

ARTÍCULO EDUCATIVO

Tipos de dolor. El dolor reagudizado (*flare up*), ¿una nueva entidad?

Types of pain. The flare up, a new entity?

RESUMEN:

Podemos clasificar el dolor en función de diferentes condiciones, tales como su origen, temporalidad o fisiopatología. Estas clasificaciones están interrelacionadas entre sí, permitiendo una visión global. Según su temporalidad el dolor puede ser agudo como respuesta normal, fisiológica, cuya duración no va más allá de los seis meses; crónico, que es aquel que tras seis meses persiste superando el tiempo de recuperación o reparación esperados; dolor irruptivo, entendido como la exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y que ocurre de forma espontánea o en relación a un evento a pesar de existir un

AUTOR:

Ramón López Martín

Unidad del Dolor. Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada, España.

CORRESPONDENCIA:

Ramón López Martín

monloma86@gmail.com

RECIBIDO: 23 / julio / 2024

ACEPTADO: 24 / julio / 2024

DOI: [10.20986/mpj.2024.1077/2024](https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1077/2024)

Palabras clave: *Dolor crónico, dolor irruptivo, reagudización, exacerbación, brote.*

Key words: *Chronic pain, breakthrough pain, exacerbation, flare up.*

dolor basal estabilizado y controlado en pacientes con dolor oncológico; o una reagudización, exacerbación o brote, explicado como un periodo de dolor intenso temporal, que es más intenso que el dolor crónico no oncológico. Según su fisiopatología lo clasificamos en: nociceptivo, aquel que surge de un daño real o amenazado sobre el tejido no neuronal; neuropático, causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial; o nociplástico, nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o amenazado. Según su etiología nos basamos en los siete tipos de dolor de la clasificación CIE-11.

ABSTRACT:

We can classify pain based on different conditions, such as its origin, temporality or pathophysiology. These classifications are interrelated with each other, allowing a global vision. Depending on its temporality, the pain can be acute as a normal, physiological response, whose duration does not exceed six months; chronic: one that persists after six months beyond the expected recovery or repair time; breakthrough pain understood as the acute exacerbation of pain that is rapid in onset, short in duration, and occurs spontaneously or in relation to an event despite the existence of stabilized and controlled baseline pain in patients with cancer pain; or a flare-up, exacerbation, explained as a period of temporary intense pain, which is more intense than chronic non-cancer pain. According to its pathophysiology, we classify it as nociceptive, that which arises from real or threatened damage to non-neuronal tissue; neuropathic, caused by injury or disease of the somatosensory nervous system; or nociplastic: impaired nociception despite no clear evidence of actual or threatened tissue damage. According to its etiology, we base ourselves on the seven types of pain of the ICD-11 classification.

Definición

En 2020, la *International Association for the Study of Pain* (IASP) reformula la definición de dolor a través de un grupo de expertos y la exposición pública abierta a alegaciones. La necesidad de abarcar situaciones antes no reflejadas en la definición y la búsqueda del reconocimiento del dolor crónico como una enfermedad *per se*, hacen de esta definición un concepto más inclusivo. Entre los puntos conflictivos que la definición de 1979 tenía, se encuentra:

- La imposibilidad de identificación de dolor en pacientes con dificultades comunicativas como pudieran ser neonatos o ancianos, incluso animales.
- La exclusión de una dimensión cognitiva y social.
- La necesidad de dar una perspectiva de enfermedad más que de síntoma. Cuestión recogida en la 11.ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), quien reconoce el dolor crónico como enfermedad en sí misma.

La definición actual de dolor según la IASP es: “*una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial*”. Además, la IASP enfatiza su definición con seis notas clave:

1. El modelo biopsicosocial del dolor es entendido como una experiencia personal influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Dolor y nocicepción no son el mismo concepto. El dolor no se puede inferir exclusivamente de la actividad de las neuronas sensitivas.
3. A través de su experiencia de vida, los individuos aprenden el concepto de dolor.
4. Respeto al relato personal sobre la experiencia de dolor.
5. Aunque el dolor suele cumplir una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
6. La descripción verbal es solo una de varias conductas para expresar dolor; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de un ser humano o animal a experimentar dolor.

