

PAIN & SPAIN

DOLOR 2003;18(1):65-69

LLUÏSA CASANOVAS
JOSEP-ELADI BAÑOS

Esta sección incluye la relación alfabética de los artículos publicados por investigadores españoles residentes en nuestro país en revistas de difusión internacional. Para ello, se analizó la base de datos MEDLINE (PubMed - NLM) (fecha de publicación de 2002/12/01 a 2003/01/15), en continuidad a la búsqueda anterior [DOLOR 2002;17(4):223-

brevemente al final del listado.

*AGUILERA V, MORA J, SALA T, MARTÍNEZ F, PALAU A, BASTIDA G, ARGÜELLO L, PONS V, PERTEJO V, BERENGUER J. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Tratamiento endoscópico de la pancreatitis y sus complicaciones. Gastroenterol Hepatol 2003; 26:13-8.

*CAVIEDES BE, HERRANZ JL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria, Santander. [Advances in physiopathology and the treatment of neuropathic pain]. Rev Neurol 2002;35:1037-48.

*FERRÁNDEZ INFANTE A¹, GARCÍA OLMOS L², GONZÁLEZ GAMARRA A³, MEIS MEIS MJ⁴, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ BM⁵. ¹Centro de Salud Montesa. Madrid. ²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid-Área 2. Madrid. ³Centro de Salud Don Ramón de la Cruz. Madrid. ⁴Departamento de Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Complutense de Madrid. ⁵Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid). Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla. Aten Primaria 2002;30:602-9.

FLORENSA R, NOBOA R, MUÑOZ J, COLET S, CLADELLAS JM, RODRÍGUEZ MA, LEY A. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Resultados de la fijación transarticular

6.]. La estrategia de búsqueda fue: (Pain OR Analg*) AND (Spain OR Spanish); (Pain OR Analg*) AND Spanish (la) y (Pain OR Analg*) AND (Spain OR España).

La dirección de los autores corresponde generalmente a la del primer autor, o la que MEDLINE recoge en primer lugar. Los trabajos marcados con un asterisco se comentan

C1-C2 en una serie de 20 pacientes. Neurocirugía (Astur) 2002;13:429-35; discusión 436.

*MATEOS V¹, ROIG C², LÓPEZ RODRÍGUEZ I³, LÓPEZ-GIL A⁴, en representación de los participantes en el estudio 4M (Manejo Médico de la Migraña con Maxalt). ¹Servicio de Neurología II. Hospital General de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Centro de Salud. Begonte. Lugo. ⁴Departamento Médico, MSD, Madrid. Satisfacción y retorno a la actividad normal con 10 mg de rizatriptán. Resultados del estudio abierto, prospectivo y observacional 4M. Neurología 2002;17:621-7.

MORA J, AGUILERA V, SALA T, MARTÍNEZ F, BASTIDA G, PALAU A, ARGÜELLO L, PONS V, PERTEJO V, BERENGUER J, ALAPONT JM. Unidad de Endoscopias. Servicios de Medicina Digestiva. Hospital La Fe. Valencia. Tratamiento endoscópico combinado con litotricia extracorpórea con ondas de choque de la coledocolitiasis de difícil manejo. Gastroenterol Hepatol 2002;25:585-8.

AGUILERA V, MORA J, SALA T, MARTÍNEZ F, PALAU A, BASTIDA G, ARGÜELLO L, PONS V, PERTEJO V, BERENGUER J

Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Tratamiento endoscópico de la pancreatitis y sus complicaciones

Gastroenterol Hepatol 2003;26:13-8

Los autores realizan el presente trabajo con el objetivo de valorar de forma retrospectiva la efectividad y seguridad del tratamiento endoscópico de la pancreatitis y sus complicaciones, a corto y medio plazo. Para ello, realizan un análisis retrospectivo, desde enero 1996 a febrero de 2002, de 43 pacientes (33 varones y 10 mujeres) con una media de edad de 49,5 años (rango 13-80 años). Se incluyeron todos los pacientes con los diagnósticos, obtenidos mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, de pancreatitis crónica moderada o grave, pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste y fístula pancreática, que fueron susceptibles de tratamiento endoscópico. De los 43 pacientes, 33 presentaban pancreatitis crónica y 10 pseudoquiste secundario a pancreatitis aguda. Resultados: en 35 pacientes hubo intención de tratamiento endoscópico. Los 8 restantes se desestimaron y fueron derivados a otras alternativas terapéuticas. La indicación de tratamiento endoscópico fue dolor pancreático en 17 pacientes (48,5%), ictericia en 7 casos (20%), pseudoquiste en 10 (28,5%) y sospecha de fístula externa en 1 (3%). De los 35 pacientes con intención de tratar, se consiguió éxito técnico en 28 (80%) y se fracasó en 7. Entre los pacientes con dolor, 5 presentaron litiasis (29%), 10 estenosis del ducto pancreático (59%) y 2 estenosis con litiasis (12%). A 13 de ellos se les insertó una prótesis pancreática y a 6 se les aplicó litotricia extracorpórea. Se obtuvo mejoría en el 65% de los casos. La totalidad de los 7 pacientes con ictericia presentaba estenosis secundaria de la vía biliar. Sólo se consiguió tratamiento endoscópico en dos de ellos, con mejoría parcial. De los 15 pacientes con pseudoquiste, en 10 se intentó llevar a cabo un drenaje endoscópico. En 8 casos se realizó con éxito técnico, con resolución completa del pseudoquiste en siete de ellos (87,5%), y se fracasó en dos. El paciente con fístula externa fue tratado mediante una prótesis transpapilar, con resolución completa de la disrupción de Wirsung y mejoría clínica

