

PAIN & SPAIN

DOLOR 2004;19:261-6

LUÏSA 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 2004/06/15 a 2004/11/10), en continuidad a la búsqueda anterior [DOLOR 2004;19(3):191-5]. 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 Espana).

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 brevemente al final del listado.

BAGO J, CLIMENT JM, EY A, PÉREZ-GRUESO FJ, IZQUIERDO E. Departamento de Cirugía Ortopédica. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona. The Spanish version of the SRS-22 patient questionnaire for idiopathic scoliosis: transcultural adaptation and reliability analysis. *Spine* 2004;29:1676-80.

CIRIZA DE LOS RÍOS C, GARCÍA MENÉNDEZ L, DÍEZ HERNÁNDEZ A, DELGADO GÓMEZ M, FERNÁNDEZ EROLES AL, VEGA FERNÁNDEZ A, SAN SEBASTIÁN AI, ROMERO ARAUZO MJ. Laboratorio de Motilidad Clínica. Servicio de Gastroenterología. Hospital del Bierzo. León. Papel de la manometría esofágica estacionaria en la práctica clínica. Resultados manométricos en pacientes con reflujo gastroesofágico, disfagia y dolor torácico no cardíaco. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:606-11.

DE INOCENCIO AROCENA J, OCAÑA CASAS I, BENITO ORTIZ L. Centro de Salud Estrecho de Corea. Instituto Madrileño de la Salud Atención Primaria Área 4, Madrid. Laxitud articular: prevalencia y relación con dolor musculoesquelético. *An Pediatr (Barc)* 2004;61:162-6.

DÍAZ RUBIO M. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Dolor torácico de origen esofágico. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:593-8.

*DURÁ-TRAVÉ T, YOLDI-PETRI ME. Unidad de Neuropediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Validez de los criterios diagnósticos de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2004;38:1123-7.

ESTEBAN-GARCÍA A, SALINERO-PANIAGUA E, TRABA A, PRIETO-MONTALVO J, POLO-ARRONDO AP, GODES-MEDRANO B, FERNÁNDEZ-LORENTE. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Neuropatías sensitivas autonómicas hereditarias. Dos casos con insensibilidad congénita al dolor: aspectos neurofisiológicos y patológicos. *Rev Neurol* 2004;39:525-9.

FERNÁNDEZ-CARBALLAL C, GARCÍA-SALAZAR F, PÉREZ-CALVO J, GARCÍA-LEAL R, GUTIÉRREZ FA, CARRILLO R. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Manejo de la recidiva de la neuralgia del trigémino tras descompresión microvascular. *Neurocirugía (Astur)* 2004;15:345-52.

FERRER GRACIA MC, OBÓN AZUARA B, DAGA CALLEJERO B, ORTAS NADAL MR, VILLANUEVA ANADÓN B. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Dolor torácico secundario a infección respiratoria. *An Med Intern* 2004;21:363-4.

GALLINAS-VICTORIANO F, GARDE-LECUMBERRI C, PÉREZ-MARTÍNEZ A, BENTO-BRAVO L, MARTÍNEZ-BERMEJO MA, CONDE-CORTÉS J, GONZÁLEZ-ALFAGEME A, ESPARZA-ESTAÚN J. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Ultrasonography for surgical pathology discrimination in acute abdominal pain. Prospective study. *Cir Pediatr* 2004;17:141-4.

GARCÍA-ESCRIVÀ A, ASENSIO-ASENSIO M, LÓPEZ-HERNÁNDEZ N, GONZÁLEZ-AZNAR OJ, OLIVER-NAVARRETE C, ÁLVAREZ-SAÚCO M, PAMPLIEGA-

PÉREZ A. Hospital General Universitari de Alicante. Alicante. Actividad asistencial en una consulta específica de cefalea. *Rev Neurol* 2004;39:401-5.

GRUPO PINS (Pilotaje de la Intervención Neurorreflejo-terápica en el Sistema Nacional de Salud).

Intervención neurorreflejo-terápica para el tratamiento de las enfermedades mecánicas del raquis. Resultados de una experiencia piloto. *Gac Sanit* 2004;18:275-86.

