

El dolor después de una lesión de la médula espinal



Si desea más información, comuníquese con el Sistema Modelo de Lesión de la Médula Espinal más cercano. Consulte la lista de centros en: <http://www.msktc.org/sci/model-system-centers>

Esta publicación fue producida por el Sistema Modelo de Lesión de la Médula Espinal en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center de la University of Washington, con financiación proveniente de la subvención H133A060070 del Instituto Nacional para la Investigación sobre Discapacidad y Rehabilitación del Departamento de Educación de los Estados Unidos. Fue actualizada por el Model Systems Knowledge Translation Center de los Institutos Americanos de Investigación (AIR) con financiación proveniente de la subvención 90DP0012-01-00 del Instituto Nacional para la Investigación sobre Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación (NIDILRR). El NIDILRR es uno de los centros de la Administración para la Vida en Comunidad (ACL) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

El problema del dolor después de una lesión medular

El dolor es un problema serio para muchas personas que han sufrido lesiones de la médula espinal. Puede presentarse en partes del cuerpo en que la sensibilidad es normal y en zonas con poca sensibilidad o sin ella. El dolor es real y puede tener repercusiones negativas en la calidad de vida. Una persona que sufre dolor intenso puede tener dificultades para realizar sus actividades diarias o para participar en sus pasatiempos favoritos.

La mayoría de las personas que han sufrido una lesión de la médula espinal declaran que sufren dolor crónico. El dolor crónico es un dolor que no pasa y que dura meses o años. Su causa puede ser desconocida, pero lo más frecuente es que tenga que ver con el daño nervioso causado por la lesión medular o con problemas osteomusculares que surgen a causa de este tipo de lesión. El dolor puede aparecer y desaparecer. El dolor crónico es difícil de eliminar completamente, pero con frecuencia se puede controlar o reducir lo suficiente como para que no domine la vida de la persona que lo sufre.

El dolor crónico puede causar o empeorar problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés. Eso no quiere decir que el dolor sea producto de la imaginación, sino que el dolor y la angustia pueden empeorarse mutuamente.

Aunque el dolor después de una lesión de la médula espinal puede ser complicado y difícil de tratar, hay muchos tratamientos que pueden ser beneficiosos. Entender el dolor, cooperar con el médico y estar dispuesto a considerar diversos tratamientos le ayudará a controlar el dolor y a mejorar la calidad de vida. Muchas personas que sufren de dolor crónico después de una lesión medular han encontrado alivio en las técnicas que se describen en este documento.

Tipos de dolor

La persona que ha sufrido una lesión medular puede sentir distintos tipos de dolor en diferentes partes del cuerpo, incluso en zonas en las que normalmente no siente nada. Saber qué tipo de dolor tiene usted es esencial para elegir el tratamiento adecuado. Por esa razón, el médico le pedirá que explique distintas características del dolor, como la ubicación, la intensidad, la duración que ha tenido, las cosas que lo empeoran o lo mejoran, etc. Es posible que le pida además que se haga exámenes, como una radiografía o una resonancia magnética.

El dolor neuropático

El dolor neuropático o "neurógeno" se debe a alteraciones en la comunicación entre los nervios afectados por la lesión medular y el cerebro (el lugar en que se interpretan las señales nerviosas que informan sobre las sensaciones del cuerpo). El cerebro amplifica o interpreta mal la intensidad de las señales que provienen de la zona en que se sufrió la lesión. Esto puede hacer que la persona sienta dolor que viene de las zonas del cuerpo que se encuentran por debajo del nivel de la lesión. Por eso puede sentir dolor neuropático en una zona en la que no hay sensibilidad.

© 2016 Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC). Puede reproducirse y distribuirse libremente si se mencionan las fuentes pertinentes.

A menudo las personas describen el dolor neuropático como quemazón, dolor punzante o cosquilleo, pero este tipo de dolor varía mucho de una persona a otra. Normalmente es difícil de tratar y con frecuencia requiere una combinación de tratamientos.

- Si el dolor comienza años después de la lesión, es posible que se deba a un problema médico nuevo, por ejemplo, a una fístula (cavidad llena de líquido que se forma en la médula espinal). Esta situación es poco frecuente pero puede requerir una operación. Por eso es importante que usted se comunique con el médico si nota que ha perdido la sensibilidad en un lugar en que antes la tenía, especialmente en las zonas que están al mismo nivel de la lesión, y si tiene debilidad muscular que no mejora con el reposo.

