

PAIN & SPAIN

DOLOR 2005;20:166-9

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 (en 02/07/2005) la base de datos MEDLINE (PubMed-NLM) (fecha de publicación de 2005/03/31 a 2005/06/30), en continuidad a la búsqueda anterior (Dolor 2005;20(2):113-7). 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 brevemente al final del listado.

ARMERO P, MURIEL C, SANTOS J, et al. Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina. Universidad de Salamanca. COMT (Val158Met) polymorphism is not associated to neuropathic pain in a Spanish population. *Eur J Pain* 2005;9:229-32.

CÁNOVAS L, MORILLAS P, CASTRO M, GARCÍA B, SOUTO A, CALVO T. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario Ourense. Tratamiento de la punción dural accidental en la analgesia epidural del trabajo de parto. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005;52:263-6.

CULLA GINESTÀ A, BUTJOSA ROCA M, NOGUÉ XARAU S, DE LA SIERRA ISERTE A. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona. Saturnismo: una causa olvidada de dolor abdominal. *Rev Clin Esp* 2005;205:249.

DELGADO-LÓPEZ PD, RODRÍGUEZ-SALAZAR A, CASTILLA-DÍEZ JM, MARTÍN-VELASCO V, FERNÁNDEZ-ARCONADA O. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Yagüe. Burgos. Papel de la cirugía en la enfermedad degenerativa espinal. Análisis de revisiones sistemáticas sobre tratamientos quirúrgicos y conservadores desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia. *Neurocirugía (Astur)* 2005;16:142-57.

*FENOLLOSA VÁZQUEZ P, CANÓS VERDECHO MA, NÚÑEZ CORNEJO C, PALLARÉS DELGADO J. Unidad Terapéutica de Dolor. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Eficacia y tolerancia de la oxcarbacepina en dolor neuropático crónico: estudio de 40 casos. *Rev Neurol* 2005;40:711-5.

*GAMERO RUIZ F¹, GABRIEL SÁNCHEZ R¹, CARBONELL ABELLO J², TORNERO MOLINA J³, SÁNCHEZ-MAGRO I⁴. Servicio de Epidemiología. Hospital Universitario de La Princesa¹. Madrid. Servicio de Reumatología.

Hospital del Mar². Barcelona. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá³. Madrid. Departamento Científico. Grupo Grünenthal⁴. Madrid. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp* 2005;205:157-63.

GONZÁLEZ SANTANA H, PEÑARROCHA DIAGO M, GUARINOS CARBÓ J, BALAGUER MARTÍNEZ J. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Valencia. Estudio del dolor e inflamación en 41 pacientes tras la colocación de 131 implantes dentales. Pain and inflammation in 41 patients following the placement of 131 dental implants. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:258-63.

GRACIA NAYA M, REJAS GUTIÉRREZ J, LATORRE JIMÉNEZ A, GONZÁLEZ GARCÍA P. Servicio de Neurología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. Evaluación económica del tratamiento de la crisis aguda de migraña con triptanos en España. *Neurología* 2005;20:121-32.

*JIMÉNEZ-CABALLERO PE. Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Análisis de las cefaleas atendidas en las guardias de Neurología. *Rev Neurol* 2005;40:648-51.

LLAU PITARCH JV, DE ANDRÉS IBAÑEZ J, GOMAR SANCHO C, GÓMEZ LUQUE A, HIDALGO MARTÍNEZ F, TORRES MORERA LM. Hospital Clínico Universitario, Valencia. Fármacos que alteran la hemostasia y técnicas regionales anestésicas y analgésicas: recomendaciones de seguridad. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005;52:248-50.

PASCUAL J. Servicio de Neurología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Efficacy and tolerability of almotriptan in postmarketing surveillance studies. *Eur Neurol* 2005;53(Suppl 1):34-40.

*PASCUAL-LOZANO AM, SALVADOR-ALIAGA A, LÁINEZ-ANDRÉS JM. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. La cefalea postraumática. Fisiopatología, aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Neurología* 2005;20:133-42.

VALENTÍN MAGANTO V, CAMPS HERRERO C, CARULLA TORRENT J, et al. Servicio de Oncología Médica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Tolerabilidad y efectividad del citrato de fentanilo oral transmucosa en el tratamiento a largo plazo del dolor irruptivo en pacientes oncológicos: estudio ECODIR. *Clin Transl Oncol* 2005;7:205-12.

VALLALTA M, SAHUQUILLO-ARCE E, SALAVERT M, LACRUZ J. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Dolor bucal y pérdida de piezas dentarias en mujer de 36 años. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2005;23:241-2.