GUEVARA-LÓPEZ U, GUTIÉRREZ-SOUGARRET B, LÓPEZ-PAVÓN L, ALDRETE JA, TAMAYO-VALENZUELA A. Hospital de Traumatología Victorio de la Fuente Narváez. IMSS. Antihyperalgesic activity of chlorimipramine and sodic phenytoin in an induced model of neuropathic pain in rats. *Cir Cir* 2004;72:301-6;discusión 307-8.

*MARTÍN MUÑOZ M, ALBARRÁN JUAN M¹, LUMBRETAS MARÍN E². C.S. Calesas. Área 11. C.S. Presentación Sabio. Área 8¹. Madrid. Hospital de Getafe². Madrid. Revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético. *An Med Interna* 2004;21:450-5.

*MARTORELL-CALATAYUD L, GARCÍA-MIRA B, PENARROCHA-DIAGO M. Unidad Médico-Quirúrgica. Clínica Odontológica. Valencia. Actualización en el tratamiento del dolor orofacial. *Med Oral* 2004;9:293-9.

*OTEO-ÁLVARO A¹, PÉREZ-CABALLER A², GÓMEZ-CASTRESANA F³. Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen de la Torre¹, Madrid. Servicio de Urgencias de COT. Clínica La Milagrosa. Universidad San Pablo-CEU², Madrid. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Universidad Complutense³, Madrid. Tratamiento farmacológico del síndrome doloroso regional complejo de las extremidades como causa de dolor neuropático. *Rev Clin Esp* 2004;204:486-94.

PANTOJA-MARTÍNEZ J, NAVARRO-FERNÁNDEZ BALBUENA C, GORMAZ-MORENO M, QUINTANS-CASTRO B, ESPARZA-SÁNCHEZ MA, BONET-ARZO J. Hospital de la Plana. Vila-Real, Castellón. Déficit de mioadenilato desaminasa en un niño con mialgias relacionadas con la actividad física. *Rev Neurol* 2004;39:431-4.

PASCUAL J, LEIRA R, LAÍNEZ J, LIAÑO H, DÍEZ-TEJEDOR E, NAVARRO A, JIMÉNEZ D, EZPELETA D, MATEOS V, MADRIGAL M, PALACIOS G. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Contribución española al desarrollo clínico de ele-

triptán: un análisis de los estudios controlados. *Neurología* 2004;19:414-9.

PLANELLS ROIG M, BUENO LLEDÓ J, SANAHUJA SANTAFÉ A, GARCÍA ESPINOSA R. Instituto de Cirugía General y Aparato Digestivo (ICAD). Clínica Quirón. Valencia. Quality of life (GIQLI) and laparoscopic cholecystectomy usefulness in patients with gallbladder dysfunction or chronic non-lithiasic biliary pain (chronic acalculous cholecystitis). (Calidad de vida [GIQLI] y utilidad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con disfunción vesicular o dolor crónico biliar alitiásico [colecistitis crónica alitiásica]). *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:442-6,446-51.

RAMOS I, PACREU S, FERNÁNDEZ C, GOMAR C. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital del Mar. Barcelona. Analgesia obstétrica en 28 partos de gestantes con púrpura trombocitopénica idiopática. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2004;51:378-84.

RIVERA J, GONZÁLEZ T. Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:554-60.

TENA D, CARRANZA R, CELIS J, NÚÑEZ-SÁNCHEZ A. Laboratorio de Microbiología. Hospital General de La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. Dolor ocular postraumático y ceguera diferida en un paciente del medio rural. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:432-3.

VAS J, MÉNDEZ C, PEREA-MILLA E, VEGA E, PANADERO MD, LEÓN JM, BORGE MA, GASPAS O, SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ F, AGUILAR I, JURADO R. Unidad de Tratamiento del Dolor. Centro de Salud Dos Hermanas A (Distrito Sanitario Sevilla-Sur). 41700 Dos Hermanas. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; doi: 10.1136/bmj.38238.601447.3A.

