



## Dolor neuropático central

### Dolor neuropático

El dolor neuropático (consulte la hoja informativa “¿Qué es el dolor neuropático?”) puede deberse a lesiones o enfermedades nerviosas que afectan al sistema nervioso periférico o central.

#### Definición

- El dolor neuropático central está causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial central.
- El dolor postictal central puede aparecer después de un accidente cerebrovascular. Otras causas frecuentes de dolor neuropático son las lesiones de la médula espinal (incluida la siringomielia), la esclerosis múltiple y las lesiones cerebrales traumáticas.

#### Cuadro clínico

- El dolor central puede ser espontáneo o evocado por estímulos y cursar con alodinia mecánica dinámica y alodinia fría. El dolor puede describirse con términos como quemazón, pinchazos, dolor punzante, opresión y frío doloroso.
- La parestesia y la disestesia son frecuentes (p. ej., cosquilleo, hormigueo, frío y sensación de opresión).
- La distribución del dolor puede ir desde una zona pequeña hasta regiones grandes, abarcar la mitad del cuerpo en el ictus o la parte inferior del cuerpo en las lesiones de la médula espinal. En los pacientes con infarto medular lateral, el dolor puede afectar a un lado de la cara y al lado contralateral del cuerpo o las extremidades, y es frecuente el dolor periorbital. En las lesiones de la médula espinal, el dolor neuropático se clasifica como dolor “a nivel”, que es el dolor que se percibe en un patrón segmentario en el nivel de la lesión, y dolor “por debajo”, que es el dolor que se siente por debajo del nivel de la lesión. En la esclerosis múltiple, el dolor presenta una distribución compatible con una lesión cerebral o medular.
- El dolor central se sitúa en áreas con anomalías sensitivas compatibles con una lesión del sistema nervioso central.
- El dolor central puede aparecer inmediatamente en el inicio de la enfermedad o unos meses después.
- Normalmente, la exploración clínica revela sensación de pinchazos anómala, aumento o disminución de la sensibilidad al tacto y al frío e incremento de los reflejos profundos.

#### Epidemiología

- El dolor central está presente en aproximadamente el 8% de los pacientes con ictus, el 25% de los pacientes con esclerosis múltiple y el 40–50% de los pacientes con lesión de la médula espinal.
- La hipersensibilidad sensitiva inicial parece ser predictiva de la aparición de dolor central. No hay mucha información de otros posibles factores de riesgo.

#### Impacto

- El dolor neuropático central está asociado a malestar emocional y una menor calidad de vida relacionada con la salud y afecta a la rehabilitación, el estado de ánimo, el sueño y el funcionamiento social.

#### Patogenia

- La sensibilización central y las descargas continuas en las vías del dolor central contribuyen a la aparición de dolor central.
- Son posibles sustratos del dolor central la actividad espontánea que se produce en el asta dorsal y otras neuronas centrales, la desinhibición de las vías polisinápticas y la sensibilización de las vías del tracto espinotalámico. Además, las alteraciones de regiones supramedulares como el tálamo, la corteza cingulada anterior y las cortezas prefrontales pueden estar implicadas en la generación, amplificación o modificación del dolor neuropático central.

#### Tratamiento

- El tratamiento incluye antiepilépticos (p. ej., gabapentina o pregabalina), antidepresivos (p. ej., amitriptilina, imipramina o duloxetina) y otros fármacos. Son métodos no farmacológicos la terapia cognitivo-conductual, la hipnosis y las terapias de neuroestimulación.

#### Referencias

1. Bryce TN, Biering-Sørensen F, Finnerup NB, Cardenas DD, Defrin R, Lundeberg T, Norrbrink C, Richards JS, Siddall P, Stripling T, Treede RD, Waxman SG, Widerström-Noga E, Yezierski RP, Dijkers M. International spinal cord injury pain classification: Part I. Background and description. *Spinal Cord* 2012;50:413–7.
2. Klit H, Finnerup NB, Jensen TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol* 2009;8:857–68.
3. Osterberg A, Boivie J. Central pain in multiple sclerosis: sensory abnormalities. *Eur J Pain* 2010;14:104–10.