completa. Se colocaron un total de 36 prótesis, con una mediana de 1,5 prótesis por paciente. La mejoría global de todos los procedimientos endoscópicos en los que se consiguió éxito técnico fue: completa en 19 (68%), parcial en 3 (11%), sin mejoría en 4 (14%), y 2 pacientes (7%) se perdieron para el seguimiento. Un total de 19 enfermos permanecían asintomáticos al final del seguimiento. Hubo 4 complicaciones a corto plazo (9,3%): un episodio de fiebre, una pancreatitis aguda y 2 hemorragias. No se observaron complicaciones en 39 pacientes (90,7%). Las complicaciones a largo plazo fueron: 3 oclusiones, 3 migraciones y una infección (absceso). Se produjeron 4 muertes (9,3%): una relacionada con la técnica, dos a causa de la enfermedad de base y una por otras causas. Los autores concluyen que, en su experiencia, la terapéutica endoscópica del dolor crónico de la pancreatitis crónica, de los pseudoquistes y de las fístulas ha sido eficaz, con un bajo porcentaje de complicaciones y una baja morbimortalidad, capaz de evitar la cirugía o diferirla y con la ventaja de poderse repetir sin un aumento en la morbilidad. Se trata de un procedimiento capaz de adaptarse a los problemas que van surgiendo en una enfermedad de curso crónico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es una técnica difícil y que no se encuentra disponible en todos los centros.

CAVIEDES BE, HERRANZ JL

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria, Santander

Avances en la fisiopatología y en el tratamiento del dolor neuropático

Rev Neurol 2002;35:1037-48

Debido a la gran cantidad de estructuras anatómicas y de mecanismos neuroquímicos implicados, tradicionalmente se han obtenido malos resultados en el tratamiento del dolor crónico, especialmente en el dolor neuropático. Sin embargo, los recientes conocimientos de la neuroquímica cerebral han permitido mejorar las expec-

tativas terapéuticas en estos pacientes. Los autores presentan en este trabajo de revisión los estudios más relevantes sobre el tratamiento del dolor neuropático durante las últimas décadas, así como los trabajos más recientes en los que se profundiza en los mecanismos fisiopatológicos del dolor, con la intención de encontrar criterios basados en la evidencia que faciliten la elección del tratamiento más adecuado. Las bases fisiopatológicas del dolor neuropático se sustentan, periféricamente, en las alteraciones de la excitabilidad neuronal mediada por canales de sodio dependientes de voltaje; desde el punto de vista central, el principal neurotransmisor involucrado es el glutamato, que permite la entrada de calcio a través del receptor N-metil-D-aspartato, el cual condiciona una despolarización más prolongada y la activación de segundos mensajeros; ello determina la cronificación del dolor. Se revisan la fisiología de la vía nociceptiva y la fisiopatología del dolor neuropático (alteraciones en la despolarización; alteraciones en la liberación de neurotransmisores; plasticidad neuronal y reorganización de las sinapsis; reorganización central de las vías aferentes; pérdida de los mecanismos inhibitorios) así como las manifestaciones clínicas (parestias y disestesias, dolor ardiente continuo, dolor paroxístico o lancinante, trastornos psicológicos). Respecto al tratamiento de los pacientes, gracias a los hallazgos fisiopatológicos sobre el dolor, a los tratamientos clásicos (analgesia tópica, antidepresivos tricíclicos, carbamacepina, opioides) se están añadiendo recientemente nuevos fármacos, principalmente los nuevos antiepilépticos, que inhiben canales de sodio o canales de calcio, aumentan el GABA o disminuyen el glutamato en las sinapsis. Así, los autores refieren los avances más recientes en los fármacos antineuropáticos (opioideos, anestésicos locales y antagonistas de canales iónicos, antidepresivos, antiepilépticos, carbamacepina, fenitoína, valproato, gabapentina, topiramato, lamotrigina y otros fármacos como felbamato o vigabatrina). Dentro de los tratamientos no farmacológicos, se comentan los ensayos con diferentes medidas terapéuticas como la acupuntura o la estimulación del SNC o