DURÁ-TRAVÉ T, YOLDI-PETRI ME

Unidad de Neuropediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Validez de los criterios diagnósticos de la migraña en la edad pediátrica

Rev Neurol 2004;38:1123-7

Al no existir marcadores biológicos específicos, el diagnóstico de la migraña se basa exclusivamente en

datos clínicos (información obtenida por la anamnesis, exploración física y en los exámenes complementarios pertinentes). No obstante, debido a su variabilidad semiológica, se han utilizado hasta la fecha distintos criterios diagnósticos (de Vahlquist, de Prensky, y de la IHS – *International Headache Society*) que han preconizado el abandono de los términos migraña común, migraña clásica y migraña complicada, sustituyéndolos por los de migraña sin aura (MSA), migraña con aura (MCA) típica y MCA atípica. Por ello, conviene aplicar criterios consensuados y válidos como referencia diagnóstica común. Los autores llevan a cabo el presente trabajo con el objetivo de estudiar las características epidemiológicas y clínicas de la migraña en la edad pediátrica, con el análisis de la validez de los distintos criterios utilizados en su diagnóstico. Para ello revisan retrospectivamente 290 historias clínicas de pacientes atendidos ambulatoriamente por presentar cefaleas agudas recurrentes (150 con migraña y 140 con cefaleas no migrañosas). En el estudio se recogen datos epidemiológicos (sexo, edad de inicio, tiempo de evolución, antecedentes familiares de cefaleas recurrentes, factores desencadenantes, periodicidad y horario) y características clínicas del dolor (localización, calidad, aura o signos previos, relación con la actividad física y/o el sueño, grado de afectación de las actividades diarias habituales y síntomas acompañantes), junto con exploración física general y neurológica y, en su caso, exámenes complementarios (TC craneal y/o EEG). Asimismo se calcula la sensibilidad, la especificidad y el cociente de verosimilitud positivo de los criterios de Vahlquist, de Prensky y de la IHS para el diagnóstico de migraña. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: de la totalidad de pacientes diagnosticados de migraña ($n = 150$), el 68% presentaban MSA ($n = 101$) y el 32% ($n = 49$) migrañas con aura (MCA). La edad de inicio de la migraña fue de $8,7 \pm 2,9$ años, sin que existieran diferencias significativas entre ambos sexos. No obstante, en la migraña con aura, la edad de comienzo ($9,8 \pm 3,3$ años) y la prevalencia del sexo femenino (63,3%) fueron significativamente mayores ($p < 0,05$). De hecho, mientras que en los pacientes sin aura el comienzo de la sintomatología tuvo lugar preferentemente en la edad escolar, en los pacientes con aura la edad de comienzo, preferentemente, tuvo lugar en la adolescencia. Respecto a la historia familiar, fue positiva en el 77,3% de los casos. No existían diferencias significativas entre ambos tipos de migraña y, por orden de frecuencia, los familiares afectados fueron la madre (64,2%), el padre (30,3%), ambos cónyuges (3,7%), los abuelos (22,9%) y otros familiares (10,1%). En la migraña el

dolor fue de localización unilateral (44,4%) o bilateral (55,6%). El bilateral fue preferentemente frontal u holocraneal y de carácter pulsátil (93,7%), de intensidad moderada o grave, ya que interrumpía las actividades cotidianas (escolarización, juegos, etc.) en el 63,2% de los casos, empeoraba con el ejercicio físico (68,1%) y solía acompañarse de náuseas y/o vómitos (70,1%), y fotofobia y sonofobia (66,2%). El carácter pulsátil, los vómitos, la unilateralidad y la intensidad moderada-grave fueron los ítems de mayor capacidad discriminatorios, y los criterios de la IHS, los de mayor validez diagnóstica. Los exámenes complementarios no modificaron el diagnóstico. Los autores resumen que la migraña constituye una enfermedad relativamente común en la edad pediátrica, cuyo inicio tiene lugar preponderantemente en la edad escolar, y cuyo diagnóstico requiere una recogida sistemática de datos anamnésticos y clínicos y, ocasionalmente, estudios de neuroimagen, así como la aplicación de unos criterios contrastados, como lo serían los propuestos por la IHS, y de manera preceptiva un seguimiento evolutivo que acabaría siendo la prueba de referencia o *gold standard* para validar los criterios diagnósticos.

