

DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

MANEJO CLÍNICO

DRA. TANIA GARCÍA SOBRINO
SERVICIO NEUROLOGÍA
AREA SANITARIA PONTEVEDRA - SALNÉS
18 ENERO 2024



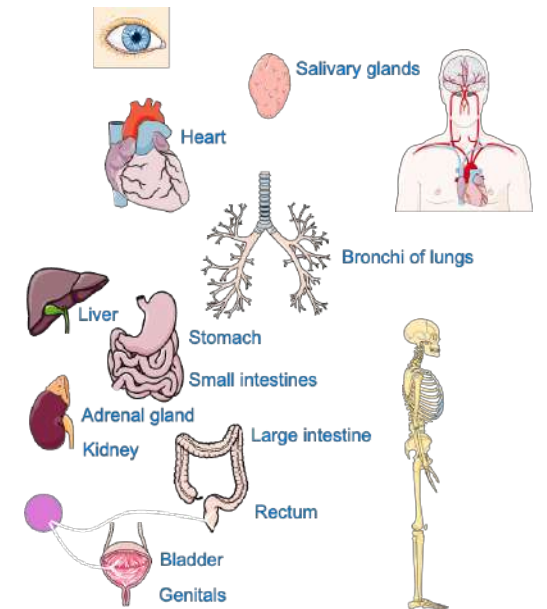
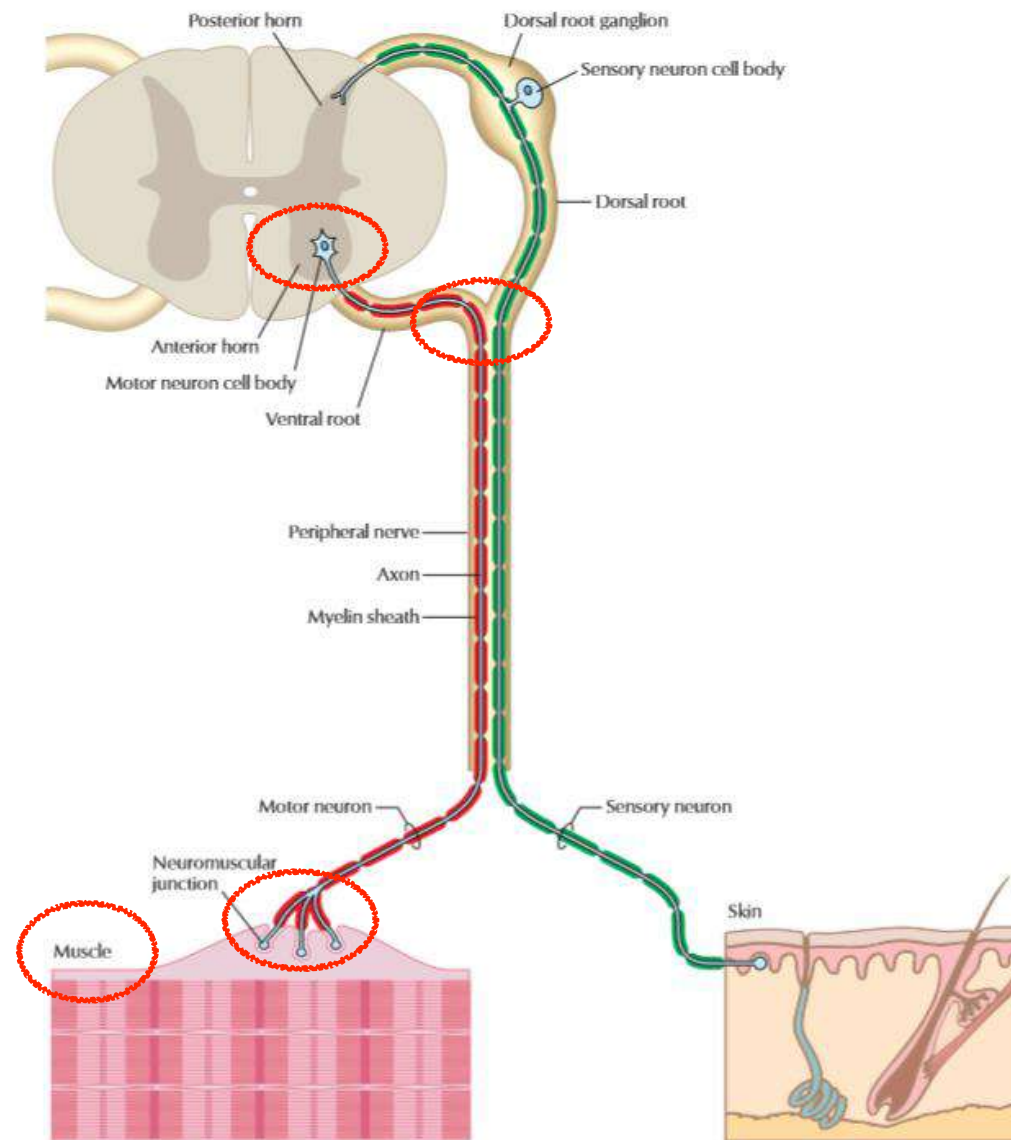
DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

- INTRODUCCIÓN
- CLASIFICACIÓN ENMC
- MOTIVO CONSULTA
 - HIPERCKEMIA
 - DOLOR - INTOLERANCIA AL EJERCICIO
 - DEBILIDAD
 - TROFISMO
 - OTROS SIGNOS
 - SÍNTOMAS RESPIRATORIOS
- DIAGNÓSTICO
- MANEJO TERAPEUTICO
- CONCLUSIONES





INTRODUCCIÓN

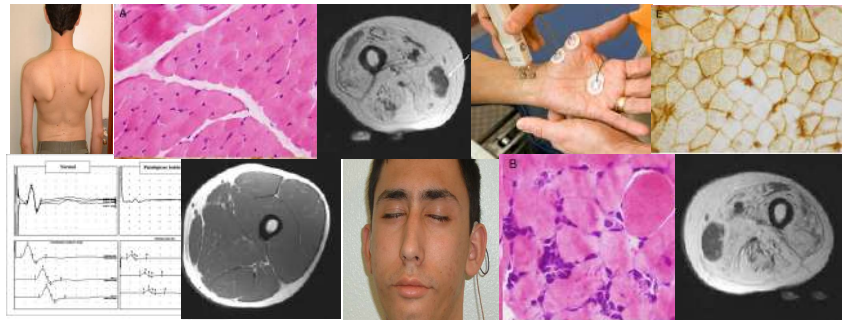


- ❖ Riera-Mestre. Rare diseases in Spain: a look into the future. Medicina Clínica 158;2022:274-276
- ❖ Birrete Tumienne et al. Rare disease education in Europe and beyond: time to act. Orphaned Journal of Rare Disease 2022;17:441
- ❖ Reinhard C. Et al. The European Reference Network for Rare Neurological Diseases. Front. Neurol 2021;11:616569

INTRODUCCIÓN

> 150 ENMC

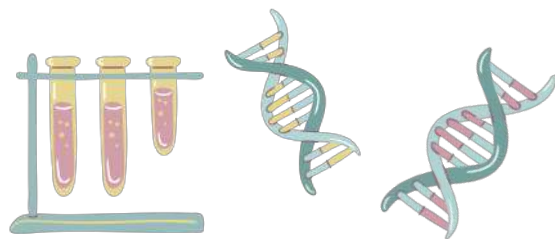
< 5 casos/10.000 habitantes



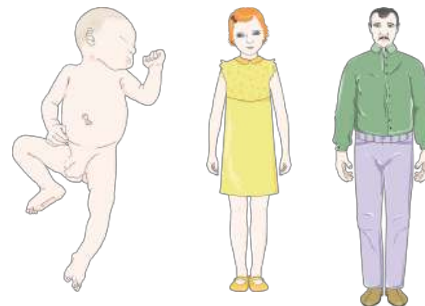
Retraso diagnóstico
4 años

Origen Genético - Adquirido

GENÉTICA



EDAD PRESENTACIÓN



Múltiples consultas

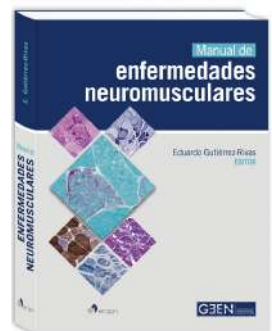
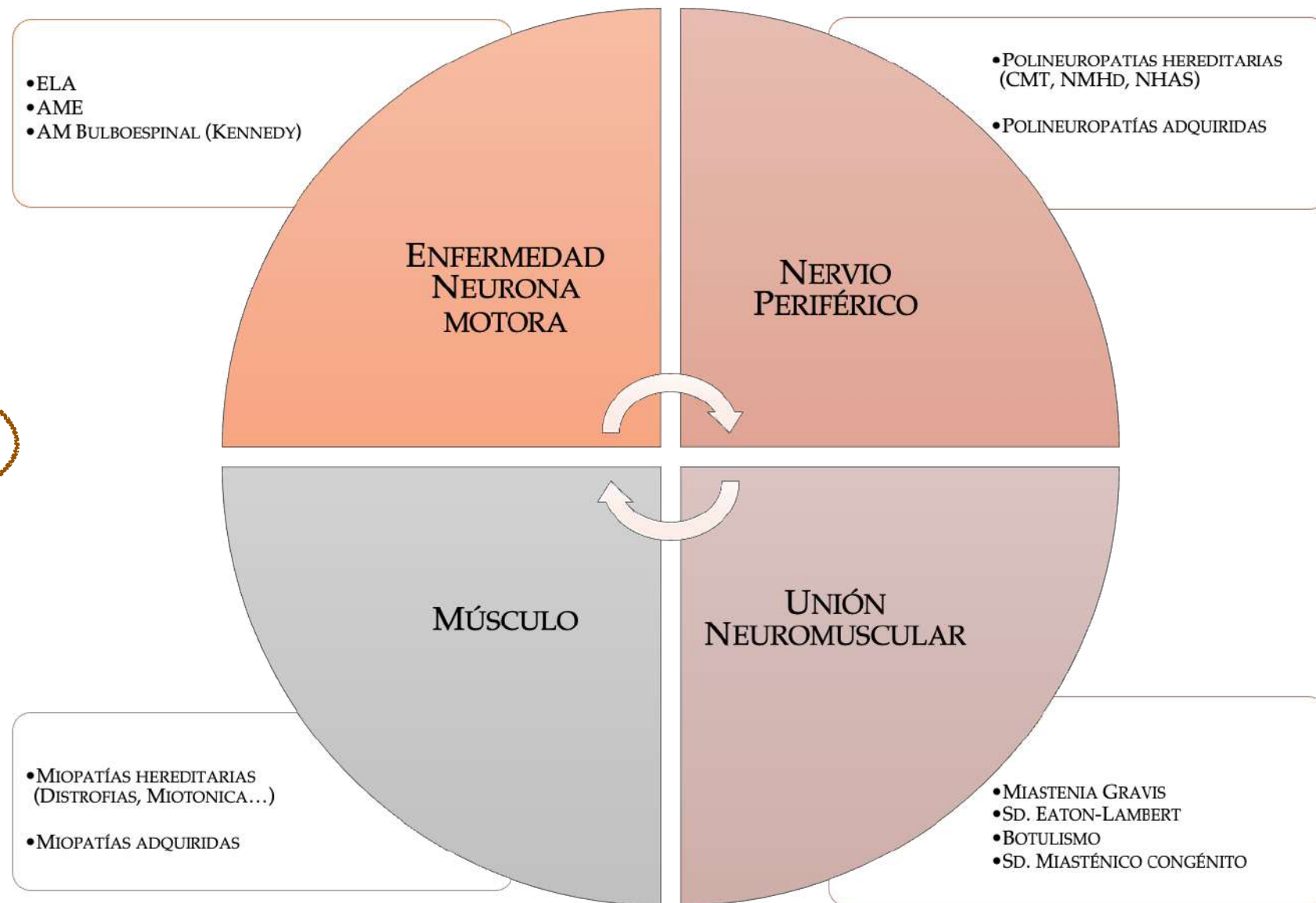
- ❖ Riera-Mestre. Rare diseases in Spain: a look into the future. Medicina Clínica 158;2022:274-276
- ❖ Birrete Tumienne et al. Rare disease education in Europe and beyond: time to act. Orphaned Journal of Rare Disease 2022;17:441
- ❖ Reinhard C. Et al. The European Reference Network for Rare Neurological Diseases. Front. Neurol 2021;11:616569

