

El dolor: un reto permanente para la medicina

Ciro Maguiña Vargas¹

DOLOR: UN RETO PERMANENTE PARA LA MEDICINA

El dolor, antiguo e importante signo semiológico es abordado por su alta frecuencia y porque en estos últimos años se ha mejorado su conocimiento; lo que ha llevado al desarrollo de nuevos y potentes medicamentos analgésicos. En esta edición se toca en primer lugar la fisiopatología, más adelante, el dolor quirúrgico y el dolor a nivel reumático. Próximamente tocaremos otros aspectos del dolor en el paciente neurológico, cardiológico, neoplásico, ginecológico, etc.

Hoy en día el dolor ha dejado de ser solo un signo más de la medicina, es toda una disciplina, con especialistas de la misma, revistas, sociedades científicas y con importantes trabajos de investigación, lo que ha redundado en el mejor manejo de este problema y por ello su enfrentamiento requiere de todo un equipo multidisciplinario. En el Perú existen pocos estudios sobre esta problemática. En estimaciones publicadas por el Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica en 1998, 98 millones de los habitantes sufren dolor (50 millones dolor agudo y 40 dolor crónico), 22 millones de los cuales están parcial o totalmente discapacitados.

El dolor fue descrito por los grandes maestros de la medicina como una molestia capital para el diagnóstico y la toma de decisión, así aprendimos que el clásico signo de Mc-Burney es útil para la sospecha de una colecistitis aguda. Pero el dolor también es confundido con distintas enfermedades; por ello se lo debe ligar a otros aspectos epidemiológicos, clínicos, o recurrir al uso de técnicas de diagnóstico, etc, todo ello a fin de no equivocarse; un ejemplo frecuente, es el dolor de una cefalea aguda, la cual podría corresponder a una hemorragia subaracnoidea o intracerebral, meningitis aguda, entre otras. Otro ejemplo frecuente, es el dolor abdominal agudo, que puede corresponder a múltiples causas, sean médicas o quirúrgicas, de estas tenemos a

la apendicitis aguda, la enfermedad inflamatoria pélvica, pancreatitis aguda, colecistitis aguda, hemorragia digestiva, oclusión intestinal, isquemias de diversas causa, etc.; de las dolencias médicas, tenemos: neumonía aguda de lóbulos inferiores, pielonefritis, hepatitis viral, adenitis mesentérica, colagenopatías, cetoacidosis diabética, crisis de Addison, uremia, porfiria intermitente, peritonitis bacteriana espontánea, etc.

El Dr. Jaime Zegarra, médico internista, en su artículo clasifica el dolor en agudo y crónico y analiza el mecanismo fisiopatológico, luego lo divide en nociceptivo, como consecuencia de una lesión somática o visceral y el dolor neuropático como resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico; resalta el mecanismo intracelular de la analgesia opiode, así señala que se han identificado genes que codifican tres receptores de los opiodes: mu, delta, kappa, los tres pertenecen a la familia de receptores pares de proteína G, la cual tiene tres subunidades: alpha, beta, gamma. Los agonistas opiodes dan lugar a la activación intracelular de la proteína G.

El artículo del cirujano general, Dr Luis Poggi, es muy completo, luego de definir el dolor posquirúrgico presenta aspectos conceptuales del dolor en cirugía, los diversos esquemas de terapia y los problemas del manejo. Señala, un hecho real "El dolor posquirúrgico es una entidad a la que los cirujanos se enfrentan a diario. Por lo general se recomienda tratar el dolor posquirúrgico en forma multidisciplinaria y continua. Cuando analiza una encuesta de pacientes recientemente operados, el 80% presento dolor agudo despues de la cirugía, de estos el 86% tenia dolor moderado a severo extremo, cerca de 25% de pacientes que recibieron las medicinas contra el dolor experimentaron efectos adversos, sin embargo el 90% estuvo satisfecho con el tratamiento.

El Dr Armando Calvo, médico reumatólogo, señala la importancia del dolor en el paciente reumático, en estos predomina el dolor de tipo nociceptivo e infrecuentemente el de tipo neuropático. Desarrolla los conceptos de terapia no farmacológica y farmacológica, analiza el uso adecuado y racional de los mismos como ejemplo pone el

1. Médico Infectólogo y Dermatólogo. Director adjunto del Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt", Asistente del servicio de Enfermedades Infecciosas y dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Principal de la Universidad Cayetano Heredia

acetoaminofen, los antiinflamatorios no esteroides viejos y nuevos (AINE), analiza los factores de riesgo para el desarrollo de los efectos adversos. En relación a los AINE señala “ Si bien inicialmente hubo un gran entusiasmo por la aparición de los coxibs, pues se consideraba que se lograrían evitar las reacciones adversas indeseables de los AINE tradicionales, especialmente la gastropatía por AINE, hoy este entusiasmo ha disminuido”, y posteriormente dice “ ahora se reconoce que todos los AINE en mayor o menor grado incrementan las posibilidad de tener eventos serios gastrointestinales, cardiovasculares renales y otros, motivo por el que se recomienda su uso a las dosis efectivas mas bajas posibles, por el menor tiempo posible; considerando los factores de riesgo que pudiese tener el paciente...”.

A lo largo de la historia, muchas de las plantas medicinales han demostrado poseer diversas e importantes propiedades medicinales, ejemplo de ello tenemos al antiguo y hoy muy usado ácido acetilsalicílico, con más de 105 años de sintetizado, el cual fue empleado por siglos en forma exitosa en diversas culturas para el tratamiento de males tales como diversas fiebres, dolores osteomioarticulares, etc; este compuesto era obtenido de extractos de plantas como el sauce, etc; la colchicina (*Colchicum autumnale*) usada por el hombre por cientos de años para diversas dolencia reumáticas, incluyendo la gota, nuestra milenaria coca (*Erythroxylum*), un derivado de esta sustancia es la cocaína, que fue el primer anestésico local, el antiguo opio (*Papaver somniferum*), de esta planta se han producido analgésicos potentes tales como morfina, codeína y papaverina, hoy día siguen apareciendo más plantas medicinales como la uña de gato. La uña de gato, con sus especies: *La Uncaria tomentosa* y *la Uncaria guyanensis*, poseen propiedades medicinales basadas en estudios científicos, que le confieren gran valor como sustancia antiinflamatoria e inmunomoduladora.

Finalmente, desde hace algunos años existe la terapia biológica, basada en la biología molecular, es otro nuevo campo dinámico de la medicina moderna, con su desarrollo, ha alcanzado notables logros tecnológicos, así se ha podido descubrir nuevos medicamentos con propiedades antineoplásicos, analgésicos, antiinflamatorios; las que actúan a nivel de las diversas citokinas, quimokinas, interleukinas, prostaglandinas, receptores de membrana, linfocitos, etc., ello esta cambiando las terapias clásicas a todo nivel, incluso del dolor, el único gran problema son los altos costos, así tenemos en el caso de la artritis reumatoidea, enfermedad crónica, invalidante, que causa grandes dolores, al infliximab, usado hace algunos años, este es un anticuerpo monoclonal quimérico (Ig G). Otro nuevo es el rituximab, el cual es un anticuerpo monoclonal, que ataca selectivamente a las células B; últimamente ha sido aprobado el 2006 por la FDA, el abatacept, el primero de una nueva clase de agentes para el tratamiento de artritis reumatoidea que modula selectivamente la señal coestimuladora necesaria para que se activen las células T.

Director de la revista Acta Médica Peruana
ciromaguina@yahoo.com