El dolor osteomuscular

El dolor osteomuscular se debe a problemas de los músculos, las articulaciones o los huesos. Es un problema frecuente de todas las personas a medida que envejecen, incluso de las que tienen lesiones medulares. Puede deberse a la lesión, a exceso de uso o sobrecarga, a alteraciones causadas por la artritis, o a la artrosis, que a menudo se debe al uso de la silla de ruedas y al apoyo inadecuado al sentarse y al realizar transferencias. Normalmente empeora con el movimiento y mejora con el reposo.

- **El dolor de las extremidades superiores (el hombro, el codo y la mano)** se debe con frecuencia a la sobrecarga muscular durante las transferencias, las técnicas para aliviar la presión y la propulsión de la silla de ruedas. Puede presentarse meses o años después de la lesión. Las personas cuya lesión está a un nivel más alto y que usan computadoras o palancas de mando para muchas actividades (leer, comunicarse o accionar controles en su entorno) pueden presentar dolor en las manos, los brazos o los hombros debido a sobrecarga. El dolor de las extremidades superiores puede causar dificultad para realizar transferencias sin peligro y para hacer otras actividades de la vida diaria.
- **El dolor de espalda y el dolor de cuello** son problemas frecuentes. En las personas parapléjicas que han tenido una operación de fusión vertebral, el aumento de movimiento en un punto inmediatamente superior o inferior a la fusión puede causar dolor de espalda. Las personas tetrapléjicas (cuadriplégicas) también pueden tener dolor de espalda, especialmente si pueden caminar pero aún tienen debilidad. Quienes mueven palancas de mando con la barbilla o con la boca a veces pueden sufrir de dolor de cuello.
- **Los espasmos musculares** suceden cuando los músculos y las articulaciones se recargan debido a la espasticidad.

El dolor visceral

El dolor visceral se presenta en el abdomen (el estómago y la zona ocupada por el aparato digestivo) y se describe con frecuencia como calambres o dolor sordo. Su causa puede ser un problema médico, como el estreñimiento, un cálculo renal, una úlcera, un cálculo biliar o apendicitis. Como la persona que ha sufrido una lesión medular quizá no presente los síntomas corrientes de estas enfermedades, es importante ir a un médico que tenga experiencia en este tipo de pacientes.

El dolor que se debe a un problema de un órgano a veces se siente en una zona distinta de aquella en que se originó. Esto se conoce como dolor reflejo. Un ejemplo frecuente es el dolor de hombro que se debe a una enfermedad de la vesícula biliar.

El control del dolor después de una lesión medular

Puesto que el dolor puede tener tantas causas diferentes, no hay una sola forma de tratarlo. Es posible que el médico y usted tengan que probar una combinación de medicamentos, terapia y otros tratamientos, incluso tratamientos psicológicos conductuales. Quizá se requiera un tiempo para que estas medidas surtan efecto.

Tratamientos e intervenciones de tipo físico

- Modificación de la actividad para el control del dolor osteomuscular: Los cambios en los equipos que usa para movilizarse (silla de ruedas, rampa), las técnicas con que empuja la silla de ruedas y realiza transferencias, y la forma en que efectúa el alivio de la presión pueden disminuir de manera importante el dolor de los músculos y las articulaciones. Los ejercicios que fortalecen y estabilizan las articulaciones también disminuyen el dolor osteomuscular. Si desea más información, consulte el suplemento **“Modificación de la actividad para el control del dolor osteomuscular”**.
- La fisioterapia se emplea para el tratamiento del dolor osteomuscular. Los ejercicios de estiramiento y de amplitud de movimiento pueden aliviar el dolor que se asocia con la tensión muscular. Los ejercicios que fortalecen los músculos débiles pueden estabilizar de nuevo las articulaciones adoloridas y reducir el dolor.
- El masaje terapéutico puede aliviar el dolor osteomuscular que se debe a tensión y desequilibrio muscular.
- La acupuntura se emplea para el tratamiento del dolor osteomuscular. Consiste en introducir agujas muy delgadas en la piel de lugares específicos del cuerpo. Se cree que estimula el sistema de control del dolor del organismo o que bloquea las señales de dolor.

- La **neuroestimulación eléctrica transcutánea** se emplea a veces para el tratamiento del dolor osteomuscular. Se aplican electrodos en la superficie de la piel y se envía una corriente eléctrica de baja potencia al organismo. La corriente bloquea las señales que provienen de las zonas afectadas por el daño nervioso y que desencadenan una respuesta dolorosa.