INTRODUCCIÓN

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO

- Diagnóstico precoz
 - Evitar repetición de pruebas
 - Planificación terapéutica y ayudas
 - Opciones terapéuticas
 - Pronóstico
- Disminuir ansiedad e incertidumbre
- Reducir peregrinaciones
- CONSEJO GENÉTICO !!!
- CALIDAD ASISTENCIAL
- REDUCCIÓN COSTES
- CALIDAD VIDA

CLASIFICACIÓN



PROCESO DIAGNÓSTICO



MOTIVO DE CONSULTA

- HiperCKemia
- Astenia-Fatiga - Fatigabilidad - Intolerancia ejercicio
- Calambres - dolor/mialgias
- Debilidad muscular
- Síntomas respiratorios
- Parestesias
- Alteración equilibrio
- Disautonomía

FORMA
PRESENTACIÓN
AGUDO-SUBAGUDO
CRÓNICO
INTERMITENTE

ANTECEDENTES
PERSONALES

EVOLUCIÓN
PROGRESIVO
NO PROGRESIVO
FLUCTUANTE

ANTECEDENTES
FAMILIARES

DESENCADENANTES
FRÍO
INFECCIONES
EJERCICIO
HIDRATOS CARBONO

MOTIVO DE CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- HiperCKemia
- Fatiga - Fatigabilidad
- Calambres - dolor/mialgias
- Debilidad muscular
- Síntomas respiratorios

SÍNTOMAS ASOCIADOS

NEUROLÓGICOS:
EPILEPSIA
D. COGNITIVO
SÍNT. VISUALES/

NO NEUROLÓGICOS:
DIGESTIVOS
RESPIRATORIOS
CARDIOLÓGICOS

HIPERCKEMIA

Table 1 97.5th percentile for serum creatine kinase (CK) activity (iu/l).
Derived from Brewster *et al.* 2007

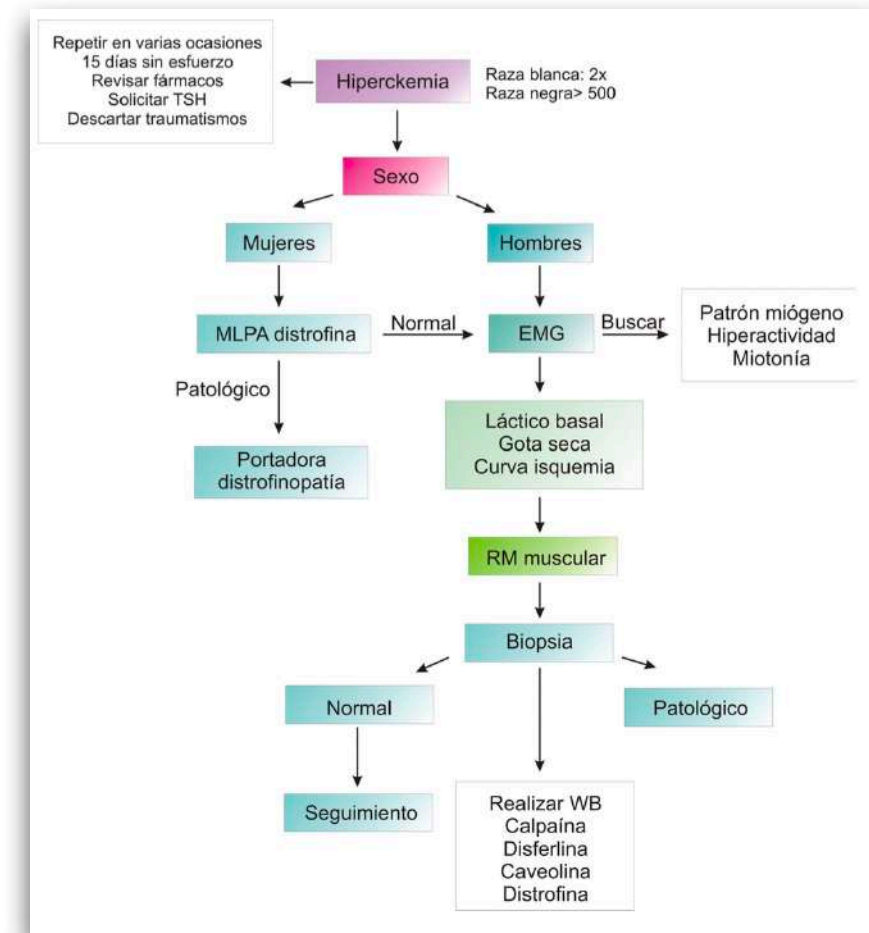
	Non-black Female	Non-black Male	Black Female	Black Male
CK iu/l	217	336	414	801

HiperCKemia No NMC

Fármacos - Tóxicos
Ejercicio excesivo
Traumas - Cirugías
Hipotiroidismo - Hipoparatiroidismo
SAOS

HiperCKemia Farmacológica

Estatinas - Vibratos
Colchicina
Antipsicóticos
Zidovudina
B-Bloqueantes



T. Kyriakides. EFNS guidelines on the diagnostic approach to pauci- or asymptomatic hyperCKemia. European Journal of Neurology 2010, 17: 767-773

Ramon Baeza T. Rhabdomyolysis: A syndrome to be considere. Med Clin (Barc) 2022 Mar 25;158(6):277-283

INTOLERANCIA EJERCICIO - CALAMBRES - MIALGIAS

INTOLERANCIA EJERCICIO

- Aparición de fatiga, dolor, contracturas o debilidad con la actividad física
- Mejoría con el reposo
- Siempre se acompaña de alteración en los niveles CK

FATIGA CRÓNICA

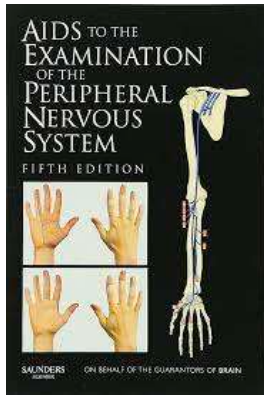
- Sensación de cansancio, astenia, dolor muscular persistente (puede empeorar con los esfuerzos)
- No cede tras el reposo
- Normalidad de las cifras de CK

CALAMBRE - CONTRACTURA

- El calambre muscular es una contracción brusca y dolorosa de un músculo o parte de él, con una duración limitada
- Acortamiento mecánico del músculo en ausencia de potenciales de acción musculares. ENMG silentes

MIALGIAS

- Dolor muscular es un síntoma inespecífico.
- Provocadas por el esfuerzo físico excesivo, los traumatismos, los medicamentos y las infecciones víricas.
- Las mialgias ocasionadas por una enfermedad muscular primaria generalmente se desencadenan con el ejercicio y se acompañan de otros signos/síntomas.



DEBILIDAD MUSCULAR

OBSERVAR DESDE QUE ENTRA EL PACIENTE POR LA CONSULTA



Escala MRC	
0	No hay contracción
1	Contracción muscular. Sin desplazamiento
2	Desplazamiento articular. Sin vencer
3	No hay resistencia. Vence gravedad
4	Fuerza disminuida. Vence resistencia
5	Fuerza normal

Imagen tomada de
"Aids to the examination of the
peripheral nervous system".

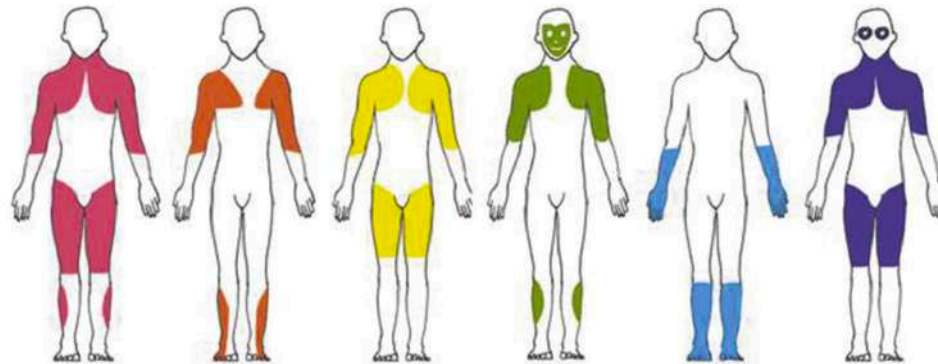


PATRÓN DEBILIDAD MUSCULAR

PROXIMAL

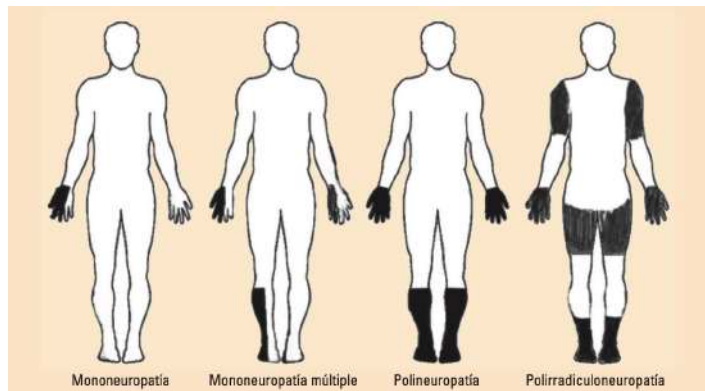
DISTAL

PATRÓN DE DEBILIDAD EN MIOPÍAS



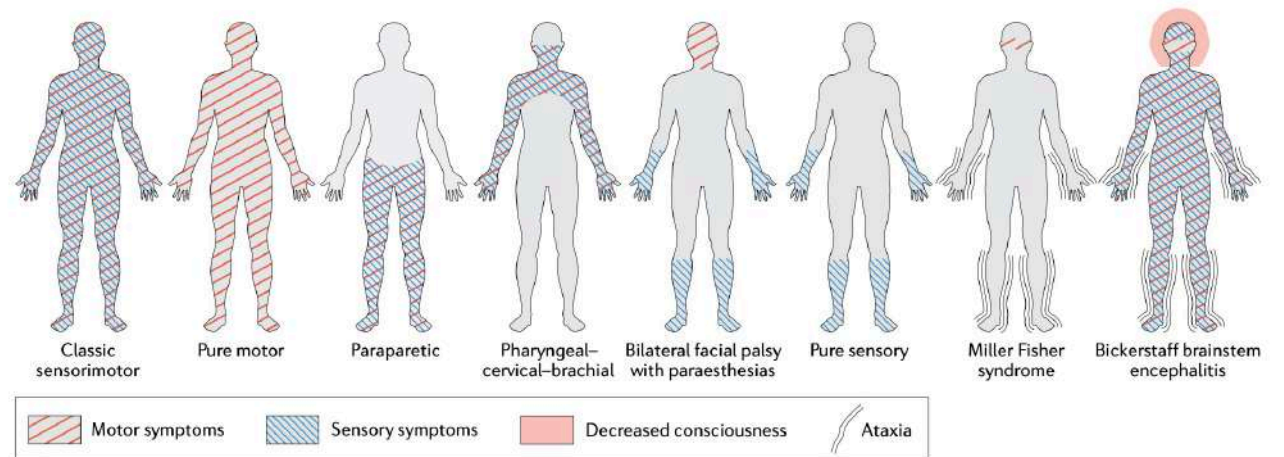
I. Rojas-Marcos. Distrofias musculares. Medicine. 2019;12(76):4486-96

PATRÓN DEBILIDAD POLINEUROPATÍA



J. Pardo-Fernández, T. García-Sobrino y E. Costa-Arpín . Neuropatías, radiculopatías y plexopatías. Medicine. 2015;11(78):4698-710