FENOLLOSA VÁZQUEZ P, CANÓS VERDECHO MA, NÚÑEZ CORNEJO C, PALLARÉS DELGADO J

Unidad Terapéutica de Dolor. Hospital Universitario La Fe, Valencia

Eficacia y tolerancia de la oxcarbacepina en dolor neuropático crónico: estudio de 40 casos

Rev Neurol 2005;40:711-5

El dolor neuropático (DN) se origina a consecuencia de una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico por diferentes etiologías. Clínicamente reúne una serie de síntomas como descargas espontáneas lancinantes, alodinia, hiperalgesia, hiperalgesia y otros trastornos sensitivos. La falta de respuesta del DN a tratamientos analgésicos habituales, o incluso con opiáceos en muchos casos, ha hecho recomendable el ensayo terapéutico de los fármacos antiepilépticos (FAE), que han demostrado ser una alternativa válida. Pero la existencia de efectos adversos de los FAE tradicionales, como la carbamacepina (CBZ), ha hecho recomendable evaluar la eficacia analgésica de nuevos FAE, como la oxcarbacepina (OXC), un análogo de la CBZ. Los autores llevan a cabo el presente estudio con el objetivo de evaluar la eficacia y tolerabilidad de la OXC en pacientes con DN crónico. Se trata de un estudio abierto, prospectivo, de una serie de 40 pacientes diagnosticados de DN de larga evolución, previamente refractario a diferentes tratamientos con anticomociales, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opioides y coadyuvantes. Los candidatos fueron pacientes atendidos en la Unidad Terapéutica del Dolor del hospital que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. Los pacientes se trataron con OXC y se evaluaron en la visita basal (antes del tratamiento) y final (después del tratamiento) por medio de una

escala visual analógica (EVA) para describir la intensidad del dolor por síntomas, y mediante escalas de McGill-SF y cuestionario de Lattinen para la evaluación multidimensional del dolor. Al final del estudio también se obtuvieron datos de la impresión general por parte del paciente. El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo del «tamaño del efecto» (*effect size*), computando la *d* de Cohen. Se incluyeron en el estudio 40 pacientes, 23 varones y 17 mujeres, con una media de edad de 50,2 años (de 26 a 80 años). Los resultados obtenidos indican que el tratamiento con OXC consigue disminuir diferentes variantes sintomáticas de este dolor, pero especialmente las descargas lancinantes ($d = 0,87$, efecto grande) y el dolor urente ($d = 0,060$, efecto moderado-grande), aunque también la alodinia ($d = 0,48$, efecto moderado) mejora con el tratamiento. En opinión de los propios pacientes, la respuesta al tratamiento fue buena o muy buena en un 50% de ellos. Respecto a los principales efectos indeseables observados (mareos, somnolencia y molestias abdominales) la frecuencia no mostró relación con la dosis administrada. La tolerabilidad fue aceptable. Independientemente de la edad y de las dosis administradas en este estudio, la eficacia del tratamiento, evaluado globalmente con los cuestionarios de Latineen y McGill, fue alta. Los autores concluyen que la OXC puede considerarse como una alternativa terapéutica a tener muy en cuenta en pacientes con DN de diferentes etiologías, ya que presenta una buena relación beneficio-riesgo y es un tratamiento bien aceptado por los pacientes.

GAMERO RUIZ F¹, GABRIEL SÁNCHEZ R¹, CARBONELL ABELLO J², TORNERO MOLINA J³, SÁNCHEZ-MAGRO I⁴

¹Servicio de Epidemiología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital del Mar, Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara; Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá, Madrid. ⁴Departamento Científico. Grupo Grünenthal, Madrid

El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR

Rev Clin Esp 2005;205:157-63

Los autores consideraron las consultas externas de Reumatología como el lugar idóneo para la realización de un estudio cuyo objetivo fuera el análisis del dolor musculoesquelético, así como sus interferencias en los planos psíquico y social. El estudio EPIDOR tiene como objetivo principal estimar la prevalencia y características del dolor reumatológico en la población adulta española atendida en consultas especializadas de Reumatología. Se trata de un estudio

