

Uso de antidepresivos como coadyuvantes en el tratamiento del dolor crónico

Por Dr. Juan José Dubois (*)

Introducción

La mayoría de las personas con dolor crónico no manifiestan una depresión clínica, sí algunos rasgos depresivos, estos últimos al investigarlos frecuentemente son reactivos al problema del dolor y sufrimiento, disminuyendo y/o desapareciendo al aplicar un plan terapéutico adecuado.

La utilización de coadyuvantes (aquellos grupos de drogas que terapéuticamente colaboran y contribuyen a la analgesia producida por otros fármacos), han demostrado gran utilidad en el tratamiento del dolor crónico.

Los antidepresivos desde la década de los ‘60 han sido utilizados con éxito en pacientes con dolor crónico, considerados analgésicos después de los opioides y aines, saberlos utilizar correctamente nos facilitan el plan estratégico en la conducta dolorosa del paciente.

Antidepresivos: Mecanismo de acción analgésica

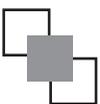
La disminución del dolor por los antidepresivos, sugiere una hipótesis del efecto antidepresivo mismo y otra como efecto analgésico propio de ellos, éstos últimos avalados por un análisis de 59 estudios controlados con antidepresivos contra placebo en síndromes dolorosos.

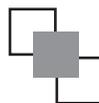
Tanto el meta análisis de Onghena y Van Houdenhove, como el de Mc Quay y col., demostraron la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de los dolores crónicos no oncológicos con el 30 al 60 % de éxito, donde el efecto terapéutico más importante se obtuvo en los dolores neuropáticos.

Hoy existen evidencias suficientes para reconocer un efecto analgésico propio de los antidepresivos. El mecanismo de acción involucraría varios sistemas de neurotransmisión que interactuarían incluyendo al menos vías monoaminérgicas y opioides; fundamentalmente los tricíclicos, éstos inhiben la recaptación neuronal de la noradrenalina, dopamina y serotonina en proporción variable, de este modo, aumenta la disponibilidad de éstos neurotransmisores en el receptor postsináptico de la sinapsis del SNC; se postula que actúan potenciando la actividad de las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas, las cuales se hallan funcionalmente deprimidas en los cuadros dolorosos crónicos.

Clasificación

A- Antidepresivos tricíclicos	Pueden ser mixtos si inhiben a la vez los transportadores de noradrenalina y serotonina o sólo inhibidores de la recaptación de una u otra monoamina.
B- Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (imao)	Inhibición más o menos selectiva de las enzimas MAO-A y B, que actúan desaminando en grado variable a la noredrenalina, la dopamina y la serotonina, entre otras, aumentando se disponibilidad en el terminal postsináptico neuronal.
C- Antidepresivos atípicos	Grupo heterogéneo de drogas Timoanalépticas: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bloqueadores de la recaptación de monoaminas (simil ATD-T) ◆ No bloqueadores de la recaptación de monoaminas (segunda generación) ◆ Inhibidores selectivos de la serotonina (tercera generación)





Clasificación

Antidepresivos tricíclicos

El fármaco de elección en clínica del dolor es la Amitriptilina, quien cuenta con más estudios controlados, si el tratamiento es eficaz debe mantenerse como mínimo tres meses y no superar los doce meses, posee efecto sedante. El de segunda elección es la Clomipramina, con las mismas recomendaciones que la anterior, posee menos sedación. Luego está la Imipramina, con características similares a la Clomipramina, por tener predominio de efecto estimulante, puede producir insomnio. La Doxepina, es la que presenta menos efectos anticolinérgicos y produce menos sedación, confusión e hipotensión.

Indicaciones:

B. Imaos

Son de escasa utilidad en dolor crónico por sus efectos adversos.

Se encuentran la Tranilcipromina y la Meclobemida.

Indicaciones

Dolor facial atípico

Migrañas refractarias

Depresión endógena con componente doloroso

Antidepresivos atípicos

Bloqueadores de la recaptación de monoaminas

Nomifensina

Maprotivina

Venlafaxina

Indicaciones

Dolor neurogénico:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Neuropatía diabética ◆ Miembro fantasma ◆ Cefaleas ◆ Algas faciales ◆ Neuropatías periféricas ◆ Dolor por deaferentación ◆ Dolor central
Dolor reumatológico:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Artralgias crónicas ◆ Fibromialgias ◆ Cervicalgias ◆ Dorsalgias ◆ Lumbalgias
Dolor reumatológico:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Con componente neuropático (invasión neural por el tumor)

No bloqueadores de la recaptación de monoaminas (segunda generación)

Mianserina

Iprindol

Inhibidores selectivos de la serotonina (tercera generación)

Fluoxetina

Paroxetina

Trazodona

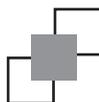
Sertralina

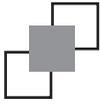
Fluvoxamina

Indicaciones

Dolores neuropáticos crónicos, con resultados moderados, no son más eficaces que los tricíclicos, tienen menos efectos adversos que éstos últimos.

