

El **DOLOR NEUROPÁTICO (DN)** es uno de los síndromes dolorosos más complejos y difíciles de tratar. Está causado por una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial. Puede ser central o periférico. Es un dolor persistente en el tiempo aunque haya episodios intermitentes y puede ser espontáneo o provocado.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- 1 Respuesta en <50% de pacientes (variables de relevancia clínica: ↓ ≥30% de la intensidad dolor; ↓ ≥50% en algunos estudios)
- 2 Eficacia modesta y efectos adversos que pueden limitar su uso.
- 3 Ningún fármaco es efectivo en todos los pacientes.
- 4 Hay poca evidencia que respalde usar un fármaco específico sobre otro.

1ª línea Tratamiento oral

ANTIDEPRESIVOS

ADT: **Amitriptilina**
10-100 mg/día
DN

IRSN: **Duloxetina**
60-120 mg/día
DN periférico diabético

GABAPENTINOIDES

Gabapentina
300-3600 mg/d (3v/d)
DN periférico

Pregabalina
150-600 mg/d (2-3v/d)
DN periférico y central

CARBAMAZEPINA: neuralgia del trigémino; 200-1200mg/d (3-4v/d)

Consultar Fichas Técnicas

Alternativa Tratamiento tópico

En casos de dolor localizado o por intolerancia a tratamiento oral. Opción en ancianos o pacientes frágiles

Capsaicina 8% parches (alta concentración)
DN periférico

Lidocaína 5% parches
Neuralgia postherpética

- **Capsaicina:** poco efectiva, complejidad de administración, elevado coste.
- **Lidocaína:** baja calidad de la evidencia, buena tolerancia.

Controversias: Nortriptilina: menor evidencia que amitriptilina pero mejor tolerada. No aprobada en DN. Venlafaxina: menos estudios que duloxetina; algunas fuentes la consideran 1ª línea. No aprobada en DN. Pregabalina: 2ª línea según algunas fuentes. Capsaicina crema 0,075% (baja concentración): resultados no concluyentes. En DN diabético moderado/severo resistente a otros tratamientos.

2ª línea: Tramadol: por su perfil de seguridad. Útil en exacerbaciones/rescate.

3ª línea: Opioides fuertes: evidencia de baja calidad, heterogeneidad en cuanto a tipo y dosis utilizados en los estudios, importantes efectos adversos incluyendo dependencia; NNT y NNH próximos.

Si el tratamiento con uno de los fármacos orales de 1ª línea no se tolera o no hay mejora significativa tras ajustar la dosis

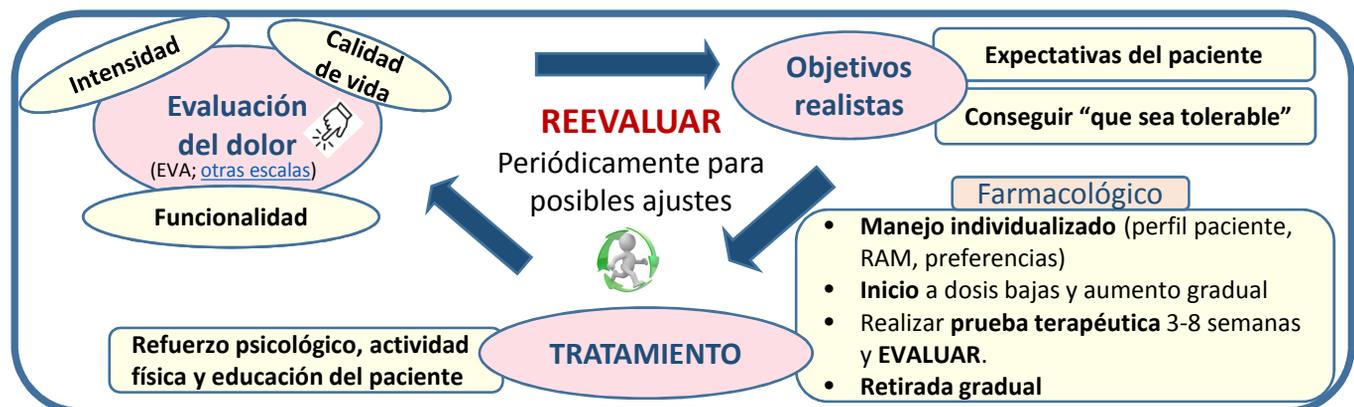
Recomendaciones Guías



- 1) **Cambiar** a otro fármaco, pueden precisarse varios cambios
- 2) **Combinar** fármacos diferentes:
 - tratamiento tópico + oral (dolor localizado);
 - GABAentinoide + ADT;
 - GABAentinoide + IRSN;
 - GABAentinoide o antidepresivo + opioide (↑↑ riesgo RAM)



GABAentinoides NO utilizar en otro tipo de dolor (lumbalgia con o sin radiculopatía, fibromialgia)



Bibliografía: GPC NICE Clinical Guideline 173 (updated 2020); SED, SEMERGEN, SemFYC, SEMG. GPC 2016; Moisset X et al., Rev Neurol 2020;176:325-52; INFAC 2018 vol 26 Nº8; Falk J et al., Can Fam Physician 2021;67:e130-40; Bates et al., Pain Medicine 2019;20:S2-S12; Price R et al., Neurology 2022;98:31-43