



RESED

Revista de la Sociedad Española del Dolor

CARTAS AL DIRECTOR

Aclaraciones sobre el artículo “Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura)”

DOI: 10.20986/resed.2019.3723/2019

Sr. Director:

Sobre el citado artículo (1), desde el Grupo de Trabajo (GT) de Dolor Neuropático (DN), en primer lugar queremos felicitar a los autores por el trabajo de revisión realizado, si bien nos gustaría hacer unas aclaraciones al respecto. Como bien dice el dicho popular, “quien mucho abarca poco aprieta” y este artículo pretende abarcar un tema muy extenso. Los autores intentan hacer un compendio, desde la definición hasta el abordaje. En este sentido, el artículo no deja claras algunas evidencias ni recomendaciones que queremos matizar.

Extrañamos que se usen solo dos topónimos para una búsqueda altamente sensible. Utilizando la misma búsqueda en PubMed MESH (“Pain Management”[Majr]) AND “Neuralgia”[Mesh]) el GT-DN encuentra 226 resultados. En Google Scholar (base de datos que no mencionan) aparecen > 9000 resultados. Nos preguntamos cuáles fueron los criterios para la selección. Aunque los 45 se alejan sustancialmente de los 226, nos gustaría preguntar a los autores por las razones de la no selección de los 9 restantes que, al no estar citados, no podemos comprobar. En este sentido, nos gustaría apuntar algunas guías clínicas que consideramos si deberían haberse incluido debido a su relevancia (2-5).

Respecto a la definición del DN, es importante concretarla sin englobarla en una definición más general del dolor. En el apartado de las escalas echamos en falta el cuestionario IDpain y queremos recordar que tanto la escala DN4 como la clásica de LANSS no son totalmente autoadministradas, ya que requieren la exploración por parte del profesional sanitario. Aunque existen modelos autoadministrados de ambas, su sensibilidad y especificidad varían de las tradicionales. Además, aconsejamos referenciar las validaciones en español, ya que el artículo está hecho teniendo en cuenta el ámbito hispanoparlante.

En los objetivos de tratamiento, al GT-DN le gustaría resaltar la importancia de no valorar solo la escala EVA, e incluir y trabajar en la definición de los PROMS (resultados de salud reportados por el paciente, por sus siglas en inglés) como son los cambios en la funcionalidad y calidad de vida. Puntualizar que el tramadol solo es primera línea en el dolor agudo en la guía NICE (6), no siendo primera opción en el dolor crónico, como los propios autores comentan después en las conclusiones. Echamos de menos que en la tercera línea de tratamiento entre los opioides potentes no aparezca la morfina, opioide de referencia y con estudios en DN. Respecto a los tratamientos tópicos, tanto la capsaicina al 8 % como la lidocaína están situadas en las guías

en el mismo nivel de evidencia. Solo dos artículos sitúan la lidocaína como primera línea de tratamiento, pero ninguna guía. En algunas patologías como la neuropatía por VIH, la capsaicina es el único tratamiento que ha demostrado eficacia, siendo en la actualidad la única aprobada para todo el DN periférico (DNP) (5). A pesar de ello, coincidimos con los autores en las ventajas de los tratamientos tópicos que, aunque tienen una evidencia menor, en pacientes frágiles sí son de primera elección. Por otra parte, en el apartado de resultados hay una discrepancia con la ficha técnica del parche de capsaicina. La aplicación es durante máximo una hora, con un intervalo de 12 semanas (5). Finalmente, sobre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/noradrenalina, se les posiciona correctamente en el DNP pero no aparecen en el central, y sí de forma confusa en el apartado final de conclusiones (1).

Los autores unifican el DN localizado con la neuralgia del trigémino (NT), cuando esta es una entidad aparte que puede tener origen central. La NT tiene líneas de tratamiento diferentes, como muy bien apuntan los autores, siendo la carbamacepina su primera indicación, pero dirigiendo en la segunda y tercera con otros fármacos de menor evidencia, como la oxcarbacepina, eslicarbacepina, baclofeno, etc. Consideramos, además, imprescindible nombrar la radiofrecuencia del ganglio de Gasser como tratamiento intervencionista con excelentes resultados en la NT.

Entendemos que es difícil sintetizar un tema tan amplio como el intervencionismo en un artículo, pero no podemos excluirlo. El intervencionismo da para otro artículo de revisión, debiendo estructurarse por patologías o por tipos de intervencionismo. Por ejemplo, la toxina botulínica, siendo una terapia intervencionista y no tópica (1); o los bloqueos simpáticos, que solo podrían tener cabida en algunas patologías como el síndrome de dolor regional complejo (SDRC). Sin embargo, la radiofrecuencia, que tampoco se menciona (1), está recomendada en otras patologías (2,3). Puntualizamos que los bifosfonatos utilizados, y con evidencia sólida, en el SDRC no son un tratamiento intervencionista sino farmacológico (4). En definitiva, reconociendo el esfuerzo realizado para lograr sintetizar un tema tan extenso y complejo como el DN, nos gustaría haber podido matizar algunos aspectos del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

