



Dolor en la esclerosis múltiple

Por la Dra. Aliza Ben-Zacharia, DNP, ANP, FAAN, MSCN y la Dra. Abbey Hughes

Definición y descripción del dolor causado por la EM

El dolor es uno de los síntomas “invisibles” más frecuentes de la esclerosis múltiple (EM), que afecta a aproximadamente a dos tercios de las personas con EM a lo largo de sus vidas y a aproximadamente la mitad de las personas con EM en cualquier momento.^{1,2} A pesar de la alta prevalencia del dolor en la EM, menos de un tercio de los pacientes notifican recibir tratamiento para abordar específicamente su dolor.² La evaluación regular y el tratamiento integral del dolor son esenciales para promover la función y la calidad de vida entre las personas con EM.

El dolor en la EM se puede clasificar de múltiples maneras, en función del tipo, la duración y la intensidad. Los tipos de dolor incluyen dolor musculoesquelético, que afecta a los huesos, músculos, ligamentos y tendones, y dolor neuropático, que afecta a los nervios y puede interferir significativamente en la capacidad de sentir la temperatura, el tacto y la presión.² La duración del dolor puede ser aguda (a corto plazo) o crónica (6 meses o más), pudiendo en este último caso provocar discapacidad. La intensidad del dolor se evalúa a menudo como leve, moderada o grave, varía considerablemente de persona a persona y puede fluctuar con el tiempo.

Dada la amplia gama de experiencias de dolor y los diferentes tratamientos y estrategias disponibles para tratar los diferentes tipos de dolor, es útil para las personas con EM y sus profesionales sanitarios comentar el dolor utilizando términos descriptivos. Por ejemplo, los términos como “sordo”, “constante”, “que pica”, “que quema”, “choques eléctricos”, “como puñaladas”, “opresivo” y “en tirones” son todas formas diferentes de describir sensaciones dolorosas que pueden producirse con la EM y pueden ayudar a determinar el curso de tratamiento más adecuado.^{3,4}

Intensidad del dolor e interferencia del dolor

Hacer un seguimiento de la intensidad del dolor y de la interferencia del dolor es útil para identificar los tipos de situaciones y actividades que pueden mejorar o empeorar el dolor. La intensidad del dolor se puede puntuar en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor imaginable) y la interferencia del dolor se puede puntuar en una escala de 0 (no interfiere con

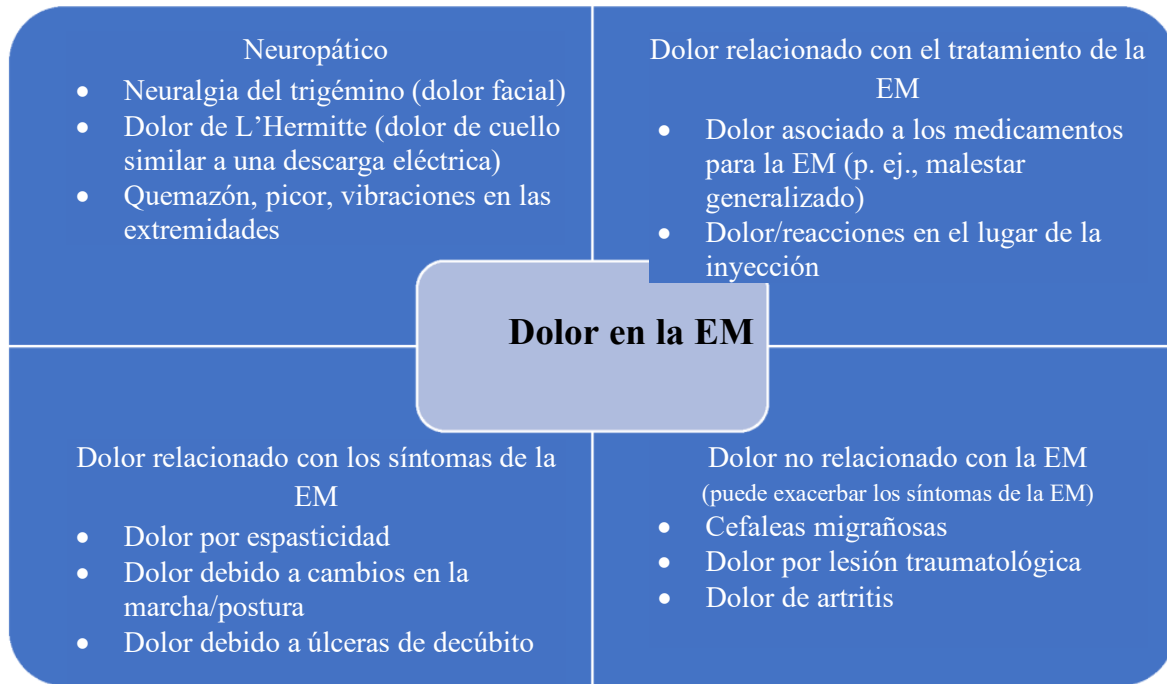
el funcionamiento en absoluto) a 10 (interfiere completamente con el funcionamiento). La distinción entre la intensidad del dolor y la interferencia del dolor es importante porque algunos tratamientos, especialmente enfoques no farmacológicos como los tratamientos de rehabilitación e intervenciones psicológicas, son eficaces para reducir la interferencia del dolor (es decir, mejoras en el funcionamiento diario), incluso si la intensidad del dolor no cambia significativamente.

