del dolor
neuropático”***

***Dra. Verónica Fleitas
Neuróloga***





neuropathic pain

Search

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save

Email

Send to

Sort by:

Best match

Display options

MY CUSTOM FILTERS

62,050 results

<< < Page 1 of 6,205 > >>

RESULTS BY YEAR



PUBLICATION DATE

☐ **Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment.**

1 Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS.

Cite Physiol Rev. 2021 Jan 1;101(1):259-301. doi: 10.1152/physrev.00045.2019. Epub 2020 Jun 25.
PMID: 32584191 **Free article.** Review.

Neuropathic pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system is a common chronic **pain** condition with major impact on quality of life. Examples include trigeminal **neuralgia**, painful polyneuropathy, postherpetic **neuralgia**, an ...

☐ **Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment.**

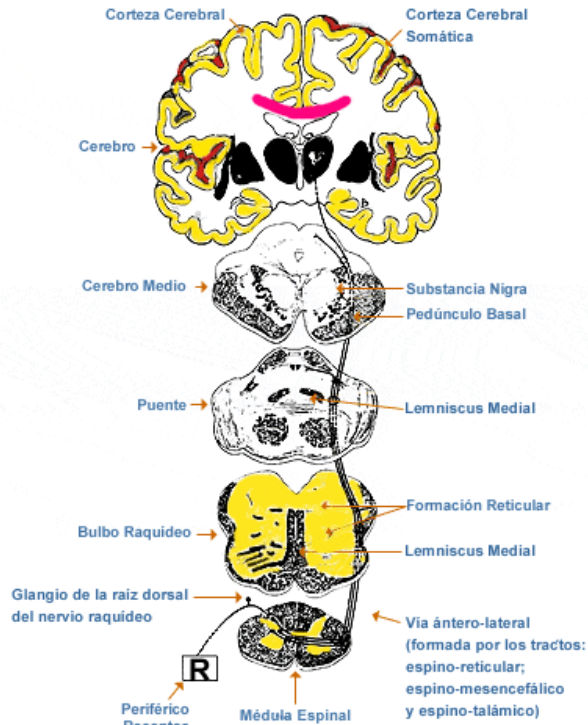


**No todo lo que duele
tiene una herida que
podamos ver.
“ Pero el cerebro sí la
siente.”**



El dolor neuropático, es definido por la IASP (2007) como "el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somato sensorial"





Dolor Neuropatico . Datos

- 7 a 10% en población adulta general
- 20% del dolor crónico es neuropático.
- 34% radiculopatía de la columna lumbar
- 30% polineuropatía diabética
- 10% neuralgia del trigemino
- 8 % neuralgia post herpética
- 6 % neuralgia post qx

Son las causas más comunes de dolor neuropático
periférico en la población general



Recuadro. Clasificación del dolor neuropático*.

Dolor neuropático periférico

Nervio periférico,
Plexos nerviosos
Raíz med dorsal

- Polineuropatía dolorosa crónica
- Radiculopatía dolorosa crónica
- Neuralgias posherpéticas
- Dolor postraumático/postlesional
- Dolor después de la amputación (dolor del muñón y del miembro fantasma)
- neuralgia del trigémino

Dolor neuropático central

Médula espinal
y/o cerebro.

- Dolor asociado a la EM (esclerosis múltiple)
- Dolor neuropático después de un accidente cerebrovascular (dolor «post-accidente cerebrovascular»)
- Dolor después de una lesión de la médula espinal (dolor post-LM)



9%



6%



Cuando pienso que los síntomas podrían
corresponder a un dolor neuropático???



Objetivo



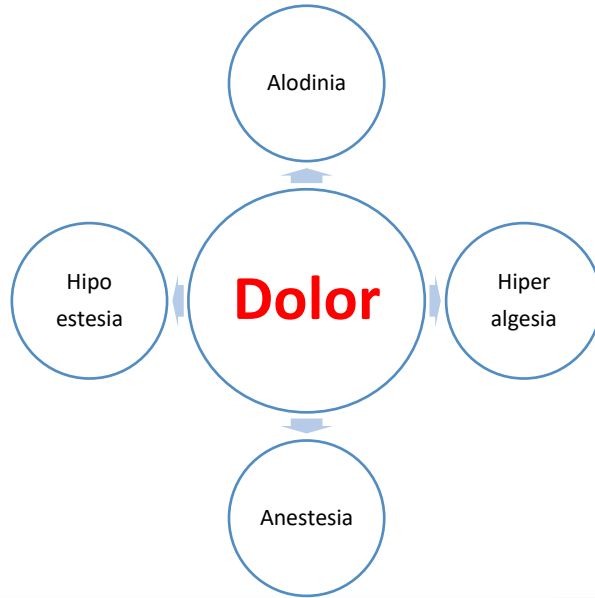
Subjetivo



"Subjetivo" significa que algo está basado en sentimientos, opiniones, gustos o interpretaciones personales en lugar de hechos objetivos.