periférico. Como recomendaciones finales, los autores comentan que aunque existen numerosas alternativas terapéuticas, muchos pacientes responden de forma impredecible al tratamiento. Los múltiples mecanismos fisiopatológicos involucrados y las diversas estructuras anatómicas dificultan la estandarización de los tratamientos, aunque la etiología de los procesos sea la misma. Pacientes con una misma entidad responsable del dolor (neuropatía diabética, posherpética, etc.) pueden manifestar síntomas totalmente distintos y, por otra parte, pacientes con los mismos síntomas pueden presentar etiologías diferentes (parestias, dolor urente, dolor paroxístico, etc.). Es necesario conseguir una uniformidad en la terminología y realizar un esfuerzo para identificar el tipo de dolor de cada paciente, ya que cada uno responde a un mecanismo fisiopatológico diferente y, por lo tanto, requiere un tratamiento distinto. Los autores concluyen que diferentes alteraciones neurofisiológicas inducen a manifestaciones clínicas muy diversas, como parestias, hiperalgesia o alodinia, con independencia de los procesos etiológicos que las condicionan. La eficacia de los antidepresivos tricíclicos y de la carbamacepina es evidente en diversos estudios clínicos, pero los nuevos fármacos antiepilépticos –a excepción de la gabapentina– se han utilizado habitualmente en estudios clínicos abiertos, por lo que son necesarios ensayos clínicos controlados doble ciego con los que se concrete la eficacia y la tolerabilidad de las diversas alternativas terapéuticas, en cada una de las manifestaciones clínicas del dolor neuropático.

FERRÁNDEZ INFANTE A¹, GARCÍA OLMOS L², GONZÁLEZ GAMARRA A³, MEIS MEIS MJ⁴, SÁNCHEZ RODRÍGUEZ BM⁵

¹Centro de Salud Montesa. Madrid. ²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid-Área 2. Madrid. ³Centro de Salud Don Ramón de la Cruz. Madrid. ⁴Departamento de Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Complutense de Madrid. ⁵Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid)

Efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor en la artrosis de rodilla

Aten Primaria 2002;30:602-9

La artrosis es una enfermedad de elevada prevalencia y su localización más frecuente es la articulación de la rodilla (gonartrosis). Una de las metas fundamentales en el tratamiento de esta entidad es el alivio del dolor. Sin embargo, el tratamiento convencional con analgésicos y antiinflamatorios a menudo es ineficaz. La acupuntura es la rama principal de la medicina tradicional china, que sienta sus bases en principios filosóficos. Concibe la enfermedad como un desequilibrio entre las fuerzas del *ying* y el *yang*. Aunque no se conocen con exactitud los mecanismos responsables de la acción terapéutica de la acupuntura, múltiples estudios realizados han obtenido resultados que demuestran con claridad la aparición de cambios fisiológicos originados por esta terapia capaz de intervenir en el alivio del dolor. Existe evidencia científica que avala la efectividad de esta técnica en diversas afecciones como el vómito y el dolor dental postoperatorio. Hasta el momento, no existen revisiones serias que hayan investigado la acción de la acupuntura en la gonartrosis. Los autores llevan a cabo el presente trabajo de revisión sistemática con el objetivo de determinar la eficacia de la acupuntura en el control del dolor de la artrosis de rodilla. Como fuentes de datos se utilizó la base de datos MEDLINE (1966-2000) y el Campo de Medicinas Complementarias de la base de datos Cochrane (2000, vol. 1). De los 9 estudios encontrados, sólo 4 superaron los criterios de selección. Se trata de ensayos clínicos comparativos y aleatorizados (ECA) que estudian el efecto de la acupuntura únicamente en la articulación de la rodilla. Los indicadores de resultado primarios valorados fueron: intensidad del dolor, evaluación global (mejoría general, proporción de pacientes recuperados, mejoría subjetiva de los síntomas) y estado funcional. Se consideraron indicadores de resultado secundario: mediciones fisiológicas objetivas (amplitud del movimiento de la rodilla, fuerza muscular, tiempo para caminar una determinada distancia, tiempo para escalar una altura determinada), estado general de salud y otros datos, como la necesidad de utilizar medicación o los efectos indeseables. Los resultados de esta revisión

sistemática confirman que existe una evidencia moderada en la efectividad de la acupuntura añadida al tratamiento convencional para el tratamiento del dolor de la gonartrosis, que podría ser explicada por su fuerte efecto placebo. En la actualidad, existen pocos trabajos bien diseñados que estudien la efectividad de la acupuntura en la artrosis de rodilla. Los autores concluyen que, aunque se ha detectado cierto efecto de la acupuntura en el control del dolor en la gonartrosis, en la actualidad no existe suficiente evidencia para recomendar esta terapia. Son necesarios nuevos estudios, y mejor diseñados, para determinar el verdadero papel de la acupuntura en esta enfermedad.