PATRÓN DE DEBILIDAD EN SD. GUILLAIN-BARRÉ



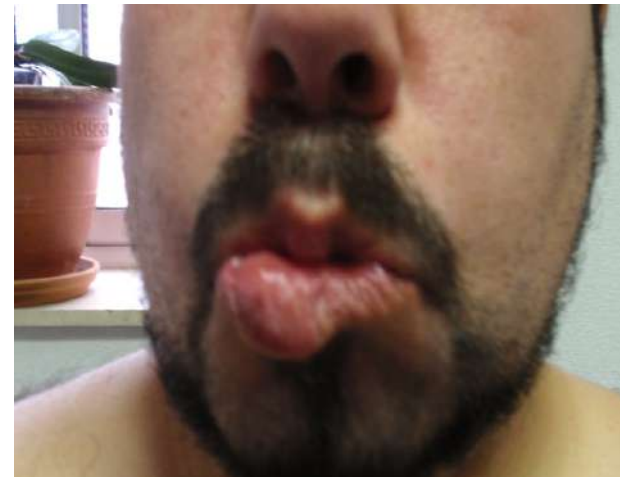
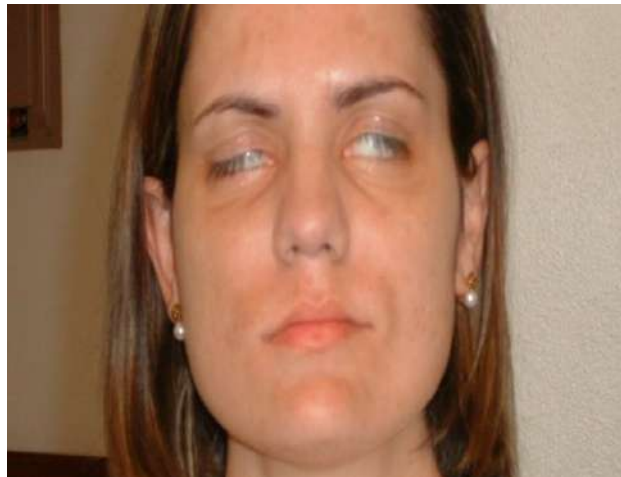
Sonja E. Leonhard. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol. 2015

DISTRIBUCIÓN DEBILIDAD MUSCULAR

Gutierrez-Rivas E. Manual Enfermedades Neuromusculares. Ergon 2017. Madrid. ISBN: 978-84-16732-35-7

Facial	Duerme con ojos abiertos Dificultad hinchar globos. beber por pajita o silbar. Sonrisa vertical
M. Extraocular	Ptosis. Diplopia, mejoría en visión monocular. En afectación crónica no existe queja de diplopia
Mandíbula	Dificultad para masticar
Lengua	Disartria Dificultad para mover alimentos en la boca
Cuello	Cabeza caída. Dolor nuca. Dificultad estabilizar cabeza
Musculatura ventilatoria	Disnea en decúbito - Disnea sumergido en agua Somnolencia diurna. Cefalea matutina
M. Abdominal	Dificultad para sentarse desde decúbito. Abdomen prominente
Flexión cadera	Dificultad para salir del coche Más dificultad para subir escaleras que para bajar
Abductores de cadera	Marcha anadeante
Extensión rodilla	Dificultad para levantarse desde cuclillas, silla baja Caídas
Dorsiflexión tobillo	Tropezos. Pie caído
Hombro	Dificultad para lavar el pelo. Dificultad para ponerse las mangas de la ropa

DEBILIDAD MUSCULAR



DEBILIDAD FACIAL

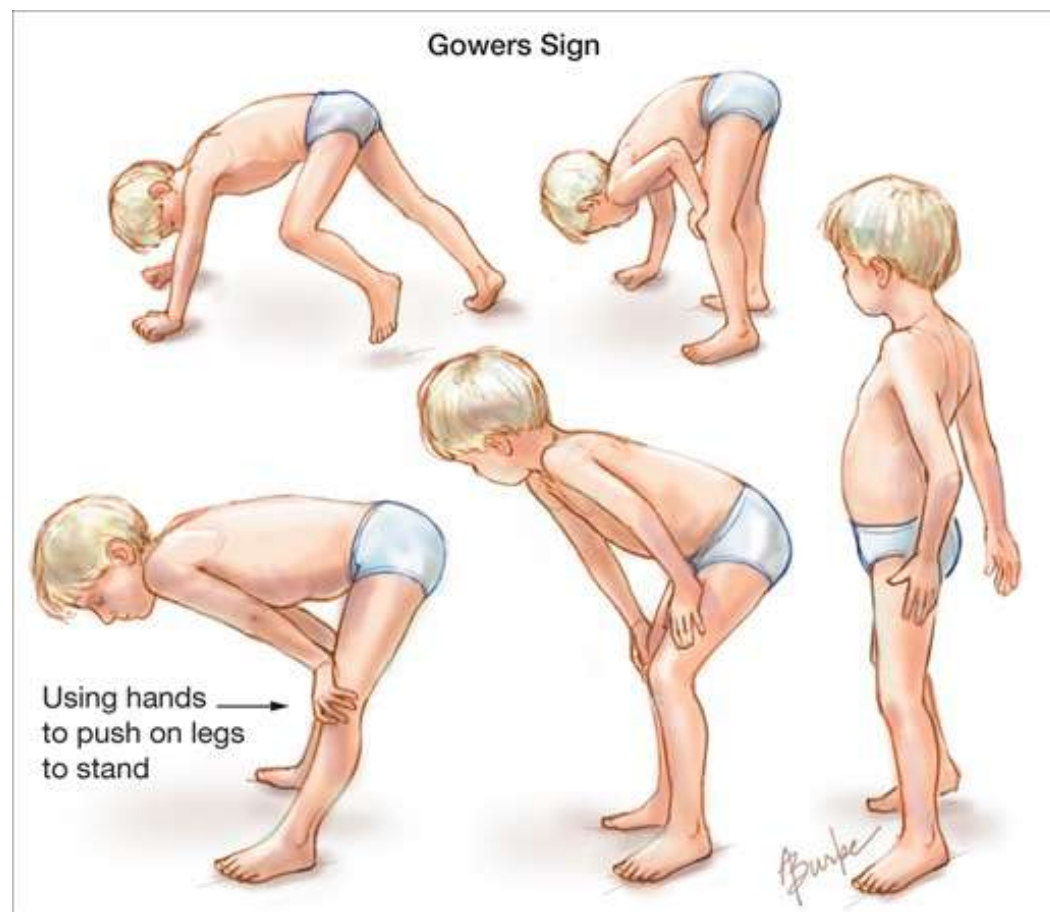
DEBILIDAD MUSCULAR



DEBILIDAD PROXIMAL

DEBILIDAD MUSCULAR

SIGNO GOWERS



DEBILIDAD MUSCULAR

DEBILIDAD DISTAL - PATRÓN MARCHA



NEJM



NEJM GROUP
WWW.NEJM.ORG/DOI/FULL/10.1056/NEJMCPS1210603



Kate Bushby. Diagnosis and management of the limb girdle muscular Dystrophies. Pract Neurol 2009; 9: 314–323

TROFISMO



CMT



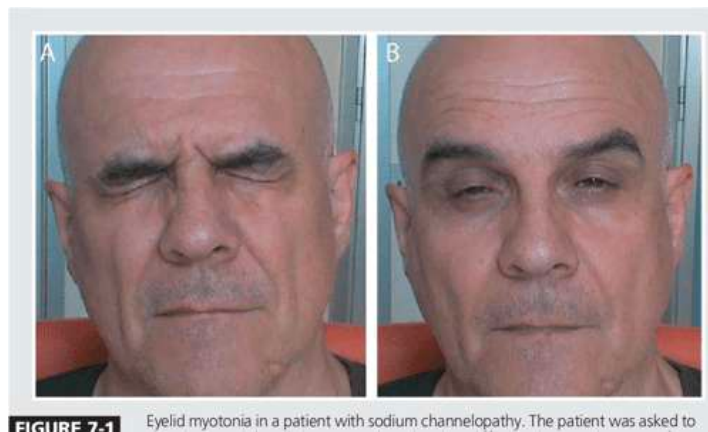
MIOPATÍA DISTAL



Kate Bushby. Diagnosis and management of the limb girdle muscular Dystrophies. Pract Neurol 2009; 9: 314–323

OTROS SIGNOS

MIOTONÍA



MIOTONÍA PALPEBRAL



MIOTONÍA LINGUAL



MIOTONÍA

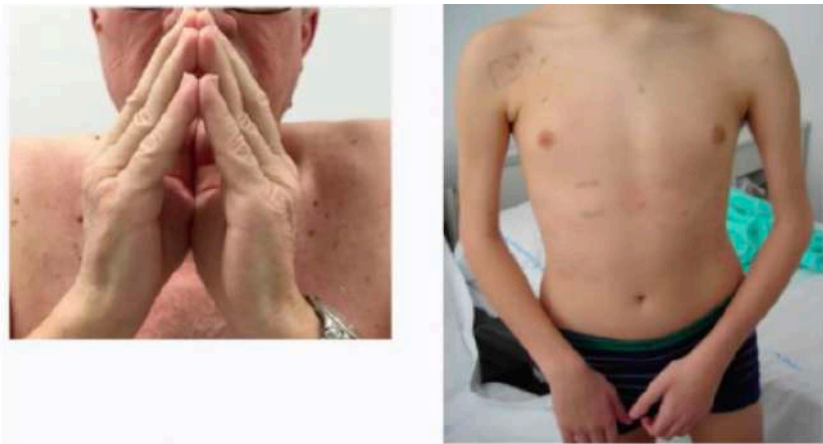
NEJM Group. www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcps1210603



Sansone VA. Continuum 2016;22:1889-19

OTROS SIGNOS

CONTRACTURAS - ESCAPULA ALADA - SIGNOS CUTÁNEOS



CONTRACTURAS



ESCAPULA ALADA



PAPULAS GOTTRON



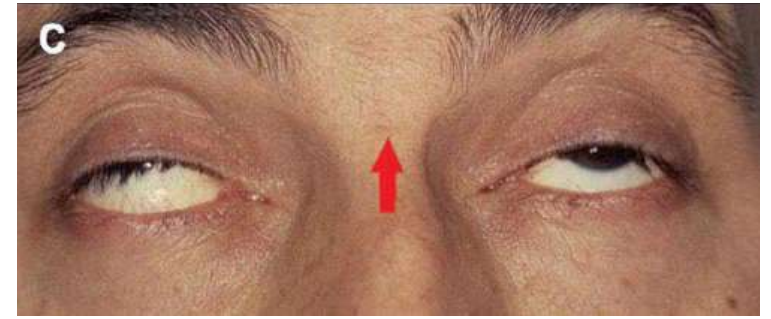
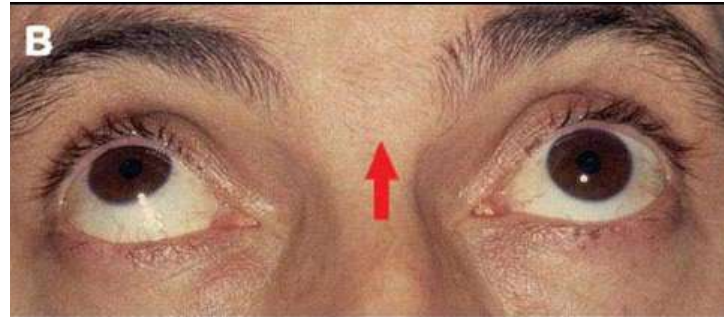
ERITEMA HELIOTROPO



FASCICULACIONES

OTROS SIGNOS

FATIGABILIDAD



PTOSIS FATIGABLE



DIPLOPIA

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Enfermedad Neuromuscular

Debilidad
Orofaringea

Debilidad
Intercostal

Debilidad
Diafragmática

Debilidad
Abdominal-Intercostal

Eventos
Obstructivos

Disminución CVF— Vol. Bajo - Taquipnea
(Patrón restrictivo)
Tos ineficaz

Tos ineficaz

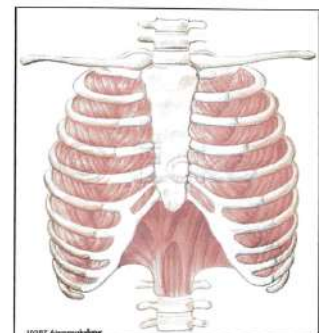
DESATURACIÓN
OXÍGENO

HIPOVENTILACIÓN NOCTURNA (hiperCO₂)