Tratamientos de psicología conductual

Sabemos que las personas pueden aprender a utilizar técnicas psicológicas para controlar mejor el dolor a fin de que no se apodere de su vida. Los psicólogos capacitados en el control del dolor pueden contribuir con diversas técnicas conductuales de eficacia demostrada en la reducción de la intensidad y los efectos del dolor.

- **Las técnicas de relajación y de bioautorregulación** que enseñan cómo reducir la tensión muscular y mental que se asocian con el dolor pueden ser beneficiosas para el autocontrol del dolor.
- **La capacitación en autohipnosis** ha servido para la reducción del dolor crónico en algunas personas.
- **La reestructuración cognitiva**, que consiste en aprender a pensar de otra forma en el dolor y en sus efectos puede dar lugar a cambios en la actividad cerebral y, a su vez, en la experiencia del dolor.
- **La psicoterapia individual** concebida para identificar las metas que se desean, aumentar el placer y darle más sentido a la vida diaria pueden reducir el dolor. La terapia también puede ser beneficiosa si el dolor se acompaña de una gran cantidad de ansiedad.

Medicamentos

Hay muchos medicamentos para tratar el dolor. Todos los que se enumeran a continuación han mostrado cierta eficacia en la reducción del dolor, pero ninguno lo logra completamente en todas las ocasiones. Todos tienen posibles efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Hable de todos los efectos secundarios con el médico. A veces las combinaciones de medicamentos dan más resultado que un solo fármaco.

- **Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)**, como la aspirina, el ibuprofeno (Motrin, Advil) y el naproxeno se administran con frecuencia para el tratamiento del dolor osteomuscular. Entre sus efectos secundarios se cuentan el malestar o sangrado estomacal.
- **Los anticonvulsivos**, como la gabapentina (Neurontin) y la pregabalina (Lyrica), se emplean para el tratamiento del dolor neuropático. Entre sus efectos secundarios se cuentan el mareo, la somnolencia y la hinchazón.

- **Los antidepresivos** se usan para el tratamiento del dolor neuropático y la depresión. Entre estos medicamentos están los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSNA), como la venlafaxina (Effexor), y los tricíclicos, como la amitriptilina (Elavil). Sus efectos secundarios son sequedad de la boca, somnolencia, mareo y náuseas (en el caso de los ISRSNA).
- **Los narcóticos (opiáceos)**, como la morfina, la codeína, la hidrocodona y la oxycodona, no se recomiendan para el tratamiento del dolor neuropático ni del dolor osteomuscular crónico o prolongado. Estos medicamentos tienen muchos efectos secundarios, entre ellos, estreñimiento, depresión respiratoria y dificultad para pensar con claridad. Son adictivos y con frecuencia su consumo causa dependencia. Cuando se suspenden de repente, pueden surgir síntomas de abstinencia.
- **Los relajantes musculares y los medicamentos para el tratamiento de la espasticidad**, como el diazepam (Valium), el baclofeno (Lioresal) y la tizanidina (Zanaflex), se administran para el dolor osteomuscular y para el dolor causado por espasmos. Se pueden tomar por vía oral (por la boca) o administrar directamente en la médula espinal con ayuda de una bomba implantada (véase "bombas intratecales" a continuación). Estos fármacos pueden causar somnolencia, confusión y otros efectos secundarios.
- **Los anestésicos tópicos**, como la lidocaína (Lidoderm), se emplean para el tratamiento del dolor que ocurre cuando la piel se toca suavemente (este dolor se conoce como alodinia).

Tratamientos quirúrgicos

- **El estimulador de la columna dorsal** se utiliza para el tratamiento del dolor neuropático que se debe a daño de las raíces nerviosas. Un estimulador nervioso de alta frecuencia e intensidad baja se implanta quirúrgicamente en el canal medular, al lado de la médula espinal o de las raíces nerviosas.
- **Las bombas intratecales** se utilizan para el tratamiento del dolor neuropático (con morfina) o para el dolor que se debe a espasmos musculares (con baclofeno). La bomba que contiene morfina o baclofeno se implanta quirúrgicamente bajo la piel del abdomen y administra el medicamento directamente en la médula espinal y las raíces nerviosas.