Clasificación del dolor

Podemos clasificar el dolor en función de diferentes condiciones, tales como su origen, temporalidad o fisiopatología. Estas clasificaciones están interrelacionadas entre sí, permitiendo una visión global. Cada una de las clasificaciones nos ayudará a comprender mejor el dolor, identificarlo en cada paciente y poder plantear una actitud terapéutica adaptada a las circunstancias individuales.

Clasificación según su temporalidad

- Dolor agudo:** es una respuesta normal, fisiológica y predecible del organismo ante una agresión física, química o traumática. Tiene una duración en función del proceso de curación o reparación y su duración no es mayor a 3-6 meses. Constituye una respuesta fisiológica de alarma, ya que nos advierte de un deterioro o peligro para nuestra integridad, permitiendo que pongamos nuestra atención para desarrollar mecanismos de evitación o protección.
- Dolor crónico:** dolor cuya persistencia supera los 3-6 meses desde su inicio, que tiene las siguientes características:
 - Supera el tiempo de la reparación tisular o la resolución del problema que lo inició.
 - Es secundario a cambios fisiopatológicos que se producen en nuestro sistema somatosensorial.
 - Constituye una enfermedad en sí misma.
- Dolor irruptivo (*breakthrough pain*):** exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y de intensidad moderada o elevada, que ocurre de forma espontánea o en relación a un evento predecible o no predecible a pesar de existir un dolor basal estabilizado y controlado en pacientes con dolor oncológico (Figura 1). Podemos clasificar el dolor irruptivo en:
 - Dolor irruptivo incidental:** relacionado con una actividad, gesto o procedimiento (estornudo, lavados, cambios posturales, etc.). En la mayoría de las ocasiones se trata de dolores predecibles, por lo que podemos llevar a cabo medidas que lo prevengan o lo amorti-

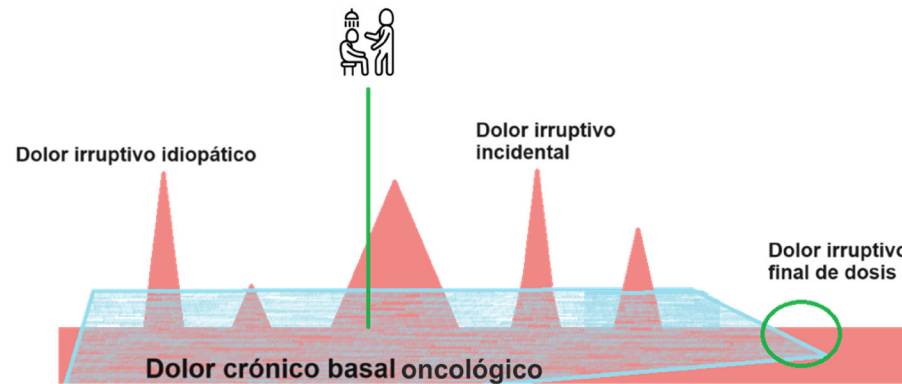


Figura 1. Representación de los distintos dolores irruptivos. En azul se representa el uso de un fármaco de escalón III de liberación prolongada como modelo de tratamiento para el dolor crónico oncológico basal.

güen. Cuando son impredecibles, como puede ser al tener un mal gesto, no nos podemos anticipar.

- Dolor irruptivo idiopático:** sin causa conocida, relacionado con el dolor oncológico en un proceso progresivo. De aparición brusca.
- Dolor irruptivo relacionado con final de dosis:** antes o alrededor de la siguiente dosis analgésica. Suele aparecer de forma gradual y tiene una duración mayor que los anteriores.

