



Caracterización del dolor neuropático en la neuropatía epidémica cubana

Characterization of neuropathic pain in Cuban epidemic neuropathy

Suzanne Santiesteban Puerta¹, Rosalia Virgen Abreu Naranjo¹, Roxana de la Caridad González Torres¹, Esequiel Hernández Almeida², Iveth Hernández Sánchez²

Citación:
Santiesteban Puerta S,
Abreu Naranjo RV,
González Torres RC,
Hernández Almeida E,
Hernández Sánchez I.
Caracterización del
dolor neuropático en la
neuropatía epidémica
cubana. Revdosdic
[Internet].
2020 [citado: fecha
de acceso];3(1): e34
[aprox. 7 p.].



Correspondencia a:
Suzanne
Santiesteban Puerta
susannesp@infomed.sld.
cu

Revisado por:

Ismara
Zamora León

José Francisco
Cancino Mesa

Universidad de Ciencias
Médicas de Granma

Palabras clave:
Polineuropatías;
Clínicas de Dolor;
Dimensión del Dolor;
Cuba.

Keywords:
Polyneuropathies;
Pain Clinics;
Pain Measurement;
Cuba.

Recepción: 2020/01/17
Aceptación: 2020/01/26
Publicación: 2020/03/31

¹Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo. Granma. Cuba. ²Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la neuropatía epidémica en Cuba ha sido quizás la mayor de su tipo reportada para una enfermedad neurológica no infecciosa en la pasada centuria y también una de las más estudiadas, al menos en sus inicios, pero no se han realizado mayor número de investigaciones que avalen el comportamiento de esta epidemia con el tiempo. **Objetivo:** caracterizar el dolor neuropático en la neuropatía epidémica cubana en un municipio, de 1992 a 2018. **Método:** se realizó la evaluación de una cohorte histórica de 810 casos definidos de neuropatía epidémica en Manzanillo, Cuba, con medidas iniciales en 1992 y finales en diciembre del 2018. Se aplicaron dos instrumentos estandarizados: la escala de dolor y el cuestionario de McGill para el dolor. Ambos instrumentos mostraron buena consistencia interna medida por Alfa de Cronbach. **Resultados:** La comparación de proporciones y de valores medios en cada uno de las variables de la escala del dolor demostraron que la mayoría de los enfermos referían tener un solo tipo de dolor todo el tiempo, de intensidad media y el cuestionario de McGill permitió por vez primera describir las características semiográficas propias del dolor en los casos de esta epidemia. Al relacionar ambos instrumentos con los ítems que reflejaban características similares del dolor, se obtuvo que todos los coeficientes de correlación de Pearson fueron significativos para $p < 0,01$. **Conclusiones:** el cuestionario de McGill y la escala de dolor son herramientas de utilidad en la caracterización del dolor neuropático.

ABSTRACT

Introduction: epidemic neuropathy in Cuba has been perhaps the largest of its kind reported for a non-infectious neurological disease in the past century and also among the most studied, at least in its beginnings, but no major research has been done to support the behaviour of this epidemic over time. **Aim:** to characterize the neuropathic pain in the Cuban epidemic neuropathy at one municipality, from 1992 to 2018. **Method:** a cohort study was conducted with 810 defined cases of epidemic neuropathy in Manzanillo, Cuba, starting from 1992 to December 2018. Two standardized instruments were applied: the pain scale and the McGill questionnaire for pain. Both instruments showed good internal consistency as determined by Cronbach's Alpha. **Results:** the comparison of proportions and mean values in each of the variables of the pain scale indicated that most patients reported having only one type of pain at all times, of medium intensity, and the McGill questionnaire provided a description of the semiographic characteristics of pain. Both instruments related to items reflected similar pain characteristics, and all Pearson's correlation coefficients were significant for $p < 0.01$. **Conclusions:** McGill's questionnaire and the pain scale are useful tools to characterize the neuropathic pain.



INTRODUCCIÓN

La Neuropatía Epidémica (NE) se presentó en Cuba a principios de la década de 1990 como un síndrome clínico complejo, de evolución subaguda, con manifestaciones diversas⁽¹⁾, en la que por su frecuencia y relevancia se destacaron las afectaciones neuro-ópticas⁽²⁾, polineuropáticas sensitivas⁽³⁾, medulares⁽⁴⁾, neurovegetativas⁽⁵⁾ y de la esfera psíquica superior⁽⁶⁾.

Los síndromes neuro-mielo-ópticos epidémicos tropicales han sido descritos desde hace muchos años y su presencia en Cuba, en otros países del Caribe y zonas geográficas del mundo está bien documentada; la NE recordaba al Síndrome de Strachan⁽⁷⁾, descrito por este autor a finales del siglo XIX en Jamaica y atribuido por él a la Malaria y a la reportada en los prisioneros de guerra del lejano Oriente en la Segunda Guerra Mundial, debida posiblemente a deficiencias vitamínicas complejas⁽⁸⁾.