MARTÍN MUÑOZ M, ALBARRÁN JUAN M¹, LUMBRETAS MARÍN E²

C.S. Calesas. Área 11. C.S. Presentación Sabio. Área 8¹. Madrid. Hospital de Getafe². Madrid

Revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético

An Med Interna 2004;21:450-5

Los autores presentan un trabajo de revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético que incluye las definiciones utilizadas por la ADA (Asociación Americana de Diabetes) para el diagnóstico de la DM, la etiología y patogenia del pie diabético, sus factores de riesgo, la clínica del pie neuropático, el diagnóstico de la neuropatía diabética y el diagnóstico diferencial del pie diabético, así como su prevención y tratamiento con su control metabólico y las terapias farmacológicas utilizadas. La diabetes *mellitus* (DM) es la causa más común de neuropatía en el mundo occidental. Se ha estimado una prevalencia del 28,5%, que varía en función de las medidas utilizadas para definir la neuropatía diabética. La DM es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por eficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Ello puede originar múltiples

complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias. El pie diabético, en particular, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociados a alteraciones neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) y vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores. Las afecciones de los pies en los pacientes con DM constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad, con importante repercusión biológica, psicológica y social, pues disminuye su calidad de vida. Un rápido reconocimiento y una adecuada atención de los factores de riesgo que condicionan el pie diabético pueden prevenir o retardar la aparición de complicaciones. El proceso de producción y generación del dolor neuropático es diferente de los mecanismos homeostáticos fisiológicos normales, se presenta como un dolor crónico o un dolor persistente, que no posee sólo causas biológicas sino que están involucradas respuestas físicas y emocionales. La neuropatía puede conducir a la amputación por varios caminos, los cuales incluyen la pérdida de alguna de las funciones de los nervios periféricos. Como conclusiones, los autores indican que la neuropatía diabética es una enfermedad de gran morbilidad. El control de la glucemia, de los síntomas, el cuidado de los pies son estándares de referencia para la intervención sanitaria e involucran a todo el equipo de salud dedicado a la atención integral de los pacientes con DM. El incremento en el conocimiento de los mecanismos patogénicos abre una puerta para futuros tratamientos. Probablemente sean éstos más efectivos cuanto más tempranamente se apliquen en el curso de la neuropatía, cuando la afectación nerviosa es reversible todavía. El seguimiento e intervenciones múltiples por parte de atención primaria son fundamentales en la mejoría de los síntomas y del estado de salud general de estos pacientes, viéndose incrementada la adherencia a los tratamientos. La intervención, el desarrollo y la evaluación de programas de salud para la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad cardiovascular, la enfermedad vascular periférica, la DM y el pie diabético, demandan programas de adiestramiento para médicos, enfermeras, técnicos, gerentes y estudiantes. El deterioro de la agudeza visual y la ausencia de sensaciones con frecuencia son resultado del exceso de confianza que depositan los pacientes en los profesionales de la salud para que las detecten. Las opciones para el tratamiento del pie neuropático e isquémico varían en complejidad. La evaluación adecuada y la identificación oportuna de los signos

clínicos de úlceras neuropáticas e isquémicas asegurará un buen pronóstico y la mejor intervención para el tratamiento del pie diabético.

MARORELL-CALATAYUD L, GARCÍA-MIRA B, PENARROCHA-DIAGO M

Unidad Médico-Quirúrgica. Clínica Odontológica. Valencia

Actualización en el tratamiento del dolor orofacial

Med Oral 2004;9:293-9

Los autores comentan en este trabajo de revisión los últimos avances en el tratamiento del dolor orofacial. Para ello revisan los artículos más importantes publicados sobre los avances en su tratamiento desde 1998 hasta 2002, realizando una búsqueda bibliográfica en Medline y en las revistas españolas de Odontología. Se presentan los resultados obtenidos agrupados en 6 grupos. 1. Dolor local orofacial: mucoso, dental y glandular. En infección de los tejidos orales, los antibióticos mejoran el dolor al disminuir la inflamación, pero en casos de pulpitis irreversible la endodoncia es el tratamiento de elección. Para eliminar o reducir la inflamación grave secundaria al tratamiento endodóncico puede utilizarse el acetónido de triamcinolona. El uso de un gel de antibiótico-corticosteroide en el interior del canal radicular disminuye el dolor en la primera hora en la mayoría de los pacientes. En el dolor orofacial por obstrucción glandular la radiología, la endoscopia y los ultrasonidos permiten localizar la obstrucción y evaluar las alteraciones glandulares. 2. Dolor vascular. En la cefalea en racimos se usa el sumatriptán por vía subcutánea, pero recientemente se ha incorporado la administración del fármaco por vía intranasal. En el tratamiento profiláctico se usa la capsaicina y la civamida. Se han descrito en estos años otros fármacos como tratamiento de fondo, como el verapamilo, los corticosteroides, el ácido valproico, los inhibidores de la serotonina, el topiramato y el naratriptán. La indometacina es el tratamiento de elección en la hemicránea paroxística, y en la hemicránea continua también se han obtenido buenos resultados. Se han usado también fármacos inhibidores de la ciclooxigenasa, como el celecoxib y el rofecoxib, para la hemicránea continua. En las cefaleas de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT) se han utilizado la carbamacepina y corticoides, así como nuevos antiepilépticos como la lamotrigina, la gabapentina y el topiramato. 3. Dolor masticatorio. El tratamiento tópico del dolor localizado en el área de la unión temporomandibular