INFECCIONES
RECURRENTES

ORTOPNEA

SOMNOLENCIA DIURNA
CEFALEA MATUTINA
SUEÑO POCO REPARADOR





Forma
presentación

- **Aguda/Subaguda:** Adquiridas - Metabólicas
- **Crónica:** Genéticas
- **Intermitente:** MG - Canalopatías - Metabólicas

Distribución

- **Proximal:** Miopatías - Asta anterior
- **Distal:** Neuropatías - Miopatías
- **Ocular:** Sd miastenico - Miopatías congénitas - Mitocondrial
- **Asimetría:** FSH, Adquiridas, Tumoral

Trofismo

- Hipertrofia
- Hipotrofia

Reflejos

- Disminuidos
- Normales/disminuidos

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

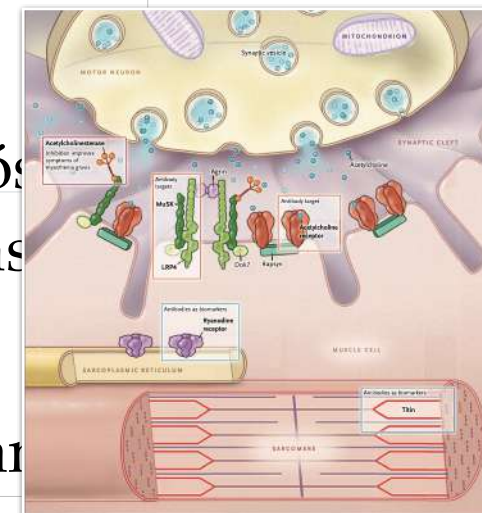


MANEJO TERAPEUTICO ATENCIÓN PRIMARIA

- Tratamiento sintomático
- Manejo complicaciones asociadas
 - Prevención infecciones intercurrentes
- Tratamiento rehabilitador
- Promoción de la salud

FÁRMACOS PUEDEN AFECTAR MG	
CONTRAINDICADOS	D-Penicilamina
PRECAUCIÓN	Telitromicina
AUMENTAN LA DEBILIDAD	Curare y derivados Toxina botulínica Aminoglucósidos Antagonistas de calcio
PUEDEN AUMENTAR DEBILIDAD	Betabloqueantes

UNIÓN NMC - MG



TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

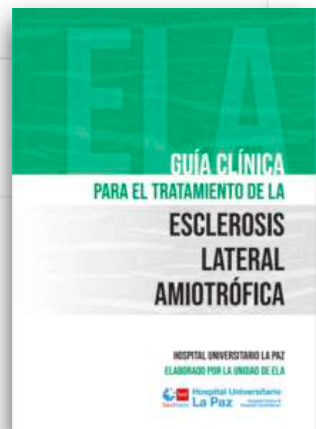
Proceso asistencial integrado de Esclerosis lateral amiotrófica



SIALORREA (ver también en consulta de Rehabilitación)	- Amitriptilina - Atropina sublingual en gotas (colirio) - Parches transdérmicos de escopolamina: un parche cada 72 horas (solicitud previa a farmacia) - Toxina Botulínica en glándulas parótidas o submaxilares - Radioterapia local en glándulas salivares a bajas dosis.
BOCA SECA	Hidratación, estimulantes de la saliva y/o saliva artificial
SECRECIÓN BRONQUIAL	- Aspiración e Hidratación, nebulizaciones de suero salino - Asistente para la tos (cough-assist) - Propranolol - Metoprolol
LABILIDAD EMOCIONAL	- Amitriptilina - Paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram, escitalopram - Nuedexta® 20/10 mg (dextrometorfano y sulfato de quinina) (solicitud previa a Farmacia)
DEPRESIÓN	- Amitriptilina - Citalopram, Escitalopram, Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina - Mirtazapina
ANSIEDAD	- Alprazolam, Lorazepam, Diazepam - Máxima precaución con posible depresión respiratoria. A valorar en cada caso.
INSOMNIO	- Higiene del sueño - Amitriptilina - Mirtazapina - Zolpidem - Trazodona
FATIGA	Modafinilo, metilfenidato, amantadina

CALAMBRES	- Hidroterapia, masajes - Magnesio, agua tónica, Vitamina E - Fenitoína, carbamazepina, levetiracetam - Mexiletine
ESPASTICIDAD (ver también en consulta de Rehabilitación)	- Fisioterapia - Baclofeno oral o intratecal - Tizanidina - Benzodiazepinas - Toxina Botulínica
DOLOR (ver también en consulta de Rehabilitación)	- Fisioterapia - AINes y opioides (Escala Analgésica)
NUTRICIÓN (ver también en consulta de Endocrinología)	- Optimizar la dieta oral - Textura adaptada - Suplementos nutricionales (si ingesta insuficiente) - Gastrostomía si pérdida de peso (consensuada) - Fórmula polimérica normoproteica con fibra o hiperproteica
ESTREÑIMIENTO	- Hidratación, ingesta de fibra - Lactulosa, Movicol, Evacuol
DISNEA (ver también en consulta de Neumología)	- Elevar la cabecera de la cama - Ventilación mecánica no invasiva - Lorazepam, morfina (en ámbito de paliativos)

ASISTENCIA FINAL DE LA VIDA



MANEJO COMPLICACIONES

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Neuromuscular Disorders 28 (2018) 103–115

www.elsevier.com/locate/nmd

Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care

Eugenio Mercuri ^{a,b,1,*}, Richard S. Finkel ^{c,1}, Francesco Muntoni ^d, Brunhilde Wirth ^e, Jacqueline Montes ^f, Marion Main ^d, Elena S. Mazzone ^{a,b}, Michael Vitale ^g, Brian Snyder ^h, Susana Quijano-Roy ^{i,j}, Enrico Bertini ^k, Rebecca Hurst Davis ^l, Oscar H. Meyer ^m, Anita K. Simonds ⁿ, Mary K. Schroth ^o, Robert J. Graham ^p, Janbernd Kirschner ^q, Susan T. Iannaccone ^r, Thomas O. Crawford ^s, Simon Woods ^t, Ying Qian ^u, Thomas Sejersen ^v for the SMA Care Group

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Neuromuscular Disorders 28 (2018) 197–207

www.elsevier.com/locate/nmd

Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 2: Pulmonary and acute care; medications, supplements and immunizations; other organ systems; and ethics

Richard S. Finkel ^{a,1}, Eugenio Mercuri ^{b,1,*}, Oscar H. Meyer ^c, Anita K. Simonds ^d, Mary K. Schroth ^e, Robert J. Graham ^f, Janbernd Kirschner ^g, Susan T. Iannaccone ^h, Thomas O. Crawford ⁱ, Simon Woods ^j, Francesco Muntoni ^k, Brunhilde Wirth ^l, Jacqueline Montes ^m, Marion Main ^k, Elena S. Mazzone ^b, Michael Vitale ⁿ, Brian Snyder ^o, Susana Quijano-Roy ^p, Enrico Bertini ^q, Rebecca Hurst Davis ^r, Ying Qian ^s, Thomas Sejersen ^t for the SMA Care group

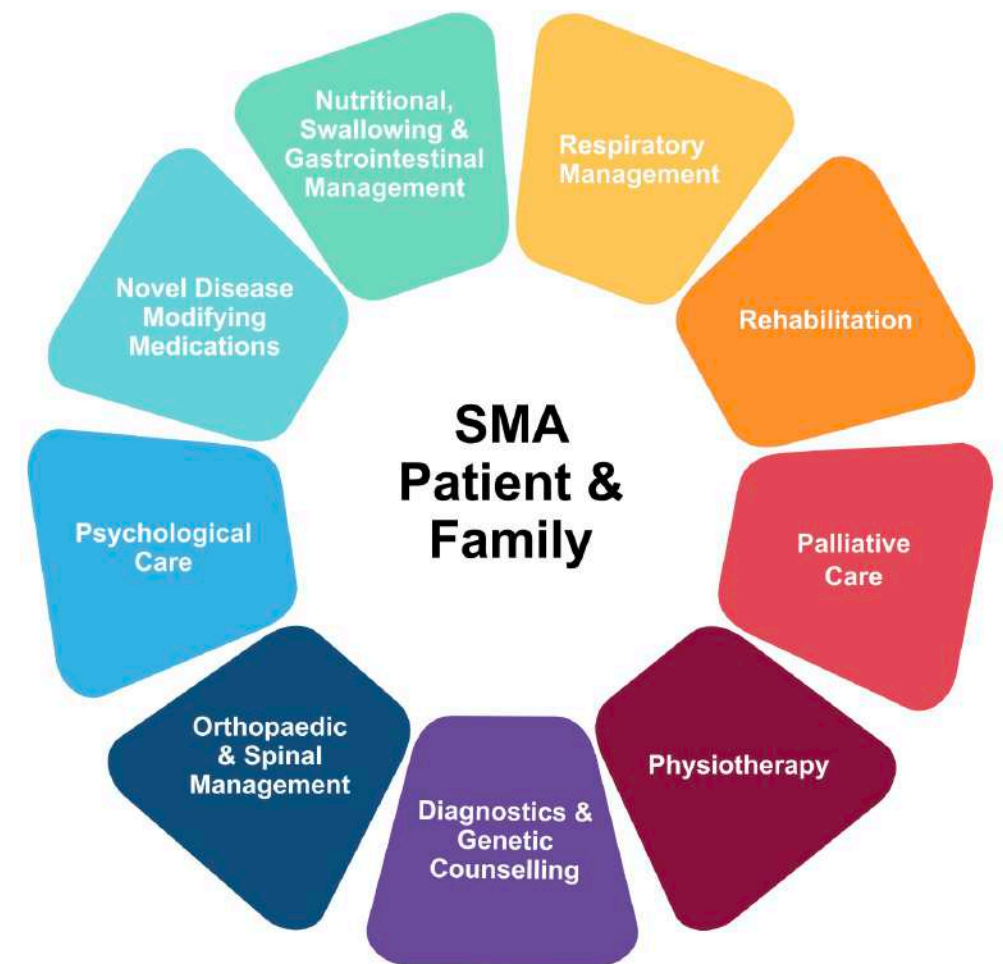


Imagen adaptada de:

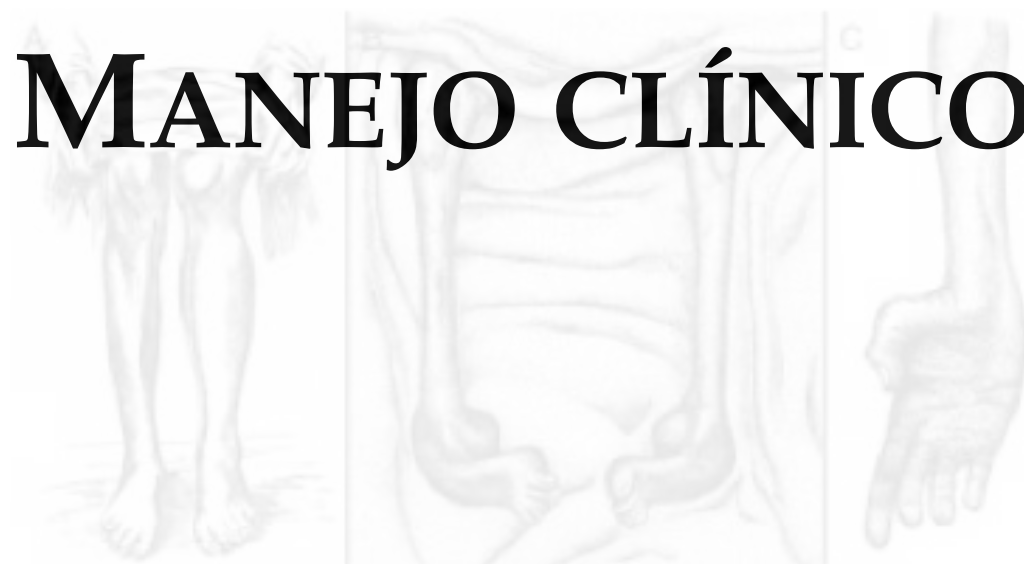
Didu Kariyawasam. New and developing therapies in spinal muscular atrophy. Paediatric Respiratory Reviews 28 (2018) 3–10

CONCLUSIONES

- Una anamnesis y exploración física detalladas son el pilar fundamental del diagnóstico en las ENMC.
- Un diagnóstico precoz permite:
 - Reducir la peregrinación de los pacientes y la repetición de pruebas diagnósticas
 - Posibilita el poder proporcionar un tratamiento adecuado en cada caso y de forma precoz
 - Realizar un consejo genético.
- Es importante conocer la diferencia entre fatiga crónica e intolerancia al ejercicio
- Las alteraciones en la función respiratoria pueden pasar desapercibidas hasta fases avanzadas. Siempre se debe indagar sobre síntomas respiratorios nocturnos.
- Muchas ENMC son hereditarias
 - Siempre se debe alcanzar un diagnóstico genético/molecular (consejo genético, pronóstico, prevención, posibilidad participar en EC).