transversal de prevalencia mediante entrevista clínica a una muestra representativa (1.134 pacientes) atendida en consultas generales de Reumatología de hospitales públicos españoles. Los investigadores (88 en total) correspondientes a 11 Comunidades Autónomas se seleccionaron de forma aleatoria a partir del registro de especialistas de Servicios Hospitalarios de Reumatología. Los pacientes se obtuvieron mediante muestreo aleatorio a partir de listados de pacientes citados, durante un período de una semana, en los hospitales participantes. Las variables principales del estudio fueron: motivo de consulta (paciente de nuevo diagnóstico [PND] o de revisión [PR]); características del paciente (sexo, edad, hábitos [alcohol/tabaco], estado civil); tipo de dolor, localización, intensidad, duración, tolerancia y manejo del dolor; tratamiento realizado (farmacológico o no farmacológico) y satisfacción con el tratamiento. Resultados: el número total de pacientes entrevistados fue de 1.134, 362 (31,9%) como PND y 772 (68,1%) como PR; el 28,4% fueron hombres, y el 71,6%, mujeres. Por grupos de edad, el más frecuente fue el comprendido entre 45 y 65 años. El consumo de alcohol fue más importante en hombres (25,1%) entre los 18 y 45 años. La prevalencia del dolor en la última semana fue altamente significativa tanto en PND (98,6%) como en PR (95,1%) con una prevalencia global del 96%, predominando principalmente en mujeres adultas, sedentarias y con fibromialgia. La frecuencia de dolor agudo fue del 80%, y en el crónico, del 20%. La prevalencia de la fibromialgia fue del 12% (2,2% en hombres y 15,5% en mujeres). El patrón de dolor dominante actual que prevaleció fue de tipo mecánico. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron: hipertensión arterial (21,7%), depresión (14,4%), enfermedades digestivas (13,8%) y ansiedad (13,4%). Todas las variables del estudio analizadas cambiaron según edad, sexo y tipo de paciente (PND o PR). El tratamiento más usado fue farmacológico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en más del 57,6%. El médico prescriptor del tratamiento fue primero el médico general (56,1%) seguido del reumatólogo (14,1%) en PND, y el primero fue el reumatólogo (69,9%) seguido del médico general (16,5%) en PR. En resumen, los autores concluyen que la presencia del dolor en reumatología es muy elevada, predominantemente en mujeres adultas, sedentarias, con frecuente fibromialgia. La localización, intensidad, patrón evolutivo, enfermedades asociadas y tratamiento varía según la edad, sexo y tipo de paciente (PND o PR). Los fármacos más utilizados para el manejo del dolor fueron los AINE (58%); los opioides tan sólo se utilizaron en el 6,4% de los pacientes, a pesar de que el dolor fue intenso en más de dos tercios.

JIMÉNEZ-CABALLERO PE

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo

Análisis de las cefaleas atendidas en las guardias de Neurología

Rev Neurol 2005;40:648-51

La cefalea es el trastorno neurológico más prevalente. La prevalencia de la migraña en las sociedades industrializadas se estima en un 10-12%, con un claro predominio de mujeres (3:1) sobre varones. La migraña sin aura (MSA) es cinco veces más frecuente que la migraña con aura (MCA). En un estudio laboral realizado en España se detectó que un 90% de los encuestados había sufrido cefalea en el último año. Los autores indican que la cefalea en su hospital es el principal motivo de consulta al neurólogo de guardia. La caracterización de la cefalea, un apropiado diagnóstico y tratamiento se fundamentan en una adecuada anamnesis y exploración, que dictamina la realización de pruebas complementarias –tomografía axial computarizada (TC) craneal y punción lumbar (PL). El alto número de pacientes atendidos unido a la existencia de una nueva clasificación internacional de las cefaleas animó a los autores al análisis de los datos de las cefaleas atendidas en las guardias de Neurología y la obtención de conclusiones que fueran de utilidad en su desarrollo. Para ello realizan un análisis descriptivo de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por esta sintomatología y que requieren una valoración neurológica según la nueva clasificación de las cefaleas de la *International Headache Society*. Se trata de un estudio retrospectivo y de observación mediante la revisión del estadillo de guardias de Neurología durante seis meses, en el año 2002. Se analizaron el diagnóstico, la edad, el sexo, la recurrencia al Servicio de Urgencias, la realización de pruebas complementarias, (TC craneal y PL) y, por último, el día de la semana y la hora de llegada. Durante el período analizado se valoró un total de 190 cefaleas. La edad media fue de 41,8 años, con un mínimo de 16 y un máximo de 88. Predominaron las mujeres con un 56,3%. El diagnóstico más frecuente fue la cefalea tensional (32,1%), seguido de la MSA (25,3%), la MCA (11,1%), la neuralgia del trigémino (7,4%), las cefaleas atribuidas a trastornos psiquiátricos (5,8%) y las cefaleas atribuidas a neoplasias intracraneales (5,3%). Se observó que las que más recurrían fueron las cefaleas de mayor intensidad del dolor (cefaleas en acúmulos) y las que tenían un trastorno psiquiátrico. Se realizó una TC craneal al 44,7% de los pacientes valorados, mientras que sólo se realizó PL a un 7,9%. Respecto a los días de la semana, el día que más acudieron fue el lunes (17,9%), mientras que los días que menos acudieron fueron en fin de se-