lar (ATM) con capsaicina demuestra ser igual de efectiva al uso de un placebo, con reducción del dolor del 50% en ambos. La administración de glucosamina y condroitín sulfato reduce los síntomas de la osteoartritis de la ATM. El uso de férulas orales acrílicas tiene un efecto moderado sobre el dolor en pacientes con dolor miofascial. 4. Dolor neurógeno. Como tratamiento médico de la neuralgia trigeminal se sigue empleando la carbamacepina, pero se ha descrito que la lamotrigina, la gabapentina, la oxcarbacepina, la tiagabina y el topiramato resultan tan eficaces como la carbamacepina con menos efectos secundarios. La fenitoína podría ser el fármaco de segunda elección en caso de no responder a la carbamacepina. Si la presencia de efectos secundarios limita el uso de los anticonvulsivos, se podría usar el baclofeno. En el tratamiento del dolor neurógeno trigeminal se han usado fármacos de aplicación tópica como la clonidina en crema y la capsaicina. Como tratamiento quirúrgico y radioterápico se han usado radiaciones de 70 o 90 Gy mediante el sistema Model B Leksell *gamma knife* en pacientes con neuralgia trigeminal rebeldes al tratamiento farmacológico. 5. Dolor óseo. El término de osteopatía alveolar se amplía y se define como un edema de la médula ósea que se produce por alteraciones vasculares que conducen a una trombosis y microinfartos óseos. El tratamiento consiste en la resección completa del tejido óseo correspondiente, se realiza un curetaje medular y después se aplica un antibiótico en la zona. Se considera la osteopatía alveolar cavitaria como cualquier otra enfermedad oral. 6. Dolor posquirúrgico. El enjuague preoperatorio con clorhexidina reduce la incidencia de alveolitis seca en las extracciones simples y en las cirugías de terceros molares inferiores. Los últimos estudios se dirigen hacia el uso de AINE y opioides de forma tópica, y hacia la combinación de analgésicos. Como analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos se comenta el uso del paracetamol (1 g) con codeína (60 mg), que se muestra eficaz para el tratamiento del dolor tras cirugía oral. Para dolores más intensos se usa paracetamol (1 g) con oxicodona (10 mg). El uso de AINE y AIE (antiinflamatorios esteroideos) en las fases preoperatoria e intraoperatoria es beneficioso para reducir el dolor e hinchazón posquirúrgico. El ibuprofeno reduce el dolor posquirúrgico tras cirugía oral dentoalveolar. Para obtener un efecto antiinflamatorio se necesitan de 2.400 a 3.200 mg de ibuprofeno/d, y para conseguir un efecto analgésico dosis de 200 a 600 mg 4/d u 800 mg 3/d. Se comentan también los tratamientos de ketorolaco y fostato de codeína, de tramadol, y de celecoxib y rofecoxib, con eficacia similar a naproxeno, ibuprofeno, diclo-

fenaco y ácido acetilsalicílico en el tratamiento del dolor dental. Se comenta también el tratamiento con otros fármacos como un opioide o un anestésico local previo a la intervención, y del fentanilo inyectado combinado con anestésicos como la mepivacaína. Por último, el tartrato de butorfanol intranasal es de gran eficacia tras la extracción de terceros molares y cirugía oral en general. Como resumen, los autores indican que en los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos en el dolor orofacial. En la cefalea en racimos se ha incorporado la administración de nuevos fármacos por vía intranasal. En el dolor masticatorio la aplicación tópica de capsaicina y el uso de férulas orales en combinación con ejercicios de movilización mandibular son los tratamientos más utilizados. En el dolor neurógeno se han desarrollado nuevos fármacos anticonvulsivos con menos efectos secundarios que la carbamacepina. Los últimos avances farmacológicos se dirigen hacia el uso de AINE y opioides de forma tópica y hacia la combinación de distintos analgésicos.