DOLOR NEUROPÁTICO

MANEJO CLÍNICO



Dra. Tania García Sobrino
F.E.A Neurología. SERGAS
18 Enero 2024



DOLOR NEUROPÁTICO

- INTRODUCCIÓN
- SÍNTOMAS
- DIAGNÓSTICO
- MANEJO TERAPEUTICO
- CONCLUSIONES



INTRODUCCIÓN

DOLOR NEUROPÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Hipertensión arterial: **18,4%**
- Dolor de espalda lumbar: **17,3%**
- Hipercolesterolemia: **16,5%**
- Artrosis: **16,3%**

DOLOR: 48,3%

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DN

- Dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial.

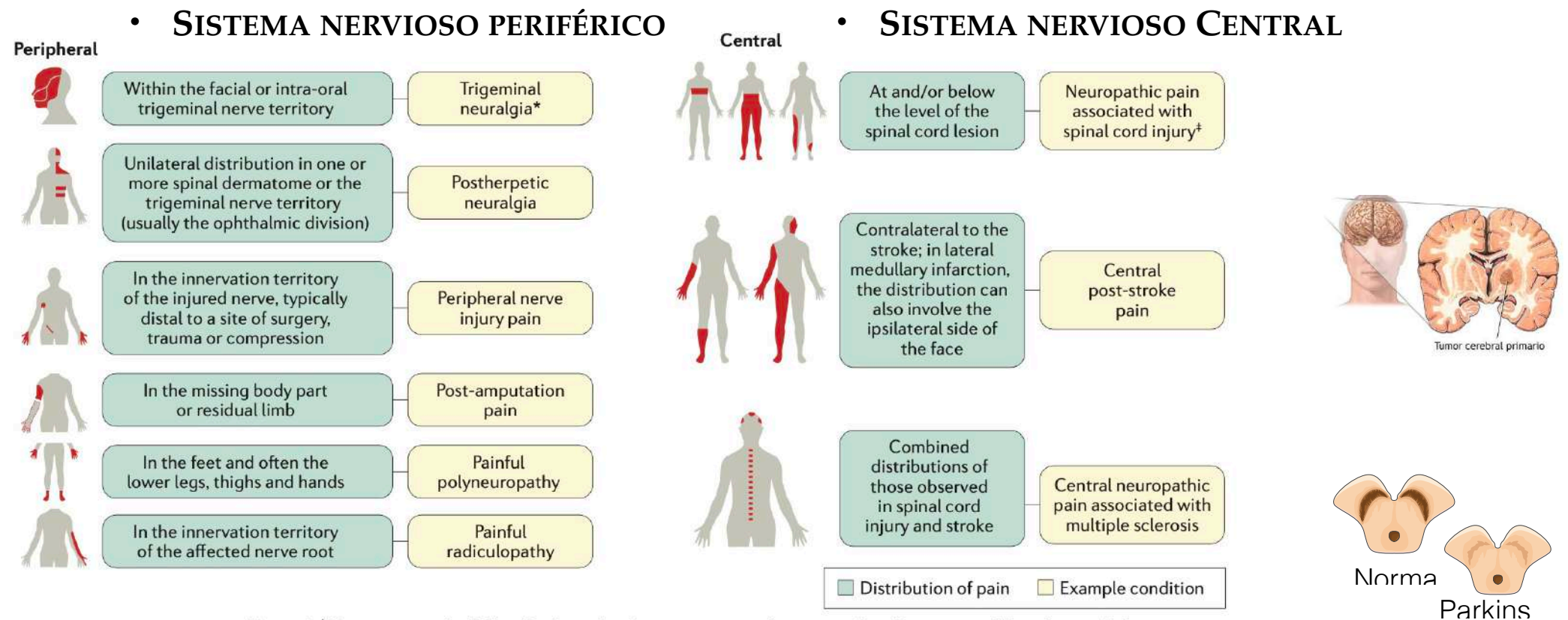
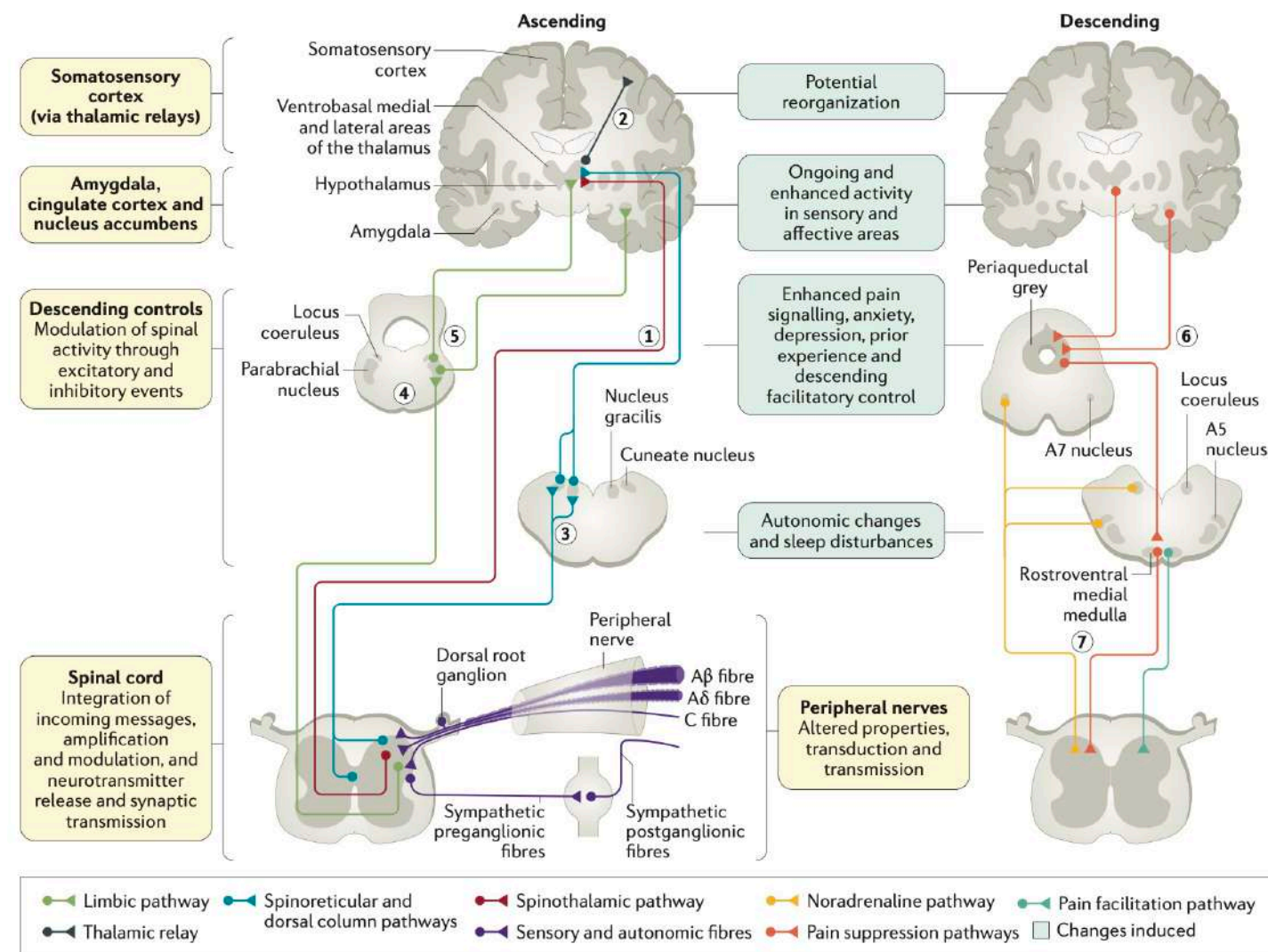


Figure 2 | Neuroanatomical distribution of pain symptoms and sensory signs in neuropathic pain conditions.

INTRODUCCIÓN

FISIOPATOLOGÍA DN



DOLOR NEUROPÁTICO

SÍNTOMAS

- **Síntomas negativos**

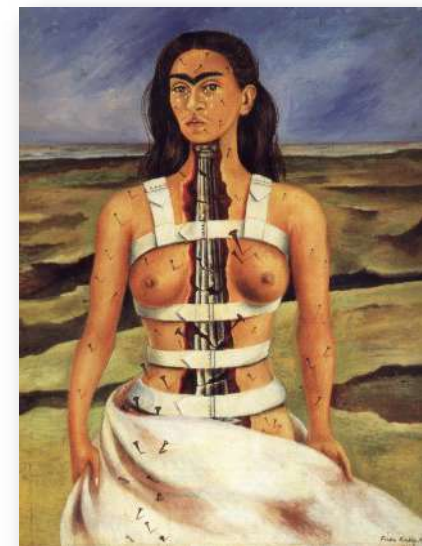
- Hipo/anestesia táctil, algésica, vibratoria, etc.

- **Síntomas positivos**

- Espontáneos

- Evocados

Alodinia:	Es el dolor generado por un estímulo que normalmente no lo provoca
Disestesia:	Sensación anormal desagradable, tanto espontánea como evocada
Hiperalgnesia:	Un estímulo doloroso provoca un dolor más intenso de lo normal
Hiperestesia:	Sensibilidad aumentada a la estimulación, excluyendo los sentidos especiales. Puede ser sensibilidad al tacto, temperatura o dolor. Incluye la alodinia y la hiperalgnesia
Hiperpatía:	Síndrome doloroso caracterizado por una reacción dolorosa anormal a un estímulo, especialmente uno repetitivo, así como un umbral aumentado
Hipoalgnesia:	Respuesta dolorosa disminuida a un estímulo doloroso
Hipoestesia:	Disminución de la sensibilidad a la estimulación, excluyendo sentidos especiales
Anestesia dolorosa:	Dolor en un área o región anestésica



DOLOR NEUROPÁTICO

SÍNTOMAS

- **Parestesias**

- Sensación anormal no desagradable - Descargas ectópicas en fibras A β

- **Disestesias**

- Sensación anormal desagradable - Descargas ectópicas en fibras A β

- **Dolor urente contínuo o dolor quemante**

- Sensibilización periférica. - Descargas ectópicas de fibras C

- **Dolor paroxístico o lacinante**

- Descargas ectópicas de fibras A δ

- **Hiperalgesia**

- Respuesta aumentada a un estímulo que es **normalmente doloroso** - Sensibilización periférica

- **Alodinia**

- Dolor debido a un estímulo que normalmente **no es doloroso** - Sensibilización central fibras A β , pérdida controles inhibitorios, sensibilización periférica