mana (sábado: 12,6%; domingo: 11,1%). La hora de acudir a Urgencias estaba entre las 9 de la mañana y las 12 de la noche, con caídas a las horas de la comida y la cena. No hubo diferencias significativas de edad entre mujeres y hombres. Las mujeres predominaron en el grupo de MCA, cefalea de tensión y neuralgia del trigémino, mientras que los varones lo hicieron en el grupo de las cefaleas atribuidas a neoplasias intracraneales y trastornos psiquiátricos, pero sin diferencias estadísticas. Los autores concluyen que el porcentaje de cefaleas secundarias que se diagnosticaron gracias a la presencia de un neurólogo de guardia fue muy elevado: 13,3% de las valoraciones solicitadas. Las cefaleas que más requirieron valoración fueron las más prevalentes en general: migraña sin aura y cefalea tensional. Por último, señalan que la presencia de un neurólogo de guardia reduce el número de pacientes ingresados por este síntoma en más del 50%.

PASCUAL-LOZANO AM, SALVADOR-ALIAGA A, LÁINEZ-ANDRÉS JM

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

La cefalea postraumática. Fisiopatología, aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos

Neurología 2005;20:133-42

En este artículo los autores revisan los conocimientos actuales en las cefaleas postraumáticas (CPT). La CPT es el síntoma postraumático más frecuente. Respecto a su etiopatogenia se contempla la posibilidad de que pueda compartir con las cefaleas primarias vías comunes de dolor. La cefalea es motivo de consulta neurológica, junto a síntomas cervicales (dolor cervical o cervicobraquial) y extracervicales (mareo, náuseas, ansiedad). La cefalea tras *whiplash* simula una cefalea tensional o cervicogénica. El síndrome tras *whiplash* es causa habitual de procedimientos medicolegales. La CPT puede iniciarse poco después de cualquier trauma craneal por benigno que sea y puede acompañarse de otros síntomas somáticos, psicológicos y/o cognitivos. La variante clínica más común de CPT es la cefalea tensional (75-85%) seguida de la migraña y la cefalea cervicogénica. Afecta principalmente a mujeres (2:1) entre los 15 y 34 años de edad, habitualmente con antecedentes familiares. La migraña postraumática (3-28%) afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes con historia familiar positiva. El diagnóstico definitivo de una CPT puede ser complicado. De acuerdo con los criterios que plantea la nueva revisión de la IHS, se

deben recoger tres aspectos fundamentales: 1) la gravedad del traumatismo craneal; 2) la relación temporal entre el traumatismo craneal y el inicio de la cefalea; y 3) la duración de la cefalea. Referente a la fisiopatología de la CPT, sigue siendo desconocida. Tanto en el traumatismo craneal como en el cervical se maneja una doble teoría: la de que lesiones estructurales infringidas por el traumatismo den una base orgánica a los síntomas y signos agudos y la de que factores psicológicos o emocionales sean los que participen en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas crónicos. Referente a la fisiopatología de la cefalea tras *whiplash*, se han propuesto diversas hipótesis etiopatogénicas. Entre ellas se incluyen modelos dinámicos que implican la comprensión del ganglio de la raíz dorsal, al estiramiento de cápsulas facetarias o a la lesión de las estructuras ligamentosas y osteomusculares. En cuanto a las estrategias de tratamiento, debe ser individualizado para evitar complicaciones tardías (abuso de medicación, cefalea de rebote y comorbilidad psiquiátrica). Los autores resumen que la CPT es el síntoma más prevalente de los que forman parte de un síndrome postraumático. La etiología de este complejo sintomático en individuos con un traumatismo craneal leve o latigazo cervical (*whiplash*) sigue siendo motivo de controversia. Mientras algunos autores defienden el origen orgánico del síndrome, otros justifican el mantenimiento de los síntomas en la interacción de factores psicosociales estresantes, e incluso en la intencionalidad del paciente en caso de existir un litigio legal pendiente. La CPT tiene una enorme variabilidad clínica, siendo la cefalea de tensión la variante más frecuente seguida de la migraña y la cefalea cervicogénica. Respecto a su fisiopatología, se contempla la posibilidad de que la CPT pueda compartir vías comunes de activación del dolor con cefaleas primarias y que en el caso particular de la migraña postraumática compartan mecanismos de sensibilización central y periférica. Los autores finalmente concluyen que la CPT debe ser tratada precozmente con la finalidad de evitar la aparición de complicaciones asociadas. La orientación terapéutica en todos los casos debe ser individualizada en función de las características clínicas de la cefalea y las del individuo que las padece. En general, las opciones de tratamiento preventivo y sintomático de las cefaleas primarias (cefalea tensional y migraña) serán eficaces en el caso de las variantes postraumáticas. En casos concretos, la fisioterapia, la psicoterapia y la resolución de conflictos legales pendientes podrían contribuir en la recuperación. En el caso de la cefalea tras *whiplash*, la rehabilitación cervical suele conllevar la mejoría de la cefalea y de los síntomas acompañantes.