A. Serrano Afonso^{1,2,3}, **C. Pérez Hernández**^{1,2,4},
R. Gálvez Mateo^{1,2,5}, **M. D. Ochoa Mazarro**^{1,4,6},
A. Navarro Sigüero^{1,7,8} y **E. Paramés Mosquera**^{1,2,9}

¹Grupo de Trabajo de Dolor Neuropático de la SED. ²Anestesiología y Reanimación. ³Hospital Universitario de Bellvitge. ⁴L'Hospitalet de Llobregat,

Barcelona. ⁴Hospital de la Princesa. Madrid. ⁵Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Granda. ⁶Farmacología Clínica. ⁷Medicina de Familia y Comunitaria. ⁸Centro de Salud Puerta del Ángel. Madrid. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense

Correspondencia: Añcor Serrano Afonso
a.serrano@bellvitgehospital.cat

BIBLIOGRAFÍA

1. Rincón Carvajal AM, Olaya Osorio CA, Martínez Rojas S, Ibatá Bernal L. Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura). *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(6):349-58. DOI: 10.20986/resed.2018.3673/2018.
2. Manchikanti L, Falco FJ, Singh V, Benyamin RM, Racz GB, Helm S, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part I: introduction and general considerations. *Pain Physician* 2013;16(2 Suppl):S1-48.
3. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Benyamin RM, Boswell MV, Buenaventura RM, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. *Pain Physician* 2013;16(2 Suppl):S49-283.
4. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Medicine* 2013;14(2):180-229. DOI: 10.1111/pme.12033.
5. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology* 2010;17(9):1113-e88. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.
6. The National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings | Guidance and guidelines | NICE [Internet] [visitado el 04 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>

Réplica de los autores

Sr. Director:

En relación con la carta titulada: "Aclaraciones sobre el artículo 'Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura)'", queremos hacer las siguientes precisiones.

Primero agradecemos los comentarios citados, ya que nos retroalimentan a todos, y gracias por tomarse el tiempo y la dedicación para leerlo con tanto esmero y análisis científico. Iniciaremos las aclaraciones.

En primera instancia, la búsqueda elaborada no fue sistemática, es decir, no es reproducible, y aunque se incluyeron varios buscadores, se hizo énfasis en los recopiladores de guías: American Academy of Neurology, Canadian Pain Society, EFNS (Federación Europea

de Sociedades Neurológicas), NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) y RLDN (Red Latinoamericana de Dolor Neuropático). Es importante mencionar que algunas de las guías de práctica clínica (GPC) que nos sugieren no fueron incluidas (1,2) por corresponder a temas altamente específicos fuera del objeto de esta revisión, por lo que se consideró con los expertos que la información obtenida de las referencias seleccionadas, cuya fecha de desarrollo y publicación son en su mayoría más recientes, era suficiente para el artículo. Además, una de las guías sugeridas no se encuentra dentro de la ventana de observación (2012 a 2017) (3).

Adicionalmente, nuestra población médica objeto eran los médicos generales; el objetivo era suministrar una guía práctica aplicada a la consulta del día a día, sobre todo para aquellos que trabajan en ciudades intermedias y provincias que no tienen fácil acceso a actualizaciones en dolor, o que no cuentan con el tiempo suficiente, de ahí el hecho de tratar de abordar tantos ítems en un solo artículo, que facilitarían su consulta, que generara mayor adherencia de los pacientes y la hiciera más efectiva y productiva, en un lenguaje y forma didácticos. Por eso, el enfoque del artículo es no invasivo, porque se basa en los procedimientos médicos que puede realizar un médico general. Y como lo dicen ustedes en su apreciación, el intervencionismo da para otro artículo de revisión debiendo estructurarse por patologías o por tipos de intervencionismo, solo lo mencionamos, pero como se citó anteriormente no se profundizó en el tema, como la toxina botulínica o los bloqueos simpáticos, que solo podrían tener cabida en algunas patologías como el síndrome de dolor regional complejo (SDRC). Sí nos gustaría en un segundo artículo profundizar en el tema, así como en la radiofrecuencia (4), sin embargo, la razón por la cual no se nombró la radiofrecuencia del ganglio de Gasser es porque en nuestra búsqueda, la calidad de la evidencia científica que se le ha descrito es débil y, por lo tanto, su recomendación no es conclusiva descrito por Dworkin 2013 (4). Respecto a los bifosfonatos con evidencia sólida, en el SDRC se citaron como tratamiento farmacológico no intervencionista (5).

Respecto a las escalas, es bien sabido que todas las pruebas autoadministradas llevan un 30 % de sesgo asociadas solo por el simple hecho de tener la posibilidad de una opción subjetiva. Se trató de incluir las que tuvieron mayor sensibilidad, especificidad y sencillas, aplicables en una consulta de no más de 20 minutos de duración (6).