DOLOR NEUROPÁTICO

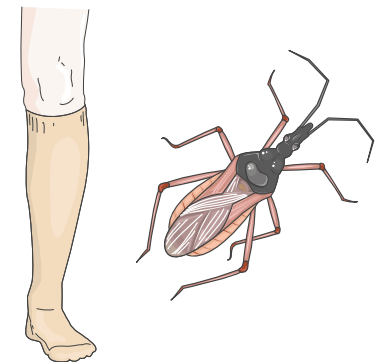
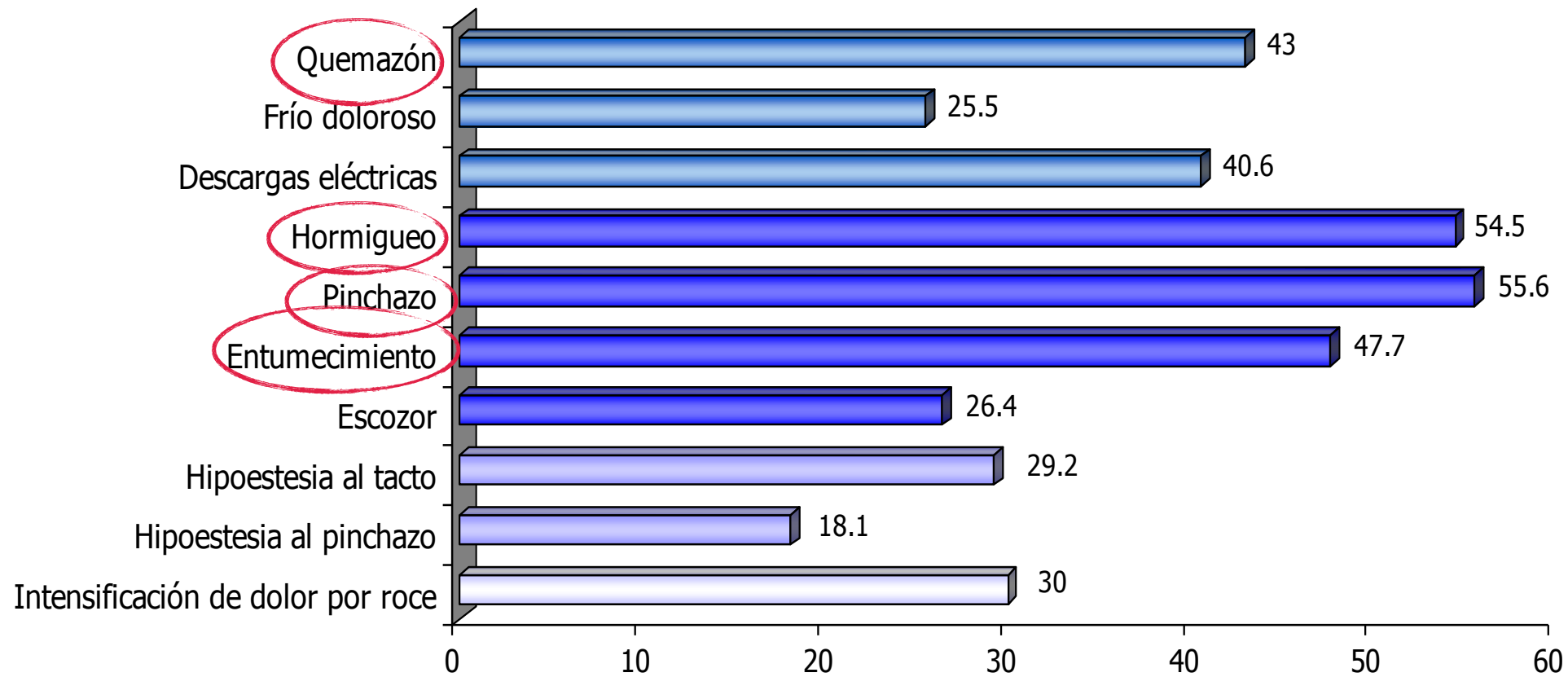
SÍNTOMAS



ORIGINAL

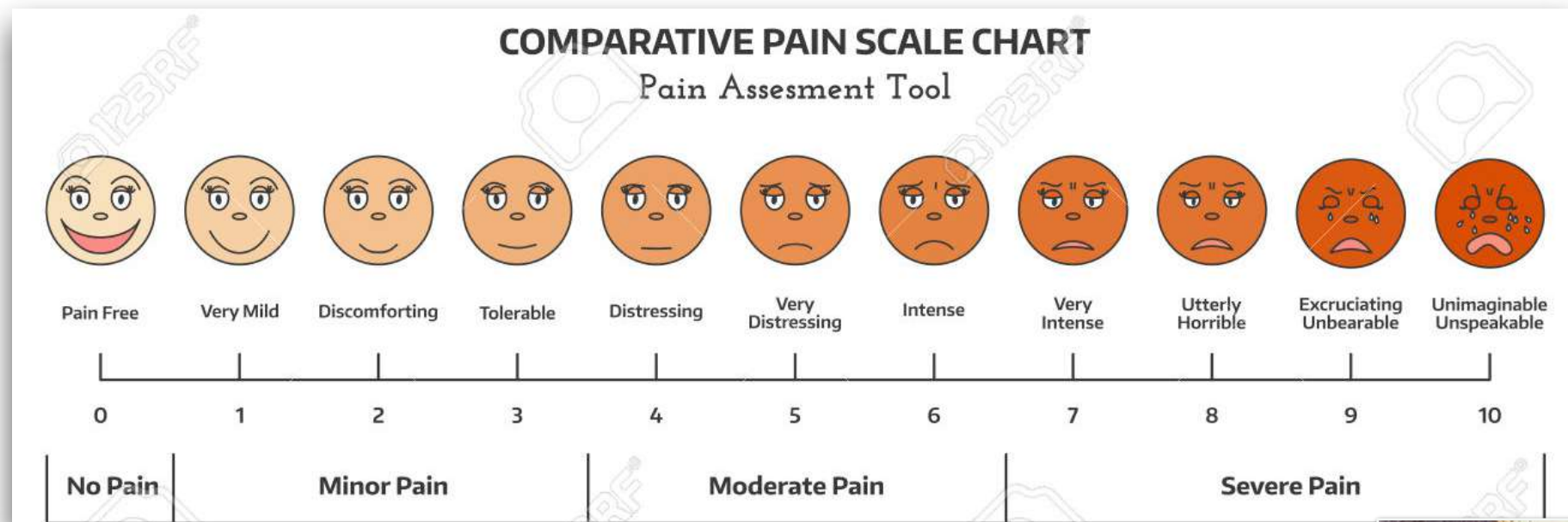
Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria

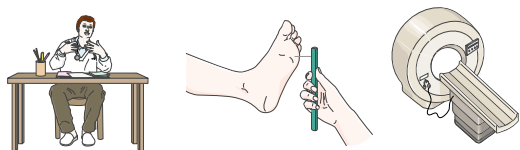
E. Blanco^a, R. Galvez^b, E. Zamorano^c, V. López^d y M. Pérez^{d,4}