En neuropatías diabéticas, hay trabajos con el uso de Paroxetina.





Efectos adversos de los antidepresivos

Se presentan en los tres grupos de antidepresivos en menor o mayor intensidad.

Anticolinérgicos:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sequedad de mucosas ◆ Constipación ◆ Retención urinaria ◆ Visión borrosa
Cardiovasculares:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Hipertensión ortostática ◆ Taquicardia ◆ Arritmias
Neurológicas:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sedación ◆ Confusión ◆ Incoordinación motriz ◆ Temblores ◆ Cuadros excitatorios ◆ Insomnio ◆ Depresión respiratoria
Otras:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento de apetito ◆ Aumento de peso ◆ Náuseas ◆ Anorexia

Conclusión

Cuando se selecciona un antidepresivo para utilizarlo en el tratamiento del dolor, hay que tratar de conocer cuáles son los problemas que van a presentarse con dicho fármaco y su efecto sobre los mismos.

Recordar que el paciente trae frecuentemente otras patologías no relacionadas con el dolor actual, que van a presentar signos y síntomas que pueden ser exacerbados por los efectos del antidepresivo y nos obliguen a suspender un fármaco que podría haber sido potencialmente beneficioso como analgésico.

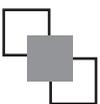
Conocer los efectos adversos e indeseables de los antidepresivos nos lleva a tomar decisiones seguras y satisfactorias.

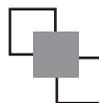
Querer tratar a un paciente con dolor neuropático benigno que a su vez presenta, hipertensión arterial, diabetes, glaucoma, hipertrofia prostática, hipotensión ortostática, síndrome de inestabilidad de marcha, entre otras patologías co-existentes, nos hará evaluar la elección del fármaco coadyuvante con mayor poder analgésico para ese cuadro doloroso y con menores efectos adversos sobre dichas patologías.

Si el paciente presenta antecedentes psiquiátricos, soli-

citar colaboración con un especialista en el tema, para armar un plan terapéutico estratégico, sabiendo que el trabajo en equipo e interdisciplinario nos permitirá tener más éxito.

De acuerdo a la experiencia clínica es importante hacerle comprender al paciente y su entorno que estamos prescribiendo fármacos que se utilizan para otras patologías no dolorosas, que la mayoría de los estudios concuerdan en que la latencia de la acción analgésica es más breve que la necesaria para la aparición de un efecto antidepresivo, (esto es entre 3 a 7 días y 7 a 14 en algunos estudios) y otros que indican que el inicio de la acción analgésica es semejante a la del efecto antidepresivo, (alrededor de 21 días), esto nos hace pensar que hay que dejar transcurrir tres semanas para valorar el tratamiento y no suspenderlo antes de ese tiempo por haberlo encontrado equivocadamente ineficaz.





Bibliografía

Solis HD, Dubois JJ: Síndrome doloroso post amputación. El dolor, de lo molecular a lo clínico. Mediterráneo 3° edición. Stgo de Chile. C33,475-482.2005

Turk DC, Rudy TE, Stieg RL: Chronic pain and depression. Pain Management 1:17-25,1987.

J David Haddox-Farmacos neuropsiquiátricos en el tratamiento del dolor. P.Prithvi Raj, 2da edición. 30C,626-645.1994.

Max MM: Towards physiologically based treatment of patients with neuropathic pain. Pain 42:131-133,1990

Sindrup SH, Gram LF, Brosen K, et al: The selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine is effective in the treatment of diabetic neuropathy symptoms, Pain 42:135-144,1990.

Mcquay HJ, Tramer M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. Pain 1996; 68:217-27.

Onghena P, Van Houdenhove B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: A meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. Pain 1992,49:205-19.

Magni G. The use of antidepressants in the treatment of chronic pain. A review of the current evidence. Drugs 1991;42:730-48.

Finkel DM: Drogas coadyuvantes en el tratamiento del dolor. Farmacología para Anestesiólogos e Intensivistas, M.A. Paladino. C27,292-294.2001.

Beaulieu P., Walczak JB: Sleep and Pain, Soja et al. IASP. 19C,391-411.2007.

Goodman and Gilman: Bases farmacológicas de la terapéutica, 9° edición, C19,459-485.1996.

(*) Dr. Juan José Dubois: Médico especialista en Medicina Legal. Medicina del Dolor.

Director del Curso de Postgrado de Capacitación en Diagnóstico y Tratamiento del Dolor.

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata

