

Conceptualización del Dolor Mixto

El dolor mixto es el resultado de la superposición de los tipos ya conocidos de dolor en un área determinada del cuerpo. Los avances en el marco conceptual llevarán a una mayor aceptación de la existencia de este síndrome, con el eventual surgimiento de herramientas diagnósticas y terapéuticas más apropiadas.



Fuente: Current Medical Research and Opinion 35(6):1011-1018

Título original: Current Understanding of the Mixed Pain Concept: a Brief Narrative Review

Autores: Freynhagen R, Parada H, Ciampi de Andrade D y colaboradores

Institución: Benedictus Hospital Tutzing, Tutzing, Alemania; Technische Universität München, Munich, Alemania; Hospital das Clinicas FMUSP, São Paulo, Brasil

Introducción

Si bien las discusiones acerca del “dolor mixto” datan de hace más de una década, todavía falta una definición consensuada de esta entidad. En el contacto diario con pacientes con dolor crónico, la existencia de terminología clara y concreta es fundamental para la comunicación entre colegas y con la comunidad. En este contexto, la *International Association for the Study of Pain* es protagonista de esfuerzos constantes por definir términos básicos y clasificar síndromes dolorosos. Sin embargo, la clasificación actual mantiene la dicotomía entre dolor nociceptivo y neuropático. Al no conocerse los mecanismos fundamentales detrás de la generación del dolor mixto, puede pensarse que definir a la entidad es prematuro. Sin embargo, existen datos clínicos a favor de la existencia del cuadro, reflejada en un gran número de individuos que sufren de esta mal caracterizada condición.

El presente trabajo intentó consolidar y articular la información disponible acerca del dolor mixto, así como las principales áreas de desconocimiento.

Métodos

Una iniciativa del Dr. Rainer Freynhagen, el autor principal del presente estudio, derivó en la organización de una serie de discusiones informales acerca del dolor mixto. Los participantes fueron médicos de diversas especialidades (Medicina del Dolor, Anestesiología, Neurología, Cirugía Ortopédica, Reumatología y Medicina General) con

amplia experiencia en el tratamiento de pacientes con dolor y provenientes de diversos países. La confección del grupo fue arbitraria y basada en contactos personales, sin el apoyo ni el estímulo económico de ninguna sociedad médica ni científica. Sin embargo, los participantes eran médicos reconocidos en el campo del dolor, con experiencia en investigación y con puestos de jerarquía en sus respectivas sociedades nacionales del dolor.

El autor principal formuló una serie de preguntas sobre las cuales los participantes reflexionaron y debatieron. Las conclusiones de la discusión se reflejan en una serie de enunciados que se desarrollan en los resultados del presente trabajo.

Resultados

La literatura sobre el dolor mixto data de al menos 2 décadas

El primer empleo del término “dolor mixto” como referencia a una categoría fisiopatológica se remonta a 1999, en un trabajo de Grond y colaboradores. Su equipo evaluó a 583 pacientes con cáncer y halló que 181 participantes presentaban dolor con características nociceptivas y neuropáticas, con lo que podía definirse a este fenómeno como dolor mixto. En 2004, un grupo de médicos alemanes introdujo la posibilidad de agrupar a estos pacientes en una categoría distinta a las de dolor neuropático y dolor nociceptivo, y puso como ejemplo a un diagnóstico ya conocido, la ciática crónica, que se ajusta a la descripción original. Posteriormente, en 2005, diversos trabajos ampliaron la comprensión de la fisiopatología del dolor mixto, con mecanismos que se solapan con los descritos para el dolor nociceptivo y para el dolor neuropático, y se profundizó en los conocimientos sobre sus repercusiones terapéuticas.

La información disponible acerca del dolor mixto está en franco crecimiento. Por ejemplo, una búsqueda de bibliografía publicada entre 1999 y 2010 arrojará 563 publicaciones, mientras que la misma terminología con estudios publicados desde 2011 se hallará en 1779 trabajos.

Diversos estados de dolor crónico se consideran dolor mixto

Se acepta masivamente que el dolor asociado con el cáncer es, en esencia, un dolor mixto. El dolor lumbar, una de las 10 causas principales de discapacidad, presenta características de dolor nociceptivo y de dolor neuropático. El dolor vinculado con la artrosis, inicialmente considerado el arquetipo de dolor nociceptivo, posee componentes centrales y locales que se traducen en mecanismos de dolor mixto. Asimismo, en el período posquirúrgico, el dolor suele adjudicarse a mecanismos neuropáticos iatrogénicos, si bien en algunos pacientes el dolor nociceptivo juega un papel fundamental.

El dolor mixto es fenotípicamente heterogéneo

Dado que el dolor mixto presenta componentes nociceptivos, neuropáticos, la interacción entre estos mecanismos determinará un sinnúmero de fenotipos clínicos. Las fluctuaciones temporales y de intensidad de ambos tipos básicos de dolor pueden deberse a cambios a nivel molecular que determina las variadas presentaciones clínicas. Alternativamente, el dolor mixto puede estar basado en mecanismos distintos de los conocidos para los demás tipos de dolor.

El dolor mixto se asocia con consecuencias negativas en la calidad de vida

Un estudio con 8000 participantes con dolor lumbar informó que el 37% de los entrevistados presentaba componentes de dolor neuropático, y que dicho fenómeno se asociaba con mayor duración e intensidad del dolor, así como con mayor susceptibilidad a ansiedad, depresión e insomnio. Otro trabajo correlacionó el dolor neuropático y el dolor mixto con peor calidad de vida, medida con herramientas específicas, y con mayores niveles de discapacidad. Además, los pacientes con dolor mixto presentan mayor incidencia de comorbilidades y de dificultades psicosociales.

No se conocen los mecanismos de generación del dolor mixto

Se desconoce si el dolor mixto es el resultado de la operación simultánea de mecanismos nociceptivos y neuropáticos, o bien deviene de procesos desconocidos y diferentes de los ya descritos. Algunos expertos aducen que la mayor complejidad de los pacientes con dolor mixto justifica su clasificación como una entidad definida. Sin embargo, no existe un modelo fisiopatológico de dolor mixto en la literatura.

No existe un método definido para el tamizaje y diagnóstico del dolor mixto

Si bien existen métodos novedosos para cuantificar el componente neuropático en el dolor lumbar o artrósico, estas herramientas no fueron creadas para evaluar la presencia de dolor mixto, por lo que su diagnóstico de certeza continúa siendo esquivo.

No se ha definido el tratamiento de elección para el dolor mixto

La complejidad de esta entidad dificulta su diagnóstico, y este fenómeno repercute negativamente en la elección de un tratamiento apropiado. Hoy en día, los expertos se basan en las normativas vigentes para el dolor neuropático para elegir opciones terapéuticas.

Discusión

Los autores reconocen como fundamental a un eventual avance en la comprensión fisiopatológica del dolor mixto. Los pacientes aquejados con esta dolencia tienen un sufrimiento adicional: el de escuchar que su dolor no existe o “está en su cabeza”. Los avances diagnósticos pueden validar la experiencia de estos individuos, y permitirán el hallazgo de tratamientos específicos.

Se espera que el presente artículo estimule la investigación en este tema. Son fundamentales los avances en herramientas de tamizaje para mejorar el rendimiento de los clínicos y la experiencia de los pacientes.

Conclusiones

El dolor mixto es el resultado de la superposición de los tipos ya conocidos de dolor en un área determinada del cuerpo. Los avances en el marco conceptual llevarán a una mayor aceptación de la existencia de este síndrome, con el eventual surgimiento de herramientas diagnósticas y terapéuticas más apropiadas.