DOLOR NEUROPÁTICO

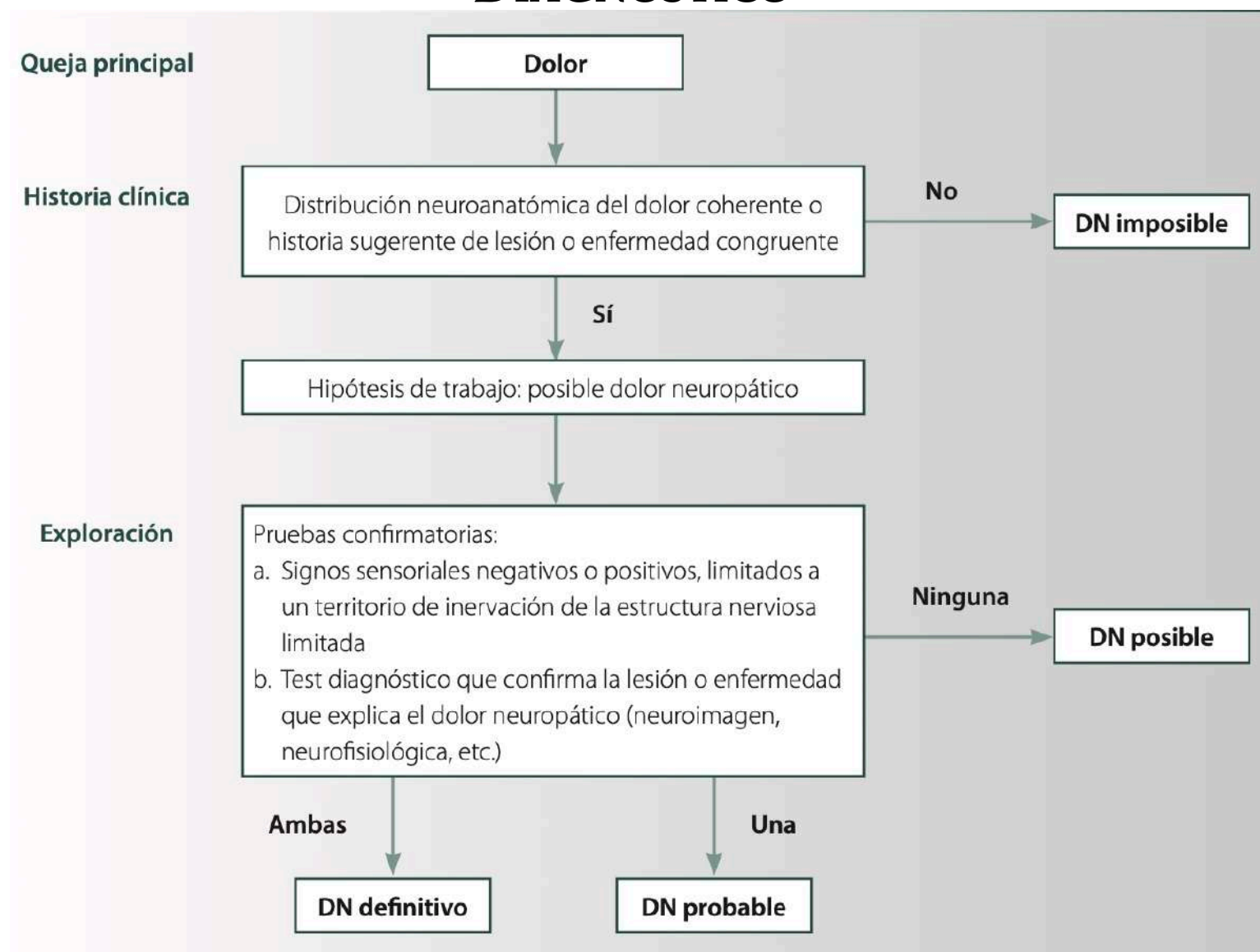
SÍNTOMAS





DOLOR NEUROPÁTICO

DIAGNÓSTICO



DOLOR NEUROPÁTICO

<https://www.sedolor.es/profesionales-y-formacion/herramientas-apps/>

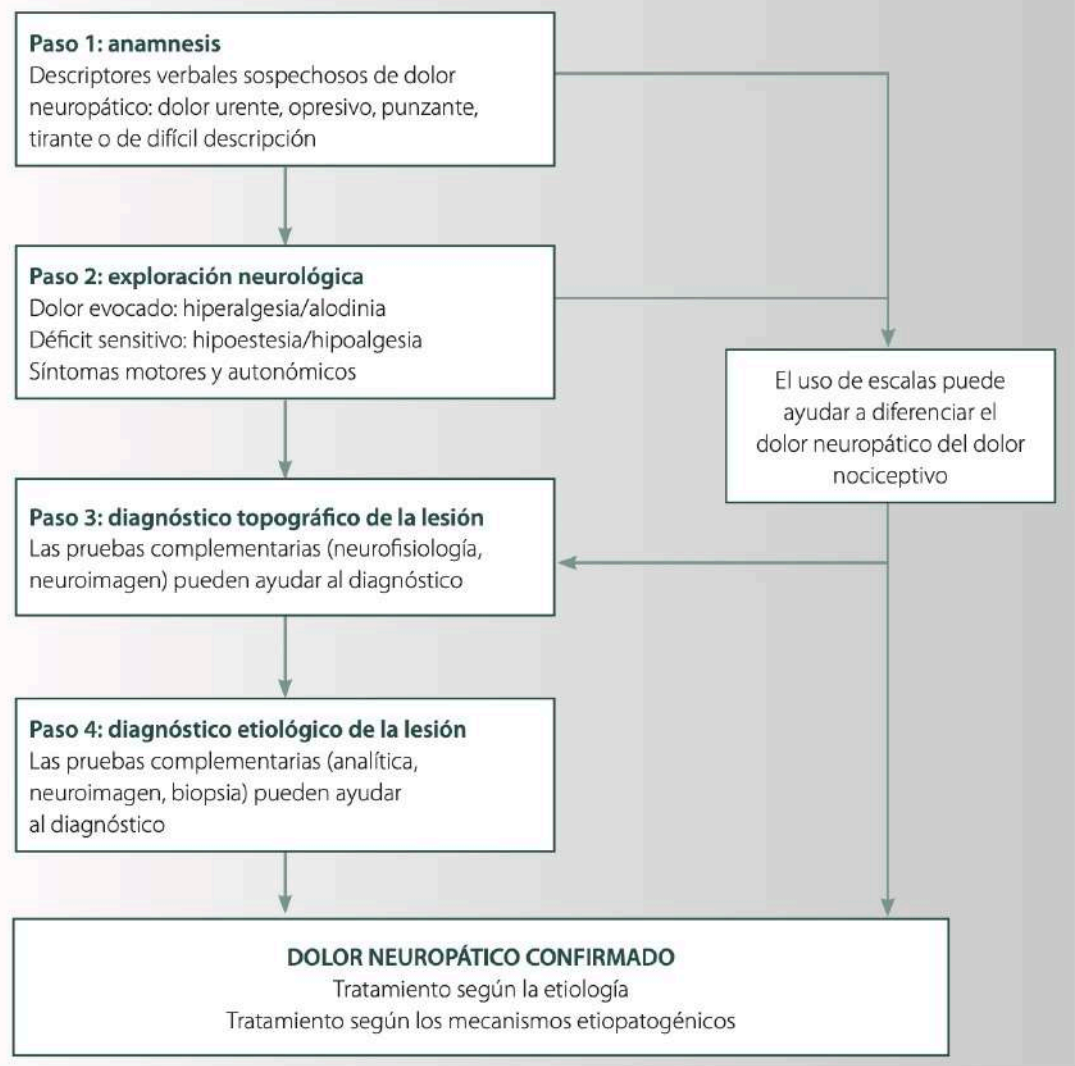


Figura 4. Cuestionario DN4 para la detección del dolor neuropático

CUESTIONARIO

Por favor, en las cuatro preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número.

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

EXAMEN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una de las zonas donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado		

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente: /10

INTERPRETACIÓN:

Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 4/10.

DOLOR NEUROPÁTICO

DIAGNÓSTICO

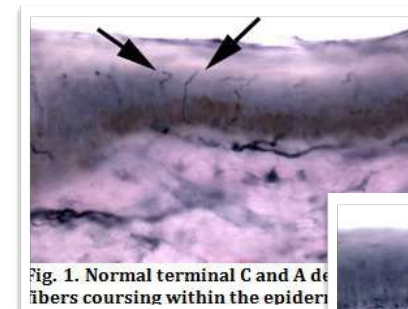
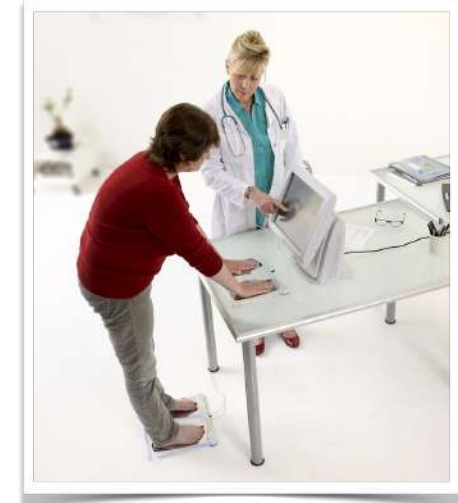
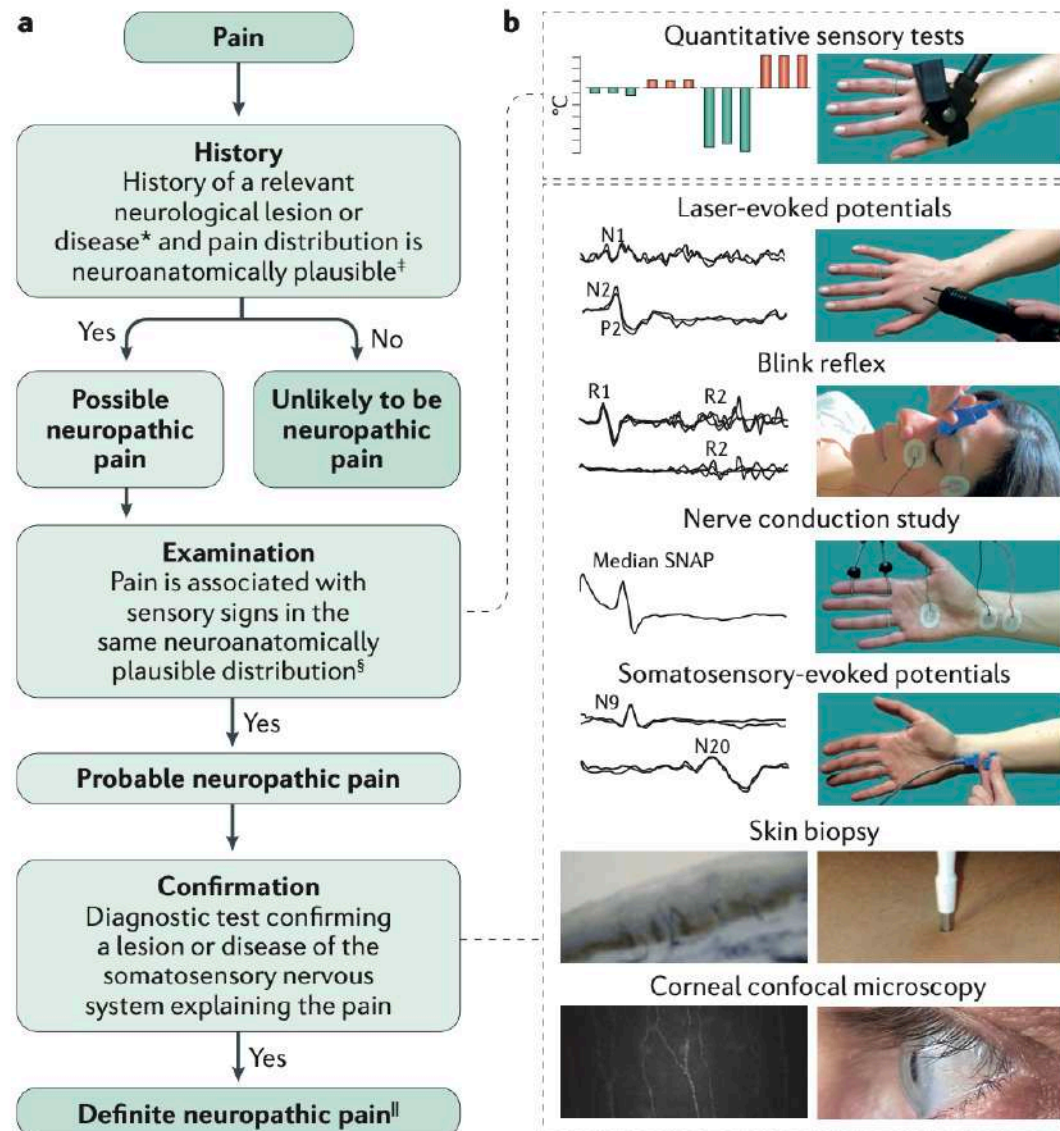
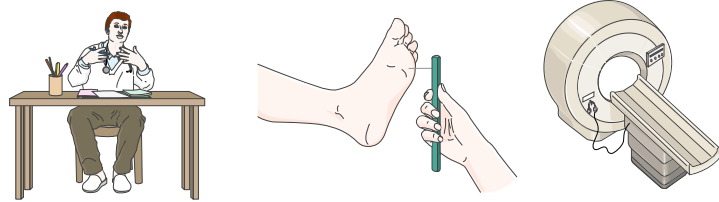


Fig. 1. Normal terminal C and A delta fibers coursing within the epidermis.



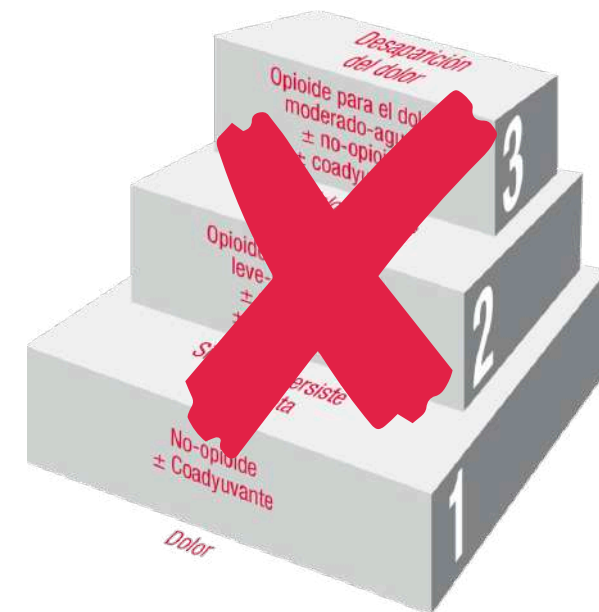
Fig. 2. Small fiber peripheral neuropathy as demonstrated by diminished intra-epidermal nerve fibers.



DOLOR NEUROPÁTICO

TRATAMIENTO

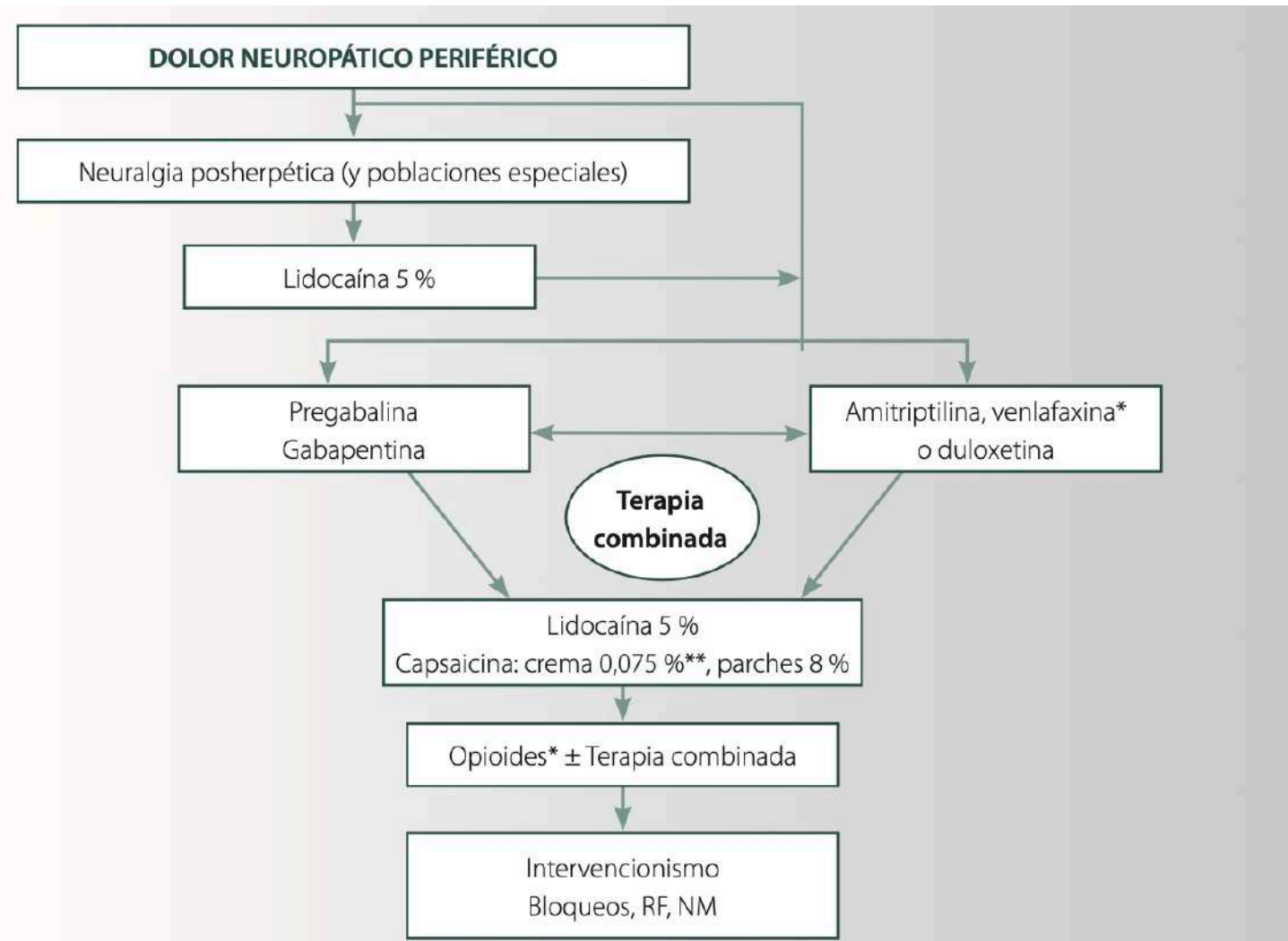
- No responde a analgésicos convencionales y AINEs
- El 50% de los pacientes no responde al tratamiento prescrito.
- Fármacos con evidencia de clase A
 - Antidepresivos
 - Antiepilépticos
 - Tramadol
 - Analgésicos opioides
 - Parches de lidocaína al 5%
 - Parches de capsaicina 8%.