MATEOS V¹, ROIG C², LÓPEZ RODRÍGUEZ I³, LÓPEZ-GIL A⁴, en representación de los participantes en el estudio 4M (Manejo Médico de la Migraña con Maxalt)

¹Servicio de Neurología II. Hospital General de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Centro de Salud. Begonte. Lugo. ⁴Departamento Médico, MSD, Madrid

Satisfacción y retorno a la actividad normal con 10 mg de rizatriptán. Resultados del estudio abierto, prospectivo y observacional 4M

Neurología 2002;17:621-7

Los autores llevan a cabo el presente trabajo con el fundamento de evaluar el impacto del tratamiento con 10 mg de rizatriptán (Maxalt®) sobre el retorno a la actividad normal y la satisfacción con el tratamiento en la población migrañosa general. Para ello, investigan por primera vez el retorno a la actividad normal a las 2 h tras el tratamiento, el grado de satisfacción con el tratamiento a las 24 h y el grado y los motivos de satisfacción con el tratamiento después de 3 crisis consecutivas. Se trata de un estudio observacional, abierto, longitudinal, prospectivo, en pacientes con diagnóstico de migraña con o sin aura, de acuerdo con los criterios de la International Headache Society [IHS] durante 3 crisis. Se midió el grado de incapacidad funcional de 0 a 2 h tras el tratamiento y la satisfacción a las

24 h. Otros dominios de satisfacción fueron evaluados tras 3 crisis de migraña. Se analizó la relación entre intensidad basal del dolor, la satisfacción a las 24 h y la incapacidad funcional. De una muestra inicial de 4.500 pacientes, se reclutaron finalmente 2.469 pacientes que sufrieron un total de 6.323 crisis de migraña. En el momento de la inclusión los pacientes completaron una encuesta basal que recogía datos demográficos y de tratamiento previo, así como un "cuestionario de satisfacción de crisis múltiples", que evaluaba el grado de satisfacción con el tratamiento utilizado en las 3 últimas crisis de migraña. Los pacientes se agruparon según el tratamiento habitual previo en 4 categorías: AINE, analgésicos, ergóticos y triptanos. Los pacientes recibieron medicación (10 mg de rizatriptán) en forma de muestras gratuitas para 3 crisis de migraña y se les pidió que completaran un "diario del paciente" cada vez que tuvieran una crisis de migraña de intensidad moderada o grave. Asimismo, se pidió a los pacientes que completaran el tratamiento de las 3 crisis del estudio con 10 mg de rizatriptán que rellenaran el "cuestionario de satisfacción en crisis múltiples" al final del estudio. El 70% de los pacientes (1.724) completó las 3 crisis y el 87% (2.152) aportó 2 crisis. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: rizatriptán, 10 mg, fue eficaz en el retorno a las actividades normales a las 2 h del tratamiento. El porcentaje de crisis con una capacidad funcional normal ascendió del 3,1% antes del tratamiento al 67% a las 2 h. El porcentaje de

crisis con incapacidad funcional grave descendió del 39% antes del tratamiento al 3,6% a las 2 h de éste. Más del 90% de las crisis moderadas o graves había recuperado una capacidad funcional normal o levemente alterada a las 2 h del tratamiento. Los pacientes se mostraron completamente o muy satisfechos a las 24 h tras el tratamiento con 10 mg de rizatriptán en el 76,3% de las crisis. Tras tratar 3 crisis de migraña, el porcentaje de pacientes que estuvo totalmente o muy satisfecho con rizatriptán fue superior al 79% en todos los dominios explorados. Así, de los 1.724 pacientes que trataron 3 crisis de migraña con 10 mg de rizatriptán y completaron el cuestionario de satisfacción tras crisis múltiples, el 79,4% se mostró completamente o muy satisfecho en cuanto al alivio del dolor en 1 h; el 84% a las 2 h; el 87% en cuanto a la ausencia de náuseas a las 2 h; el 82,4% por la posibilidad del retorno a la actividad normal a las 2 h; el 86,5% respecto a no necesitar una segunda dosis en 24 h; el 87,2% porque consideraba que actuaba en todos o casi todos los ataques, y el 90,3% en lo referente a la aparición de efectos secundarios. Los autores concluyen que el rizatriptán fue altamente efectivo en retornar al paciente a la actividad normal. Los pacientes estuvieron altamente satisfechos a las 24 h del tratamiento y tras 3 crisis de migraña. En comparación con otras opciones terapéuticas, los triptanos generan más satisfacción en todos los dominios de la escala global de satisfacción del paciente tras crisis múltiples.