

### Identificación del Dolor Neuropático en la Clínica: Una Guía Para el Personal Clínico

- Andreas C. Themistocleous, MBBCh, PhD, Departamento Nuffield de Neurociencias Clínicas, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.
- Annina Schmid, PhD, MManipTher, MMACP, Departamento Nuffield de Neurociencias Clínicas, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.
- Eva Sierra-Silvestre, PhD, Departamento Nuffield de Neurociencias Clínicas, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.
- Xavier Moisset, MD, PhD, Neuro-Dol, Inserm/Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, Francia.
- Sandra Sif Gylfadottir, MD, PhD, Centro Danés de Investigación del Dolor, Departamento de Medicina Clínica, Universidad de Aarhus y Departamento de Neurología, Hospital Universitario de Aarhus, Aarhus, Dinamarca.
- Joel Fundaun, DPT, DPhil, Departamento de Anestesiología, Medicina Perioperatoria y del Dolor, Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, Stanford, California, Estados Unidos.
- Daniella M. Menichella, MD, PhD, Facultad de Medicina Feinberg, Universidad Northwestern, Chicago, Estados Unidos.

#### Importancia del diagnóstico del dolor neuropático

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor neuropático como el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial<sup>[7]</sup>. Esta definición distingue el dolor neuropático del dolor nociceptivo que surge de una lesión tisular o inflamación. La identificación precisa del dolor neuropático en la práctica clínica es esencial porque influye directamente en el diagnóstico, la selección del tratamiento, el pronóstico y la educación del paciente. El dolor neuropático sigue estando poco reconocido o mal clasificado, particularmente cuando coexiste con dolor nociceptivo<sup>[3]</sup>.

## Enfoque para el diagnóstico

La identificación del dolor neuropático se basa en la integración cuidadosa de la historia clínica y el examen físico, apoyados por investigaciones diagnósticas cuando corresponda<sup>[3]</sup>. El Grupo de Interés Especial en Dolor Neuropático (NeuPSIG) de la IASP ha propuesto un sistema de gradación para mejorar la claridad y consistencia diagnóstica<sup>[4]</sup>. Este sistema se aplica cuando la historia sugiere dolor derivado de una patología neurológica más que de daño tisular no neural. Integra características de los síntomas, plausibilidad neuroanatómica, hallazgos del examen y pruebas confirmatorias. Como ocurre con la mayoría de las guías clínicas, este marco tiene ciertas limitaciones, pero ofrece un enfoque útil para aumentar la certeza en la identificación o exclusión del dolor neuropático. Las guías están diseñadas para informar la práctica clínica más que para reemplazarla, y sus recomendaciones deben interpretarse junto con el juicio clínico y el contexto individual del paciente.

Para alcanzar el primer nivel de certeza diagnóstica de posible dolor neuropático, deben cumplirse dos criterios. Primero, debe existir una historia sugestiva de una lesión o enfermedad relevante que afecte al sistema nervioso somatosensorial. Esto puede incluir eventos claramente identificables como herpes zóster, lesión traumática de nervio o lesión de la médula espinal, donde el dolor se desarrolla inmediatamente o en el transcurso de semanas. En contraste, condiciones como la polineuropatía diabética pueden producir dolor solo después de una latencia prolongada. Aunque el intervalo entre el inicio de la lesión y el dolor varía, una relación temporal estrecha fortalece la probabilidad diagnóstica. En algunos trastornos, el dolor o los síntomas sensoriales representan la única manifestación, como se observa en la neuralgia del trigémino.

Además del desarrollo temporal, deben considerarse las características de los síntomas. Los síntomas característicos incluyen dolor quemante, punzante, lancinante o dolor similar a una descarga eléctrica, a menudo acompañado de sensación de hormigueo. Se presentan tanto dolor espontáneo como fenómenos evocados. Los síntomas sensoriales positivos incluyen parestesia/disestesia (sensación alterada no dolorosa/dolorosa como el hormigueo) y alodinia (dolor provocado por estímulos normalmente no dolorosos); los síntomas negativos incluyen entumecimiento o pérdida sensorial. La combinación de múltiples características típicas aumenta la probabilidad diagnóstica. Herramientas de cribado como DN4<sup>[2]</sup>, painDETECT<sup>[6]</sup>, o LANSS<sup>[1]</sup> pueden ayudar en la identificación, pero deben complementar, no reemplazar, la evaluación clínica.

En segundo lugar, la distribución del dolor debe ser neuroanatómicamente plausible (reconociendo la variación en los dermatomas y la propagación extraterritorial) y consistente con el sitio de la enfermedad sospechada dentro del sistema nervioso somatosensorial. El dolor neuropático en general se ajusta a distribuciones reconocidas. Ejemplos incluyen dolor irradiado que sigue aproximadamente distribuciones dermatomales en la radiculopatía dolorosa, territorios de nervios periféricos en neuropatías focales, una distribución dependiente de la longitud en “guante y calcetín” en la polineuropatía, o patrones centrales posteriores a un accidente cerebrovascular o lesión

de la médula espinal<sup>[5]</sup>. El dolor fuera de límites reconocibles reduce la probabilidad diagnóstica de dolor neuropático, aunque se presentan manifestaciones atípicas.

El siguiente nivel de certeza, dolor neuropático probable, requiere un examen neurológico focal que demuestre anormalidades sensoriales dentro de una distribución plausible. La comparación del área dolorosa con un sitio de referencia no doloroso puede revelar pérdida sensorial al tacto ligero, pinchazo, vibración o temperatura. También pueden presentarse fenómenos de ganancia sensorial, incluyendo alodinia o hiperalgesia. Los signos motores o autonómicos pueden acompañar los hallazgos sensoriales dependiendo de la localización de la lesión.