La morfina no se incluyó porque se consideró que al ser un opioide puro agonista mu, no parcial, se requieren dosis muy altas para lograr un control adecuado del dolor neuropático, lo que tiene una mayor presentación de efectos secundarios, disminuye su tolerabilidad, eficacia analgésica, y disminuye la adherencia a los tratamientos, mientras los agonistas parciales, como el tapentadol, que la equiparan en potencia, no necesitan neuromodulación como la morfina, lo cual mejora la eficacia analgésica, la tolerabilidad, la adherencia, disminuye los efectos secundarios y por sí mismos disminuyen los efectos secundarios: 41 % menos de náuseas, 71 % menos de vómito, 49 % menos de estreñimiento, 45 % de menos somnolencia, 7 % menos de mareo y

44 % menos de prurito y, por ende, mejora los costos (7). Al igual que el tramadol, cuyo mecanismo de acción 30 % agonista m y 70 % inhibidor en la recaptación de serotonina, que lo hace un opioide atípico, es ideal en el manejo del dolor agudo incidental del dolor neuropático (8), porque los seres humanos somos funcionales, requerimos un medicamento que actúe rápidamente, por ejemplo para optimizar la rehabilitación, para hacer ejercicio, y no se logra con medicamentos que tardan 1-2 semanas en actuar. Se requiere una neuromodulación, pero además un medicamento que ayude en el día a día, que nos permita tomar mejores dedicaciones y ser más integrales no solo en familia, sino también en el trabajo y en todas las esferas. Por eso describimos, porque nos parece muy importante destacar que si como el dolor oncológico tiene un dolor incidental, el no oncológico igual, y no se había descrito su manejo hasta esta guía (9,10).

Respecto a los tratamientos tópicos, destacamos que la capsaicina al 8 % no está disponible en Latinoamérica, pero se describió porque a pesar de no tenerla, no hay que desconocer su nivel de evidencia a nivel europeo, pero sí contamos con los parches de lidocaína, que tienen un nivel de recomendación fuerte, A, y lo escribieron desde el 2010 las siguientes guías: IASP 2010, EFNS 1020, Latinoamérica 2009, Francia 2010, Danes 2010 (11). Y concordamos que, en algunas patologías, como la neuropatía por VIH, la capsaicina es el único tratamiento que ha demostrado eficacia pero no en Latinoamérica, por la razón ya descrita, por lo cual tampoco destacamos su ficha técnica: la aplicación es durante máximo 1 hora, con un intervalo de 12 semanas. Finalmente, sobre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/noradrenalina, se les posiciona correctamente en el DNP, pero no aparecen en el central, porque fueron los resultados de nuestra búsqueda y así se confirma en las conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manchikanti L, Falco FJE, Singh V, Benyamin RM, Racz GB, Helm S 2nd, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part I: introduction and general considerations. *Pain Physician* 2013;16(2 Suppl.):S1-48.
2. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition. *Pain Med* 2013;14(2):180-229. DOI: 10.1111/pme.12033.
3. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010;17(9):1113-e88. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.
4. Dworkin R, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. *Pain* 2013;154(11):2249-61. DOI: 10.1016/j.pain.2013.06.004.
5. Cuenca González C, Flores Torres MI, Méndez Saavedra KV, Barca Fernández I Alcina Navarro A, Villena Ferrer A. Síndrome doloroso regional complejo. *Rev Clínica Med Fam* 2012;5(2):120-9.
6. Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Atención primaria* 2006;38(1):1-64.
7. Afilalo M, Etopolski MS, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, Van Hove I, et al. Efficacy and safety of Tapentadol extended release compared with oxycodone controlled release for the management of moderate to severe chronic pain related to osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase III study. *J Clin Drug Invest.* 2010;30(8):489-505. DOI: 10.2165/11533440-000000000-00000.
8. Attridge N, Pickering J, Inglis M, Keogh E, Eccleston C. People in pain make poorer decisions. *Pain* 2019. Article in Press. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001542.
9. Palmer GM, Anderson B, Linscott D, Paech M, Allegaert K. Tramadol, breast feeding and safety in the newborn. *Arch Dis Child Month* 2018;103(12):1110-3. DOI: 10.1136/archdischild-2017-313786.
10. The National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 27 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
11. Chetty S, Baalbergen E, Bhigjee A, Kamerma P, Ouma J, Raath R, et al. Clinical practice guidelines for management of neuropathic pain: expert panel recommendations for South Africa. *SAMJ South Afr Med J.* 2012;102(5):312-25.

A. M. Rincón Carvajal¹, C. A. Olaya Osorio², S. Martínez Rojas³ y I. Bernal³

¹Médica Fisiatra. Esp. en salud ocupacional. MSc Estudio y tratamiento del dolor. Fundación Santa Fe de Bogotá. Clínica de Ortopedia y accidente laborales. Bogotá. ²Médico Anestesiólogo. Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Unidad de Tratamiento de Dolor (UTD). Clínica del Country. ³Médica, epidemiológica. MSc Salud Pública. NeuroEconomix

Correspondencia: Andrea María Rincón
anrincar@gmail.com