Síntomas



Electrizante

Tenebrante

Quemante

Punzante



Diagnostico

- Anamnesis
 - Examen físico
 - Analisis laboratoriales
 - Test : DN4 . Lanss . Pain detect
 - EMG
-
- **Estudios en relación a diagnósticos diferenciales**



Cuestionario DN4

para diagnóstico de dolor neuropático

Siga los siguientes pasos para aplicar el cuestionario.

Instrucción: complete el cuestionario marcando una respuesta en cada pregunta.

Paso 1. Pregunte al paciente

Pregunta 1.

¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

- | | Sí | No |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Quemazón | ☐ | ☐ |
| 2. Sensación de frío doloroso | ☐ | ☐ |
| 3. Descargas eléctricas | ☐ | ☐ |

Pregunta 2.

¿Se asocia el dolor a uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

- | | Sí | No |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Hormigueo | ☐ | ☐ |
| 5. Sensación de alfileres o agujas | ☐ | ☐ |
| 6. Entumecimiento | ☐ | ☐ |
| 7. Picaón o comezón | ☐ | ☐ |

Paso 2. Examine al paciente

Pregunta 3.

¿En el área del dolor, el examen físico muestra un o más de las siguientes características?

- | | Sí | No |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Hipoestesia al tacto | ☐ | ☐ |
| 9. Hipoestesia a los pinchazos | ☐ | ☐ |

Pregunta 4.

En la zona del dolor, el dolor puede ser causado o incrementado por:

- | | Sí | No |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Cepillado o toque de algodón | ☐ | ☐ |

Puntaje total /10

Un puntaje de 4/10 tiene una sensibilidad de 80,5% y una especificidad de 88,4% para diagnóstico de dolor neuropático.



Iniciar tratamiento lo antes posible!!





Save

Email

Send to

Sort by:

Best match

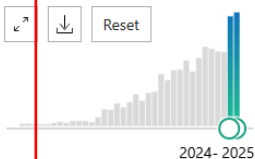
Display options

MY CUSTOM FILTERS

316 results

<< < Page 1 of 32 > >>

RESULTS BY YEAR



PUBLICATION DATE

☐ 1 year

☐ 5 years



An ACC-VTA-ACC positive-feedback loop mediates the persistence of **neuropathic pain** and emotional consequences.

1

Cite

Song Q, Wei A, Xu H, Gu Y, Jiang Y, Dong N, Zheng C, Wang Q, Gao M, Sun S, Duan X, Chen Y, Wang B, Huo J, Yao J, Wu H, Li H, Wu X, Jing Z, Liu X, Yang Y, Hu S, Zhao A, Wang H, Cheng X, Qin Y, Qu Q, Chen T, Zhou Z, Chai Z, Kang X, Wei F, Wang C.

Nat Neurosci. 2024 Feb;27(2):272-285. doi: 10.1038/s41593-023-01519-w. Epub 2024 Jan 3. PMID: 38172439

The central mechanisms underlying **pain** chronicity remain elusive. Here, we identify a reciprocal neuronal circuit in mice between the anterior cingulate cortex (ACC) and the ventral tegmental area (VTA) that mediates mutual exacerbation between hyperalgesia and allodynia a ...



Chronic **Neuropathic Pain** and **Comorbid** Depression Syndrome: F



Mas alla del dolor

- Depresión 40- 60%
- Ansiedad 30-50%
- Mala calidad del sueño 30 -40%
- Trastorno de pánico 20%
- Irritabilidad y aislamiento social 15%





Tipo de fármaco	Características	
Tópicos		
1ª Línea en DNL	-Lidocaína en parche -Lidocaína gel -Capsaicina en parche o tópica -Toxina botulínica A	
Sistémicos		
1ª Línea	Antidepresivos	Tricíclicos: Amitriptilina-Imipramina Duales: Duloxetina-Venlafaxina
	Nuromoduladpres (Gabapentinoides)	Gabapentina-Pregabalina
2ª Línea	Opioides 1ª Línea si EVA >7	Lib rápida: Tramadol-Morfina Lib Lenta: Oxicodona-Metadona Transdérmicos: Buprenorfina-Fentanilo
3ª Línea	Anticonvulsivantes	Carbamazepina-Oxcarbazepina Lamotrigina
	Otros	Cannabinoides, Mexiletina, Ketamina



First-Line Treatments for Neuropathic Pain.

Treatment Class	Specific Medications	Dosage	Mechanism of Action	Indications	Side Effects
Gabapentinoids	Gabapentin	1200–3600 mg/day	Target $\alpha 2\delta$ subunit of voltage-gated calcium channels, decreasing neuronal excitability	Diabetic neuropathy, postherpetic neuralgia, spinal cord injuries	Sedation, dizziness, risk of misuse and abuse
Gabapentinoids	Pregabalin	300–600 mg/day	Same as gabapentin, with more predictable absorption and faster onset	Same as gabapentin	Similar to gabapentin
Tricyclic Antidepressants (TCAs)	Amitriptyline, Nortriptyline	25–150 mg/day	Inhibit serotonin and norepinephrine reuptake	Cryptogenic sensory polyneuropathy	Anticholinergic symptoms
Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)	Duloxetine, Venlafaxine		Prevent reuptake of serotonin and norepinephrine	Diabetic neuropathy	More favorable side effect profile than TCAs



No olvidemos que tratamiento no solo implica tomar medicación !



Otras aspectos del tratamiento

- Fisioterapia
- Cambios en el estilo de vida
- Terapia psicológica



Otras intervenciones para el dolor

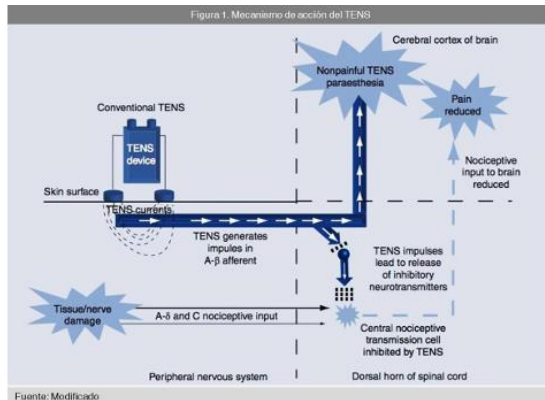
Non-Pharmacologic and Procedural Treatments for Neuropathic Pain.

Intervention	Description	Mechanism of Action	Applications
Spinal Cord Stimulation (SCS) [22,23]	Epidural implantation of electrodes	Activates large-diameter A β fibers to inhibit nociceptive C-fibers	CRPS, failed back surgery syndrome, peripheral neuropathy
Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) [21]	Non-invasive electrical stimulation via surface electrodes	Stimulates A β fibers to inhibit C-fiber input, reduces central sensitization	Localized pain
Other Interventions	Intrathecal drug delivery, surgical decompression	Various	Refractory cases



Tens

- No implica suspensión de fármacos
- Se utiliza como opción terapéutica
- Buenos resultados , publicaciones en aumento en neuropatía diabética



Dubinsky RM, Miyasaki J. Assessment: efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010 Jan 12;74(2):173-6. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181c918fc. Epub 2009 Dec 30. PMID: 20042705.



Dolor de origen central

Tabla 1. Fármacos con grado de recomendación fuerte basada en la clasificación **GRADE**. (Adaptado de ref. 2).

Dosis diaria total y posología		Recomendaciones
Grado de recomendación: fuerte		
Pregabalina	300-600 mg, en dos tomas	Primera línea
Gabapentina	1.200-3.600 mg, en tres tomas	Primera línea
Gabapentina de liberación retardada	1.200-3.600 mg, en dos tomas	Primera línea
Inhibidores de recaptación de serotonina-noradrenalina (duloxetina)	60-120 mg (duloxetina), una vez al día	Primera línea
Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)	25-150 mg, una vez al día o en dos tomas	Primera línea



Mensajes para llevar

- Si no pensamos .. No lo diagnosticamos.
- Si no lo diagnosticamos .. No lo tratamos.
- Entender que el manejo de la patología es multidisciplinario y que esto es una de las claves para una mejor adherencia al tto.
- Corregir el factor etiológico si lo hay es fundamental.
- Recordar que “El dolor neuropático rara vez viaja solo. ”A menudo lo acompañan la depresión, la ansiedad, el insomnio y la pérdida del sentido de control.





“Paseaba por el camino con dos amigos; el sol se estaba poniendo. De pronto, el cielo se tiñó de rojo sangre. Me detuve, exhausto, y me apoyé en la baranda. Sentí un grito atravesar la naturaleza; me pareció oír el grito infinito que recorría el mundo.”, así como algunas veces ese grito me recorre a mí

Edvard Munch