La interpretación requiere contexto clínico. Algunas condiciones de dolor neuropático son episódicas y las anormalidades sensoriales pueden no ser detectables en la evaluación. La sensibilización central también puede extender la hiperalgesia o la alodinia más allá del sitio de la lesión, reduciendo la especificidad anatómica. Aunque los signos sensoriales positivos como la hiperalgesia son menos predictivos para el dolor neuropático, aún pueden representar las características sensoriales predominantes en ciertas condiciones neuropáticas. En contraste, los hallazgos sensoriales en condiciones no neuropáticas, sean positivos o negativos, generalmente carecen de una distribución neuroanatómica consistente y de reproducibilidad.

El examen sensorial tiene limitaciones. Los clínicos no pueden evaluar de manera confiable la función sensorial somática profunda o visceral; por lo tanto, la certeza más allá de “posible” dolor neuropático rara vez es alcanzable en tales condiciones. No obstante, las anormalidades sensoriales reproducibles dentro de una distribución neuroanatómicamente plausible brindan un sólido respaldo para el diagnóstico de dolor neuropático probable.

El nivel final de certeza, dolor neuropático definitivo, requiere evidencia diagnóstica confirmatoria. Ejemplos incluyen: pruebas de conducción nerviosa que pueden demostrar una ralentización focal en el síndrome del túnel carpiano; una biopsia de piel que muestre una reducción en la densidad de fibras nerviosas intraepidérmicas en la neuropatía de fibras pequeñas; o una resonancia magnética que muestre lesiones desmielinizantes en la esclerosis múltiple. No es necesario realizar pruebas extensas en todos los casos. En su lugar, la investigación debe seguir el razonamiento clínico y considerar si los hallazgos probablemente influirán en el manejo. En entornos con recursos limitados, los clínicos pueden no tener acceso a pruebas diagnósticas, y un diagnóstico de dolor neuropático probable suele ser suficiente para iniciar el tratamiento.

### **Diferentes causas de dolor crónico pueden coexistir**

El dolor neuropático ocurre con frecuencia junto al dolor nociceptivo, dando lugar a presentaciones de dolor mixto. Ejemplos comunes incluyen el dolor lumbar acompañado de dolor neuropático en la pierna en la radiculopatía dolorosa, y el dolor relacionado con el cáncer, que también causa dolor neuropático debido a la compresión o infiltración

nerviosa. En estas situaciones, múltiples mecanismos de dolor pueden contribuir al perfil sintomático general, y se necesita un enfoque multidisciplinario para un manejo óptimo.

## Conclusión

La identificación del dolor neuropático en la práctica clínica requiere una evaluación cuidadosa de la historia del dolor, los síntomas sensoriales, los hallazgos del examen neurológico y la evidencia de patología que afecte al sistema nervioso somatosensorial. La aplicación de principios diagnósticos establecidos y criterios de gradación respalda la diferenciación entre dolor neuropático y no neuropático, el reconocimiento de presentaciones de dolor mixto y la selección de estrategias terapéuticas apropiadas. El dolor neuropático no debe considerarse como un diagnóstico binario, sino más bien como un espectro de certeza diagnóstica, que refleja la complejidad inherente y la incertidumbre de la evaluación clínica del dolor. Una mejor identificación del dolor neuropático contribuye en última instancia a mejores resultados para los pacientes y a un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

## Recurso complementario

Está disponible un recurso en video para reforzar los principios clave de la identificación del dolor neuropático e ilustrar el enfoque de gradación de NeuPSIG en la práctica clínica:  
[https://www.youtube.com/watch?v=mVxA\\_8U4ekE](https://www.youtube.com/watch?v=mVxA_8U4ekE)

## Declaraciones

ACT cuenta con el apoyo de una beca MRC Clinician Scientist Fellowship (MR/Z504075/1) y es miembro del consorcio PAINSTORM financiado por MRC/Versus Arthritis, que forma parte de la Advanced Pain Discovery Platform (MR/W002388/1).

ABS recibe apoyo de una beca Wellcome Trust Clinical Career Development Fellowship (222101/Z/20/Z).

ESS recibe apoyo del Wellcome Trust [222101/Z/20/Z].

JS recibe apoyo del NIH National Institute on Drug Abuse bajo el premio (T32DA035165).

DMM recibe apoyo de NIH R01 NS104295-01 y NIH R01 AR077691-01.

## Referencias

1. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001;92(1-2):147-157.
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fer-manian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114(1-2):29-36.

3. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, Freeman R, Truini A, Attal N, Finnerup NB, Eccleston C, Kalso E, Bennett DL, Dworkin RH, Raja SN. Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers* 2017;3(1):17002.
4. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, Cruccu G, Freeman R, Hansson P, Nurmikko T, Raja SN, Rice ASC, Serra J, Smith BH, Treede R-D, Jensen TS. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016;157(8):1599-1606.
5. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiol Rev* 2021;101(1):259-301.
6. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22(10):1911-1920.
7. Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice ASC, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011;152(10):2204-2205.

#### **Translated into Spanish by:**

- Yerlin Natalia Matamoros Sánchez, MD. Médico especialista en Medicina Paliativa y manejo del dolor, y especialista en Medicina Familiar. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- María Jesús Mena-Iturriaga, PT, MSc, ScD © , Profesora Asociada de la Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- Andrea Fuenzalida Palma, MD, Magíster en Tratamiento del Dolor Crónico, Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago, Chile.