El dolor irruptivo está directamente relacionado con el dolor oncológico, ya que no existe evidencia significativa de su presencia en dolor no oncológico en la literatura disponible.

- Reagudización, exacerbación o brote (*flare up*):** es un periodo de dolor intenso temporal, que es más intenso que el dolor crónico no oncológico. Las exacerbaciones pueden durar horas o días, sin un patrón identificable y con muy poca advertencia. Los brotes pueden ser tanto de dolor somático como neuropático. Cuando hablamos de dolor crónico no oncológico, a pesar de un tratamiento eficaz para el manejo del dolor, es posible que se produzcan reagudizaciones. Entre las diferentes exacerbaciones que se pueden presentar, debemos diferenciar (Figura 2):

- a) Exacerbación por agotamiento terapéutico: cuando el tratamiento de base comienza a tener menos efecto, puede aparecer un aumento del dolor. Su aparición suele ser de forma más gradual, iniciando su aparición al final de dosis. En tal caso, el paciente podría beneficiarse de un aumento de dosis o una rotación.
- b) Exacerbación por nuevo dolor: se trata de un dolor en una ubicación nueva o nuevo síntoma. Debe ser estudiado para identificar la causa.
- c) Exacerbación por brote o reagudización: generalmente es un aumento de la intensidad de su dolor crónico, de duración variable, en la misma ubicación y con las mismas características. Aunque su patrón es difícilmente identificable, debemos analizar si existen desencadenantes como pudieran ser aumentos de actividad, estrés, cambios climáticos, desafíos familiares o laborales, etc.

La presencia de brotes o reagudizaciones es algo habitual en el dolor crónico no oncológico que, aunque limitados, deben ser tenidos en cuenta a la hora de plantear un tratamiento óptimo a largo plazo. Tener un plan terapéutico donde se recoja tanto el tratamiento de base (basado en fármacos de liberación prolongada) como uno dirigido a las reagudizaciones (donde se requieren liberaciones rápidas), supone para el paciente afrontar su dolor con más confianza, siendo conocedor de que los brotes forman parte del proceso evolutivo de su enfermedad.

Las reagudizaciones, a diferencia del dolor irruptivo, no aparecen de forma súbita a modo de picos de dolor, sino de una forma menos abrupta y con duraciones más prolongadas.

Clasificación según su fisiopatología

Dependiendo de la lesión y de la vía fisiopatológica que conduce la percepción del dolor, debemos dividir el dolor en:

1. **Nociceptivo:** dolor que surge de un daño real o amenazado sobre el tejido no neuronal y debe su activación a nociceptores. Se entiende como **una respuesta normal** a

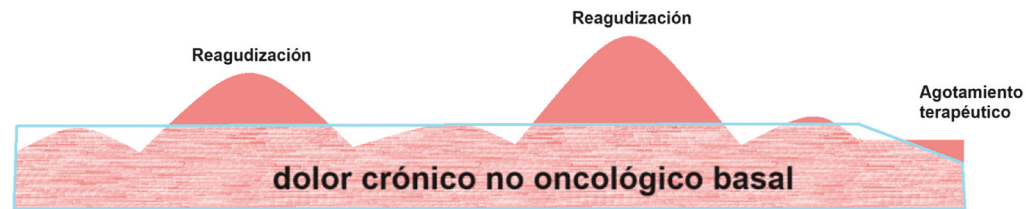


Figura 2. Representación del dolor crónico no oncológico en forma de “montaña rusa”, donde existen unas oscilaciones controladas con la medicación basal (en azul) y reagudizaciones o brotes no controlados, precisan de tratamiento.

un estímulo producido por un daño o lesión tisular como puede ser un traumatismo o una infección. Contrasta con la función anormal que se produce en el dolor neuropático. Podemos diferenciar dos tipos:

- Dolor somático: procedente del sistema musculoesquelético, así como meninges o médula ósea, en definitiva, de cualquier estructura no visceral. Es la causa más frecuente de dolor visceral: proviene de los órganos internos.
 - Dolor crónico: para su diagnóstico se ha de tener en cuenta que muchos órganos no generan dolor (hígado, riñones, pulmones, etc.), que puede aparecer por estímulos no nocivos y que puede desencadenar respuestas vegetativas y motoras reflejas. Se trata de un dolor difuso, mal localizado y que en ocasiones se acompaña de dolor referido.
2. **Neuropático:** dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. Se trata de una descripción clínica y no un diagnóstico, que requiere de una lesión demostrable o enfermedad que reúna los requisitos establecidos. Existen dos tipos:
 - Dolor neuropático periférico: afectación somatosensorial causado por una lesión o enfermedad a nivel periférico, tales como la neuropatía diabética o la radiculopatía por compresión nerviosa.
 - Dolor neuropático central: dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosen-

sorial central. Patologías como la esclerosis múltiple o la lesión medular pueden presentar este tipo de dolor.

- Dolor nociplástico:** es una nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o amenazado que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause el dolor. Puede aparecer acompañando al dolor nociceptivo. La sensibilización central puede definirse como la afectación central de un proceso periférico y tiene una duración o una intensidad que no se relaciona directamente con el daño periférico presentado, ya sea este nociceptivo o neuropático.

Existe la posibilidad de que convivan distintos tipos de dolor en un paciente según el tipo de enfermedad que lo provoque; en tal caso diremos que presenta un dolor de tipo mixto (Tabla I).

Clasificación según su etiología

Clásicamente, el dolor viene definido desde un punto de vista etiológico en dos grandes grupos: **dolor oncológico y dolor no oncológico**. Este modelo binario no deja claro aspectos importantes a la hora de evaluar el origen último del proceso doloroso, los mecanismos que se han llevado a cabo para su aparición y las posibles consecuencias y expectativas, ya que deja al grupo de dolor crónico no oncológico (DCNO) como un grupo muy heterogéneo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la IASP, ha desarrollado en respuesta a las carencias que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su versión CIE-10, una clasificación nueva y pragmática del dolor crónico para su versión **CIE-11**. El objetivo era tener un sistema de clasificación útil para los diferentes estamentos de atención al paciente, desde la atención primaria hasta las unidades especializadas en el tratamiento del dolor, teniendo en cuenta especialidades de toda índole que la pudieran utilizar. Esta clasificación está basada en la ubicación percibida, la etiología, la estructura anatómica afectada o su condición idiopática. Estos trastornos se dividen en 7 grupos:

- Dolor primario crónico:** es la aparición de dolor en una o más regiones anatómicas, con una duración mayor

	Nociceptivo	Neuropático	Nociplástico
Concepto	Activación nociceptiva por daño no neuronal	Lesión o enfermedad del sistema somatosensorial	Sin evidencia de daño tisular real o amenazado o afectación somatosensorial
Fisiopatología	Respuesta normal al estímulo producido por un daño o lesión	Compresión nerviosa, daño directo o enfermedad que afecta al sistema periférico o central	Percepción alterada en el procesamiento central
Clínica	Proporcional, limitada al área de afectación Patrón mecánico. Postura antiálgica	Síntomas positivos: disestesias, parestesias, alodinia e hiperalgnesia Síntomas negativos: hipoestesia, anestesia	Desproporcionado al estímulo e impredecible Áreas sensibles a la palpación
Respuesta al tratamiento	Responde a AINE y opioides	Mala respuesta a AINE Responde a gabaérgicos e inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina Tratamientos tópicos como capsaicina o lidocaína	No suele responder a los tratamientos prescritos

a 3 meses y que se asocia con una angustia emocional o discapacidad funcional significativa y que no puede explicarse mejor por otra condición de dolor crónico. Dentro de este grupo están: dolor de espalda generalizado, fibromialgia o el síndrome de intestino irritable.