El dolor puede interferir en el funcionamiento diario de varias formas y provocar problemas adicionales como pérdida de aficiones/actividades agradables, aislamiento social, dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido y cambios de estado de ánimo (p. ej., depresión y/o ansiedad nuevas o que empeoran). Muchas personas con EM también comunican que su dolor interfiere con su concentración y memoria; sin embargo, un estudio reciente no mostró una relación significativa entre la intensidad del dolor y el rendimiento en las pruebas de memoria y atención.⁵ Estos resultados sugieren que, aunque el dolor crónico podría no causar directamente problemas de atención o memoria, puede provocar depresión, lo que afecta a la forma en que las personas se perciben a sí mismas y a sus capacidades.⁶ Por lo tanto, el diagnóstico temprano y las estrategias efectivas de tratamiento del dolor tienen implicaciones importantes para el funcionamiento físico, cognitivo, y emocional en la EM.⁷

Control del dolor de la EM

El tratamiento del dolor en la EM incluye enfoques no farmacológicos y farmacológicos.³ Los métodos no farmacológicos incluyen: (1) intervenciones de rehabilitación como fisioterapia y terapia ocupacional (p. ej., ejercicios centrados en la fuerza, estabilidad y resistencia); (2) intervenciones psicológicas como terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de aceptación y compromiso (ACT), atención plena y entrenamiento de relajación; y (3) enfoques complementarios e integradores como yoga, taichí y acupuntura.^{8,9} Los enfoques farmacológicos difieren según el tipo de dolor.⁷ Por ejemplo, la neurotoxina botulínica puede ser útil para tratar la espasticidad o los espasmos musculares dolorosos. Se ha demostrado que algunos antidepresivos y anticonvulsivos son eficaces para el dolor neuropático. Una consulta con un neuropsiquiatra, un psiquiatra especializado en trastornos neurológicos como la EM, puede ayudar a determinar si es adecuada la toma de medicamentos y qué medicamentos son los apropiados, dado el historial médico individual de un paciente y otros factores como la medicación actual y el historial de salud mental. También ha habido un mayor interés en el uso de cannabis para el dolor en la EM. Una revisión sistemática reciente¹⁰ sugirió que el cannabis, en comparación con un placebo, mostró algunos beneficios para mejorar la espasticidad; sin embargo, se necesitan más estudios para determinar qué tipos y dosis de cannabis son más eficaces.^{4,10} Los efectos secundarios a largo plazo del uso de cannabis en adultos con EM (p. ej., efectos cognitivos) siguen en investigación.

Dado que cualquier tratamiento único por sí solo no suele ser suficiente para tratar el dolor de la EM, se recomienda una derivación a un programa integral y multidisciplinar de tratamiento del dolor o a un programa de medicina física y rehabilitación. Estos programas ofrecen muchos de los enfoques descritos anteriormente y trabajan con los pacientes para coordinar su atención para determinar la combinación óptima de tratamientos y estrategias.⁷



Bibliografía

1. Drulovic J, Basic-Kes V, Grgic S, et al. The Prevalence of Pain in Adults with Multiple Sclerosis: A Multicenter Cross-Sectional Survey. *Pain Medicine*. 2015;16(8):1597-1602.
2. Ferraro D, Plantone D, Morselli F, et al. Systematic assessment and characterization of chronic pain in multiple sclerosis patients. *Neurol Sci*. 2018;39(3):445-453.
3. Ben-Zacharia AB. Therapeutics for multiple sclerosis symptoms. *Mt Sinai J Med*. 2011;78(2):176-191.
4. Thompson AJ, Toosy AT, Ciccarelli O. Pharmacological management of symptoms in multiple sclerosis: current approaches and future directions. *Lancet Neurol*. 2010;9(12):1182-1199.
5. Scherder R, Kant N, Wolf E, Pijnenburg ACM, Scherder E. Pain and Cognition in Multiple Sclerosis. *Pain Med*. 2017;18(10):1987-1998.
6. Alschuler KN, Ehde DM, Jensen MP. Depresión y dolor concomitantes en la esclerosis múltiple. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*. 2013;24(4):703-715.
7. Paolucci S, Martinuzzi A, Scivoletto G, et al. Assessing and treating pain associated with stroke, multiple sclerosis, cerebral palsy, spinal cord injury and spasticity. Evidence and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(6):827-840.
8. Hasanpour Dehkordi A. Influence of yoga and aerobics exercise on fatigue, pain and psychosocial status in patients with multiple sclerosis: a randomized trial. *J Sports Med Phys Fitness*. 2016;56(11):1417-1422.
9. Halabchi F, Alizadeh Z, Sahraian MA, Abolhasani M. Exercise prescription for patients with multiple sclerosis; potential benefits and practical recommendations. *BMC Neurol*.

2017;17(1):185.

10. Amato L, Minozzi S, Mitrova Z, et al. [Systematic review of safeness and therapeutic efficacy of cannabis in patients with multiple sclerosis, neuropathic pain, and in oncological patients treated with chemotherapy]. *Epidemiol Prev.* 2017;41(5-6):279-293.