DOLOR NEUROPÁTICO

TRATAMIENTO





Conferencia de consenso

Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático

Diagnosis and treatment of the neuropathic pain

Antonio Martínez-Salio^{a,*}, Agustín Gómez De la Cámara^b, María Victoria Riber,
Jordi Montero Homs^a, Emilio Blanco Tarrío^d, Antonio Collado Cruz^e, Avelino Fe
Joan Molet Teixidó^g, Ángel Oteo-Álvaro^h, Rafael Gálvez Mateos^c, Enric Zamorano
Arrebola^f y Julio Pardo Fernández^a

^a Sociedad Española de Neurología (SEN), Madrid, España

^b Unidad de Investigación, Hospital «12 de Octubre», Madrid, España

^c Sociedad Española del Dolor (SED), Madrid, España

^d Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Madrid, España

^e Sociedad Española de Reumatología (SER), Madrid, España

^f Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), Madrid, España

^g Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC), Madrid, España

^h Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), Madrid, España

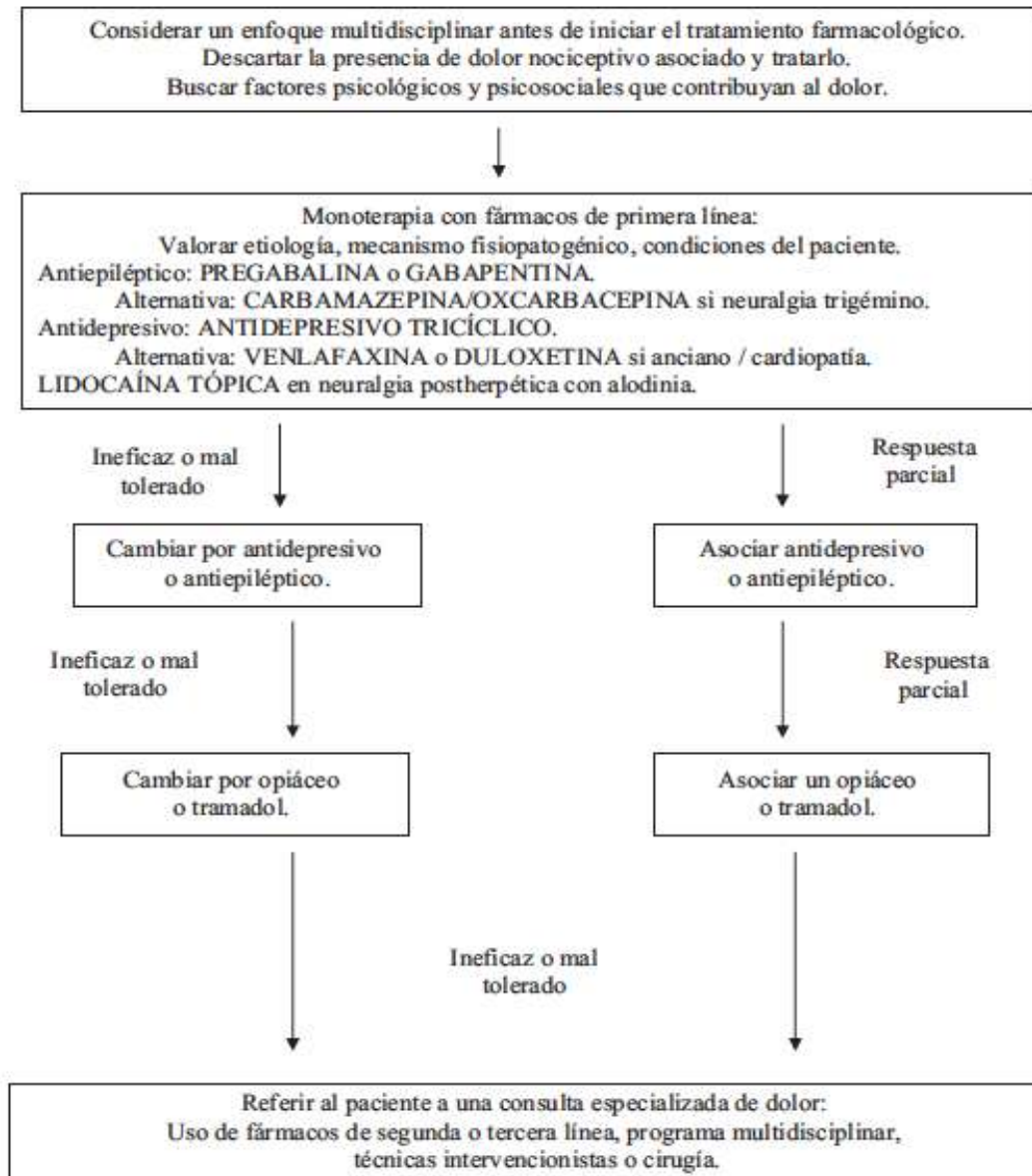


Figura 2. Algoritmo terapéutico.

DOLOR NEUROPÁTICO

TRATAMIENTO

	NICE ¹	EFNS ²	IASP ³	AAN ⁴	TCP ⁵
Duloxetina	1ª Línea	1ª Línea	1ª Línea	2ª Línea	1ª Línea
Pregabalina	2ª Línea	1ª Línea	1ª Línea	1ª Línea	1ª Línea
Tricíclicos ^{##}	2ª Línea*	1ª Línea	1ª Línea	2ª Línea	1ª Línea
Gabapentina	No incluida	1ª Línea	1ª Línea	2ª Línea	1ª Línea
Opioides	No incluidos	3ª Línea	2ª Línea	2ª Línea	3ª Línea
Tramadol	3ª Línea	2ª Línea	2ª Línea	2ª Línea	2ª Línea
Venlafaxina LP ^{##}	No incluida	1ª Línea	1ª Línea	2ª Línea	2ª Línea

1. NICE. Clinical Guideline 96: Neuropathic Pain. London: NICE; 2010.
2. Attal N, et al. *Eur J Neurol* 2010;17:1113–1123;
3. Dworkin RH, et al. *Mayo Clin Proc* 2010;85(3 Suppl):S3–S14;
4. Bril V, et al. Evidence-based guideline: treatment of painful diabetic neuropathy: report of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2011;
5. Toronto Consensus Panel. Tesfaye S, et al. *Diabetes Metab Res Rev*. 2011;27:629–638.





FARMACO	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
AMITRIPTILINA (tricíclico)	• Sedación • Visión borrosa • Xerostomía • Aumento de peso • Retención urinaria	• Glaucoma • Cardiópatas • Trastornos neuropsiquiátricos • Hipertiroidismo
GAPAPENTINA	• Somnolencia • Mareo • Ataxia	• Insuficiencia renal
PREGABALINA	• Mareo • Somnolencia/confusión • Ataxia • Vértigo • Xerostomía • Aumento de peso	• Insuficiencia renal

FÁRMACO	EFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
CARBAMAZEPINA	• Mareo • Náuseas i vómitos • Confusión • Ataxia • Hiponatremia • Anemia aplásica	• Glaucoma • Antecedentes hematológicos • ICC
OXCARBAZEPINA	• Mareo • Náuseas y vómitos • Confusión • Ataxia • Hiponatremia	• Reacciones alérgicas cruzadas con CBZ • ICC • Hiponatremia

FÁRMACO	DOSIS INICIAL	AUMENTO DE DOSIS	DOSIS MÁXIMA
AMITRIPTILINA	10-25 mg por la tarde	10-25 mg semanalmente	150 mg
GABAPENTINA	100-300 mg al día (por la tarde o cada 8h)	100-300 mg de 1-7 días (repartido cada 8h)	1.800-3.600 mg (repartido cada 8h)
PREGABALINA	150 mg al día (repartido cada 12h o cada 8h)	Aumentar hasta 300 mg/día a los 7 días	600 mg (cada 12h o cada 8h)
CARBAMAZEPINA	100-200 mg al día	200 mg diarios hasta control del dolor	1.200 mg (repartido cada 12h)
OXCARBAZEPINA	600 mg al día (repartido cada 12h)	300 mg cada 72h	1.200-1.800 mg (repartido cada 12h)
VENLAFAXINA	37,5 mg al día	75 mg semanalmente	225 mg/día
DULOXETINA	30 mg al día	30 mg semanalmente	60 mg/12h
PARCHE LIDOCAINA 5%	Máximo 3 parches al día durante 12h	No es necesario	3 parches al día (retirar por la tarde)



FÁRMACO	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES
DULOXETINA	• Cefalea • Somnolencia • Náuseas • Pérdida de peso • Insomnio/agitación • Orgasmo anómalo/disfunción eréctil • Hiponatremia	• Insuficiencia renal • Insuficiencia hepática • Enolismo • Evitar retirada de golpe • Glaucoma
VENLAFAXINA	• Náuseas • Astenia/Cansancio • Insomnio/agitación • Anorgasmia/disfunción eréctil • Hiponatremia	• Insuficiencia renal • Insuficiencia hepática • Cardiopatías • Evitar retirada de golpe • Glaucoma
PARCHE LIDOCAINA 5%	• Eritema local • Rash cutáneo • Vómitos	• Insuficiencia hepática • Insuficiencia renal • ICC, BAV • Gente mayor

DOLOR NEUROPÁTICO

Protocolo de derivación
de Atención Primaria
a Unidades del Dolor
para pacientes con
Dolor Neuropático



Avalado por:



CONCLUSIONES

- Dolor Neuropático es una causa frecuente de consulta en Atención Primaria
- Siempre debemos demostrar una lesión del SNC o SNP para un diagnóstico definitivo de DN.
- Es un dolor crónico, invalidante, refractario a tratamientos convencionales, con elevadas tasas asociadas de ansiedad y depresión.
- Manejo multidisciplinar mejoraría la calidad de vida de los paciente



DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ENMC

DOLOR NEUROPÁTICO *Gracias*

DRA. TANIA GARCÍA SOBRINO
SERVICIO NEUROLOGÍA
AREA SANITARIA PONTEVEDRA - SALNÉS
18 ENERO 2024