- Dolor crónico oncológico:** incluye el dolor causado por el cáncer en sí mismo (el tumor primario o las metástasis) y por el tratamiento del mismo. Este dolor se dividirá en visceral, musculoesquelético y neuropático, además se describirá como continuo o intermitente (episódico, irruptivo).
- Dolor crónico postquirúrgico y postraumático:** dolor persistente más allá de la curación normal, de al menos 3 meses después del suceso. Se trata de un diagnóstico de exclusión, ya que deben valorarse otras causas como la infección o la neoplasia maligna recurrente.
- Dolor neuropático crónico:** causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial. Puede ser espontáneo o evocado (alodinia e hiperalgnesia). Su diagnóstico precisa de antecedentes de una lesión del sistema nervioso y una distribución neuroanatómica plausible. Debe presentar signos sensitivos positivos o

negativos compatibles con la estructura lesionada. Se clasificará en periférico o central.

5. **Cefalea crónica y dolor orofacial:** dentro de este grupo encontramos la cefalea primaria (idiopática), secundaria (sintomática) y el dolor orofacial, tales como las neuralgias craneales. Para pertenecer a este grupo, el dolor debe presentarse en al menos el 50 % de los días durante al menos 3 meses. Entre los dolores orofaciales destacan las afecciones temporomandibulares, la presentación orofacial de cefaleas primarias, neuralgias como la del trigémino, el dolor orofacial idiopático persistente o el síndrome de boca ardiente.
6. **Dolor visceral crónico:** dolor persistente o recurrente de órganos internos. Suele percibirse en los tejidos somáticos de la pared corporal de áreas que reciben la misma inervación sensorial que el órgano causante (dolor visceral referido). Se subdivide en: inflamación persistente, vascular, obstrucción y distensión, tracción y compresión o combinados.
7. **Dolor musculoesquelético crónico:** surge como parte de un proceso patológico relacionado con huesos, articulaciones, músculos o tejidos blandos relacionados. Se limita a dolor nociceptivo y no incluye al dolor percibido sobre estas estructuras que no surge de las mismas. Las entidades incluidas se caracterizan por una inflamación persistente, como pueden ser infecciones, enfermedades autoinmunes o metabólicas (artritis), o cambios estructurales (osteoartrosis).

3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7. DOI: 10.1097/j.pain.000000000000160.
4. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. IASP terminology; 2021 [consultado en abril de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>.
5. Fernández Esplá A, García Helguera E. Tipos de dolor. En: Vidal J. (dir.) *Manual de medicina del dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento*. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 63-9.
6. Cánovas Martínez L, Rodríguez Rodríguez AB, Castro Bande M, Pérez Ariza L, López Soto C, Román Nuñez R. Tratamiento del dolor irruptivo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2012;19(6):318-24.
7. Cabezón-Gutiérrez L, Vilorio-Jiménez MA, Pérez-Cajaraville J, Álamo-González C, López-Trigo JA, Gil-Gregorio P; en representación del Comité de Expertos del Dolor de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Dolor irruptivo oncológico en el anciano [Breakthrough cancer pain in the elderly]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(5):271-7. DOI: 10.1016/j.regg.2016.10.003.
8. Manchikanti L, Singh V, Caraway DL, Benyamin RM. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: fact, fiction, or abuse. *Pain Physician*. 2011;14(2):E103-17. DOI: 10.36076/ppj.2011/14/E103.
9. Pain medicine specialist [Internet]. Northern pain centre; 2024 [Consultado en mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.northernpaincentre.com.au/wellness/chronic-pain-tools/flare-management/>
10. Pain flares, warning signs, and management [Internet]. Toronto Academic Pain Medicine Institute; 2024 [consultado en mayo de 2024]. Disponible en: <https://tapmipain.ca/patient/managing-my-pain/pain-u-online/triggers-management.html>

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):232-3. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020.