

Dolores en reumatología, aspectos fisiopatológicos, medios de evaluación, medios terapéuticos

P. Vergne-Salle
 R.-M. Grilo
 P. Bertin
 C. Bonnet
 D. Coyral
 S. Perrot
 R. Trèves

Resumen. – El dolor es el principal motivo de consulta en reumatología. Más de la mitad de los dolores crónicos afectan al aparato musculoesquelético. Tradicionalmente se distinguen dos mecanismos fisiopatológicos: el dolor por exceso de estimulación nociceptiva (estimulación anormal de los nociceptores periféricos en un sistema nervioso normal) y el dolor neuropático (lesión del sistema nervioso, origen de los fenómenos dolorosos). Esta dicotomía no siempre es real, y muchos dolores, sobre todo en reumatología, son mixtos. La etapa inicial consiste en una evaluación lo más completa posible de un síntoma subjetivo. En caso de dolor agudo, la evaluación se basa en escalas globales (visual analógica, verbal y numérica) que deben repetirse para poder adaptar rápidamente el tratamiento. En caso de dolor crónico, síntoma de una afección crónica o que se ha vuelto autónoma (dolor enfermedad), la evaluación es más compleja y multidimensional, e intervienen componentes de discriminación sensorial, afectivos y emocionales, cognitivos y de conducta; de igual manera, intervienen el contexto familiar y el sociolaboral. Cuando es posible, el control terapéutico se basa en el tratamiento etiológico, así como en los tratamientos sintomáticos del dolor con analgésicos, coanalgésicos y tratamientos antálgicos no medicamentosos. Los dolores provocados por exceso de nocicepción responden a los analgésicos. En cambio, los dolores neuropáticos o mixtos precisan, en la mayoría de los casos, la asociación de coanalgésicos, de ahí que resulte relevante identificar el componente neuropático. En los dolores crónicos, a veces hay que asociar varios tratamientos, técnicas no medicamentosas y también psicoterapia. Este artículo no pretende abordar toda la terapéutica reumatológica. Sus objetivos consisten en analizar los mecanismos fisiopatológicos del dolor, insistir sobre la relevancia de la evaluación, ver el tratamiento sintomático de los dolores intensos o rebeldes mediante reglas prácticas de prescripción de analgésicos y, por último, subrayar la gravedad de los dolores neuropáticos en reumatología, así como su tratamiento específico.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Dolor nociceptivo; Dolor neuropático; Fisiopatología del dolor; Escalas de evaluación del dolor; Analgésicos; Opioides; Morfina

Introducción

El dolor es el principal motivo de consulta en reumatología. En la actualidad se conocen mejor sus mecanismos, si bien aún persisten algunas dudas. Todas las estructuras del aparato locomotor, articulaciones, huesos, tendones,

ligamentos y músculos pueden estar implicados. Hay que distinguir las causas anatómicas de los mecanismos fisiopatológicos. Al comienzo del dolor, los receptores o, mejor dicho, las terminaciones libres de las fibras nerviosas situadas en cada una de las estructuras anatómicas, son estimuladas; los nociceptores (mecánicos y polimodales) se activan por numerosos estímulos: inflamación, traumatismo, infección, compresión, etc. De estos receptores periféricos salen fibras nerviosas que luego entran en la médula espinal por el asta posterior y después recorren las vías ascendentes espinales y supraespinales hasta los centros cerebrales, donde se integra el dolor. Puede medirse, por tanto, el extraordinario y complejo camino recorrido por el dolor, que es una variable subjetiva. Su evaluación permite cuantificarlo, o más bien, objetivar una modificación inducida por el tratamiento, que de esta forma, sobre todo en el dolor agudo, se puede ajustar rápidamente. La evaluación del dolor crónico trata de comprender todas las

P. Vergne-Salle (Maître de conférence des Universités, praticien hospitalier)

Adresse e-mail: pascal.vergne-salle@chu-limoges.fr

R.-M. Grilo (Chef de clinique-assistant).

P. Bertin (Professeur des Universités, praticien hospitalier).

C. Bonnet (Praticien hospitalier).

D. Coyral (Chef de clinique-assistant).

Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges, France.

S. Perrot (Praticien hospitalier).

Service de rhumatologie, Hôpital Cochin, 27, rue du faubourg Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France.

R. Trèves (Professeur des Universités, praticien hospitalier).

Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges, France.

vertientes del dolor, y sobre todo de «lo doloroso». No se puede ignorar el conjunto de factores o de repercusiones que el dolor causa al paciente.

La terapéutica es mucho más amplia de lo que se pueda imaginar, y los medios son numerosos. Aún se desconocen los distintos tratamientos y sus indicaciones. Este artículo no pretende abordar la terapéutica en reumatología. Los tratamientos etiológicos o los tratamientos de fondo deben iniciarse de inmediato y se detallan en los artículos correspondientes de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Los objetivos son:

- estudiar el dolor reumatológico de forma sintomática, sobre todo en caso de dolores agudos intensos (con los que se puede lograr un alivio muy rápido) y en caso de dolores crónicos difíciles de tratar, para los que el tratamiento etiológico es insuficiente o no existe;
 - revisar las recomendaciones para la prescripción de analgésicos periféricos y centrales;
 - insistir en la relevancia del mecanismo neuropático de los dolores en el ámbito de la reumatología y ver su tratamiento;
 - subrayar el carácter multifactorial de los dolores crónicos y, por tanto, la necesidad de un tratamiento multidisciplinar.
- Según la Asociación internacional para el estudio del dolor, la definición del dolor es la siguiente: «el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, relacionada con una lesión tisular real o potencial». Esta definición permite describir la experiencia dolorosa con todos sus componentes:
- el componente de discriminación sensorial; es lo que el paciente *siente*, es decir, la localización, la calidad (pinchazo, quemazón, etc.), la intensidad y la duración;
 - el componente afectivo y emocional; es el modo en que el paciente *siente* su dolor (pesado, extenuante, intolerable, etc.); es la repercusión sobre la afectividad y la emoción (angustia, ansiedad, depresión);
 - el componente cognitivo; es lo que el dolor significa para el paciente o el lugar que éste le atribuye en su vida; aquí intervienen nociones de educación, culturales, sociales, etc.;
 - el componente de conducta; es la expresión de su dolor mediante manifestaciones motoras, verbales, no verbales, conscientes o no, con una posible repercusión vegetativa.

Tradicionalmente, se separa el dolor agudo del dolor crónico. El dolor agudo es aquél que ha aparecido hace menos de 3 meses. En general, se debe a un exceso de nocicepción y es el síntoma de una afección que hay que diagnosticar y luego tratar. Tiene una función de alarma, protectora de la integridad del organismo. El dolor crónico o dolor-enfermedad, definido arbitrariamente como un dolor con más de 6 meses de evolución, se acompaña de una enfermedad crónica (poliartritis reumatoide o artrosis) o persiste después de la curación de la enfermedad causal. En este caso, más que de descubrir la enfermedad causal, se trata de reconocer y evaluar los diferentes factores que intervienen en el mantenimiento del dolor y que han modificado las características del dolor inicial. Por tanto, hay que realizar una *evaluación multidimensional de un síndrome doloroso multifactorial* e intentar responder a tres preguntas: el tipo exacto del dolor (mecánico, inflamatorio), el mecanismo algógeno (exceso de nocicepción, mecanismo neuropático) y la parte respectiva de los distintos componentes de este síndrome doloroso crónico.

Mecanismos fisiopatológicos del dolor

La transmisión del dolor es un fenómeno complejo en el que intervienen mecanismos electrofisiológicos y neuroquímicos y que consta de tres etapas sucesivas:

- elaboración del impulso en el nociceptor y su paso a la fibra nerviosa aferente periférica;
- entrada y modulación en el asta posterior de la médula (convergencia, amplificación, bloqueo de los impulsos);
- integración en el cerebro, que lo transforma en mensaje consciente: sensación precisa, y repercusión emocional y afectiva.

En cada etapa, existen mecanismos de amplificación del impulso (sensibilización), pero también de freno fisiológico, de los que sale un mensaje que llega al cerebro, donde se integra como *dolor* [30].

MECANISMOS PERIFÉRICOS

■ Fibras aferentes

Los nervios periféricos transmiten el mensaje nociceptivo. Se pueden distinguir tres grupos de fibras que constituyen las neuronas primarias o «aferencias primarias»:

- las fibras Aa; son de gran diámetro, están mielinizadas y conducen rápidamente el impulso nervioso (30-120 m/seg); codifican las informaciones táctiles y propioceptivas;
- las fibras Ad, poco mielinizadas y de pequeño diámetro, conducen el impulso nervioso a una velocidad media (4-30 m/seg);
- las fibras C no poseen vaina de mielina, son de diámetro muy pequeño y, por tanto, conducen el impulso nervioso muy lentamente (0,4-2 m/seg) [43, 69]; estas fibras son muy numerosas, ya que representan el 60-90% del conjunto de las fibras aferentes viscerales.

Sólo las fibras Ad y C codifican las informaciones nociceptivas y térmicas, pero no de manera exclusiva, ya que algunas pueden activarse con estímulos mecánicos de umbral bajo y, por tanto, no dolorosas [27, 33]. Debe destacarse que el 20% de las fibras C son fibras simpáticas posganglionares eferentes.

Los nociceptores son receptores sensoriales, estructuras celulares especializadas que juegan un papel de interfase entre la energía física del estímulo y el sistema sensorial. Codifican la información dolorosa. El nociceptor no tiene una estructura histológica individualizada, y los mensajes nociceptivos se generan en las terminaciones libres de las fibras Ad y C, que son los verdaderos lugares de transducción. Los nociceptores se pueden activar por una gran variedad de estímulos capaces de crear una lesión tisular.

Los termnociceptores responden a los estímulos térmicos y permiten percibir la sensación de frío por activación de las fibras Ad y C, mientras que la percepción del calor sólo se obtiene por estimulación de las fibras C. Los quimiorreceptores responden a estimulaciones químicas, en especial a la acción de sustancias algógenas producidas por la lesión tisular. En esta «sopa» inflamatoria tisular, las sustancias directamente algógenas son: la bradicinina, la serotonina, los iones de potasio y el hidrógeno. Las prostaglandinas y los leucotrienos son sustancias poco algógenas en sí mismas, pero tienen un papel fundamental,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9264077>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9264077>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)