OTEO-ÁLVARO A¹, PÉREZ-CABALLER A², GÓMEZ-CASTRESANA F³

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Virgen de la Torre¹, Madrid. Servicio de Urgencias de COT. Clínica La Milagrosa. Universidad San Pablo-CEU², Madrid. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Universidad Complutense³, Madrid

Tratamiento farmacológico del síndrome doloroso regional complejo de las extremidades como causa de dolor neuropático

Rev Clin Esp 2004;204:486-94

En este artículo los autores pretenden realizar una actualización acerca del concepto no esclarecido totalmente de dolor neuropático y sus causas musculoesqueléticas y de su tratamiento farmacológico. El término síndrome de dolor regional complejo (SDRC) de las extremidades aparece para esclarecer las anteriores entidades denominadas distrofia simpático refleja (DSR) y causalgia. Su diagnóstico sigue siendo difícil a pesar de los esfuerzos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para diferenciar ambas entidades. El SDRC se define como una «variedad de condiciones dolorosas de localización regional, posteriores a una lesión, que presentan predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo», causado por una le-

sión primaria o una disfunción del sistema nervioso periférico. Se han establecido 2 grupos del mismo: el síndrome de dolor regional complejo tipo I, que sustituye al término DSR (SDRC-I) y el síndrome de dolor regional complejo tipo II (SDRC-II) en sustitución del término causalgia. Ambos grupos definen cuadros de dolor en extremidades que se asocian a trastornos vasomotores. En el trabajo se describen los factores etiológicos del SDRC, su fisiopatología y el curso clínico con 3 estadios evolutivos (fase aguda, fase distrófica y fase atrófica), con los síntomas que aparecen y definen este síndrome: dolor neuropático, edema, alteraciones vasomotoras, limitación de la movilidad articular y atrofia muscular. Las exploraciones complementarias también pueden orientar, como el estudio radiográfico, la resonancia magnética nuclear, la gammagrafía ósea, la termografía, la prueba de cuantificación del sudor en reposo, la prueba cuantitativa del reflejo axonal sudomotor y los estudios electrofisiológicos. Se comentan los criterios diagnósticos de Kozin, et al. y los criterios de la IASP. En cuanto al tratamiento farmacológico del dolor de los SDRC, se exponen el mecanismo de acción de los distintos fármacos analgésicos, analgésicos opiáceos, fármacos antidepresivos, fármacos anti-convulsivantes, con dosis recomendadas de anti-epilépticos en el manejo del dolor neuropático, la gabapentina y los cuadros clínicos frecuentes en ortopedia de dolor neuropático subsidiarios de tratamiento con dicho fármaco. Igualmente, los tratamientos con anestésicos locales (mexiletina), anestésicos locales tópicos (lidocaína, capsaicina tópica), los fármacos antirresortivos (alendronato oral y pamidrona-

to endovenoso), los corticoides (prednisona, prednisolona y metilprednisolona solas o asociadas a lidocaína), los bloqueos regionales simpáticos (guanetidina, reserpina y bretilio), y finalmente otros fármacos entre los que destacan los fármacos bloqueadores de los canales de calcio (nifedipina, fenoxibenzamina solas o en asociación, prazosina y propranolol). Se comenta también el tratamiento mediante estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), y finalmente la importancia de un tratamiento de apoyo psicológico. Como resumen, los autores indican que de manera característica el síntoma que define el proceso es el dolor neuropático, que se caracteriza por su escasa respuesta a los tratamientos analgésicos habituales, incluidos los opioides y otros fármacos de uso común como los corticoides. Entre los fármacos de uso frecuente para tratar este síndrome se encuentran los glucocorticoides, cuya eficacia no está totalmente demostrada y presentan efectos secundarios importantes que impiden su utilización en pacientes con otras enfermedades concomitantes. Los fármacos opioides tienen un manejo difícil por los efectos secundarios, precisando un control estricto por parte del médico. El uso de antidepresivos tricíclicos buscando su efecto analgésico presenta también importantes efectos secundarios que pueden poner en peligro la vida del paciente, sobre todo si es cardiópata. Del heterogéneo grupo de fármacos anti-epilépticos es la gabapentina el que parece ofrecer una importante mejora de la calidad de vida de estos pacientes y un perfil de seguridad que hacen que sea considerada como el tratamiento de elección.