Prevención y cuidados personales

- **Consiga tratamiento para sus problemas médicos.** La salud en general puede tener un gran efecto en el dolor. Las infecciones urinarias, los problemas intestinales, los problemas de la piel, las alteraciones del sueño y la espasticidad pueden empeorar el dolor o dificultar su tratamiento. Mantenerse lo más sano posible puede ayudarle a reducir el dolor.
- **Trate de hacer todo el ejercicio que pueda.** Realizar actividades físicas con regularidad puede reducir el dolor y mejorar el estado de ánimo y la salud en general. También puede ser agradable y distraerle del dolor. El profesional de la salud que le atiende puede ayudarle a escoger actividades físicas que sean seguras y adecuadas para usted. Consulte también el suplemento **“Modificación de la actividad para el control del dolor osteomuscular”**.
- **Reciba tratamiento para la depresión.** La depresión puede empeorar el dolor. El mejor tratamiento consiste en asesoramiento psicológico y medicamentos. Recibir tratamiento para la depresión puede ayudarle a sobrellevar el dolor crónico y mejorar su calidad de vida.
- **Disminuya el estrés.** El estrés puede empeorar el dolor o hacerlo más difícil de controlar. Usted puede aprender a controlarlo con asesoramiento psicológico y aprendiendo técnicas para reducir el estrés y la tensión, como métodos de relajación, bioautorregulación e hipnosis. El ejercicio ayuda a reducir el estrés.
- **Busque formas de distraerse.** La distracción es uno de los mejores métodos para lidiar con el dolor crónico. Participar en actividades agradables y llenas de sentido puede reducir el dolor y ayudarle a sentir que tiene más control de su vida, especialmente cuando el dolor es más intenso. Cuando estamos aburridos e inactivos tenemos la tendencia a centrarnos más en el dolor y esto puede empeorarlo.
- **Lleve un registro.** Cada persona siente el dolor de una forma diferente. Lleve un registro de lo que le alivia y le empeora el dolor. Saber qué cosas afectan el dolor le servirá a usted y al médico para hallar formas eficaces de reducirlo.
- **Pida que le hagan una evaluación de la forma en que se sienta en la silla de ruedas.** Una mala postura y una silla inadecuada pueden causar problemas graves de dolor. Pida que un fisioterapeuta especializado en el tema evalúe cómo se sienta en la silla de ruedas. Si tiene una silla de ruedas manual, trate de conseguir una silla muy fuerte y

completamente adaptable, hecha del material más liviano posible (aluminio o titanio). Aprenda con el fisioterapeuta la técnica adecuada de propulsión.

- **No beba para aliviar el dolor.** Consumir alcohol a modo de analgésico puede causar alcoholismo y otros problemas graves. Algunos medicamentos no se deben mezclar con bebidas alcohólicas. Pregúntele al médico acerca del consumo de alcohol y lea siempre las etiquetas de los medicamentos.

Buscar ayuda

Es importante recibir tratamiento para el dolor. Lo ideal es tener la ayuda conjunta de un médico y un psicólogo que estén familiarizados con las lesiones de la médula espinal y con el control del dolor.

Si usted no tiene acceso a estos expertos, la alternativa es pedir ayuda en una clínica interdisciplinaria del dolor, ya que en ella habrá médicos y psicólogos. Colabore de manera estrecha con un profesional de la salud en quien confíe y que entienda su estado médico.

El dolor crónico no es un caso perdido. Trate de no desanimarse si un tratamiento no da resultado y esté dispuesto a intentar diferentes técnicas. Aunque tal vez no sea posible aliviar el dolor por completo, vivir mejor a pesar del dolor es una meta realista.

Recursos

- Pain Connection, www.painconnection.org
- American Pain Society, www.ampainsoc.org
- American Pain Foundation, www.painfoundation.org
- Foros moderados por CareCure Community, entre ellos, uno sobre el dolor. <http://sci.rutgers.edu/forum/>

Fuente

La información de salud de esta hoja se basa en resultados de investigaciones y en el consenso profesional y ha sido revisada y aprobada por un equipo editorial de expertos de los Sistemas Modelo de Lesiones de la Médula Espinal.

Autores

La hoja informativa "El dolor después de una lesión de la médula espinal" (*Pain after Spinal Cord Injury*) fue preparada por los doctores J. Scott Richards, Trevor Dyson-Hudson, Thomas N. Bryce y Anthony Chiodo en colaboración con el Model Systems Knowledge Translation Center de la University of Washington.

Ciertas partes de este documento se adaptaron de materiales creados por el Sistema Modelo de Lesiones de la Médula Espinal de la University of Alabama, el Sistema Modelo de Atención de Lesiones de la Médula Espinal de la University of Michigan, el Sistema Modelo de Lesiones de la Médula Espinal Northwest Regional (University of Washington) y por Craig Hospital.