En Cuba se habían notificado epidemias similares por Madan, Fernández y Enrique López durante la reconcentración de Weyler la Guerra Hispano-cubano-norteamericana, coincidiendo con periodos de aguda crisis económica^(7,8).

Esta epidemia ha sido quizás la mayor de su tipo reportada para una enfermedad neurológica no infecciosa en la pasada centuria y también una de las más estudiadas, al menos en sus inicios, pero no se realizaron igual número de investigaciones que avalen el comportamiento de esta epidemia con el tiempo.

Desde el punto de vista etiológico se pudo determinar que si bien la epidemia era de causa multifactorial, el factor básico, necesario fue el súbito trauma nutricional sufrido por la población cubana a inicios de la década de los años 1990, que coincidió con la caída del campo socialista y la desintegración de la antigua Unión Soviética, pasando a ser una población nutrida por exceso a una nutrida por defecto, sin tiempo suficiente de adaptación para estos cambios.

Diversas fueron las manifestaciones clínicas de la enfermedad, en la que se distinguieron dos formas típicas, una inicial de neuritis óptica con predominio en la parte occidental del país y otra de polineuropatía periférica, que tuvo mayor incidencia en las regiones orientales de Cuba, existieron también formas mixtas de la enfermedad que compartían el componente óptico y

periférico ya mencionado.

Dentro de las manifestaciones polineuropáticas sensitivas el dolor neuropático es una de las molestias mas frecuentes que refieren los enfermos de NE, tanto al inicio como evolutivamente y una de las manifestaciones poco estudiadas y poco abordada en las diferentes investigaciones que han circulado sobre el tema. Este dolor se relaciona directamente con la calidad de vida de los pacientes y diversos estudios publicados al inicio de la epidemia^(1-3,5-8) dieron una idea de las características del mismo, sobre todo en lo relacionado a su topografía e intensidad, sin embargo en los estudios de seguimiento de los casos de la epidemia que se han publicado no se dedica suficiente espacio a este particular, por eso el objetivo de este trabajo es realizar una caracterización del dolor neuropático en pacientes con diagnóstico definido de NE cubana de largo tiempo de evolución.

MÉTODO

Se realizó un estudio de seguimiento de una cohorte histórica de 810 pacientes, que al ser evaluados en algún momento cumplían los criterios de definición de casos de NE enunciados por el grupo de expertos del Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (9), en el municipio Manzanillo, Granma, Cuba, con medidas iniciales el 15 febrero de 1992 y finales el 30 de diciembre del 2018, de los que al diagnóstico 710 cumplían los criterios para la forma periférica de la enfermedad, 92 para la óptica y 8 para la mixta; evolutivamente todos refirieron alguna forma de dolor neuropático. De los pacientes estudiados 726 estaban no recuperados y 84 se habían recuperado de la enfermedad.

Todos ellos fueron evaluados por un mismo equipo de trabajo y respondieron en dos momentos distintos dos instrumentos: La escala descriptiva del dolor (10) y el cuestionario de McGill para el dolor (11). A cada paciente se le ofreció una explicación previa de las características de cada instrumento a responder, sobre todo del cuestionario de McGill por las complejidades que el mismo ofrece.

Con resultados obtenidos para cada una de las variables de ambos instrumentos usados se confeccionó una base de datos en el programa SPSS versión 14.5 para Windows la que fue sometida a protección y a varios controles de calidad. Los resultados se exponen en media con desviación estándar (DS) e intervalo de



confianza estimado al 95 % (IC95 %) para la escala de dolor y en números absolutos y tanto por ciento para el cuestionario de McGill, se calculó el alfa de Cronbach para

cada uno de los instrumentos utilizados y el coeficiente de Pearson (significativo para $P < 0,01$) para relacionar los ítems similares de cada instrumento.

RESULTADOS

La escala del dolor fue respondida con una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,83 para sus 11 ítems, con estadísticas de valores medio y DS de oscilantes entre $3,80 \pm 1,78$ para el dolor sordo hasta $6,95 \pm 2,76$ para la sensación desagradable con valores intermedios de la escala de 10 para los demás ítems.

Características	media	DS*	IC 95%†	
			Inferior	superior
Intensidad del dolor	5,25	+2,35	3,24	8,22
Agudeza del dolor	5,15	+2,41	4,13	6,23
Sensación de calor	6,14	+2,76	5,00	7,11
Dolor sordo	3,80	+1,78	1,97	5,20
Sensación de frío	4,49	+2,61	2,35	8,01
Sensibilidad al tacto	5,90	+2,16	4,11	6,98
Sensación de comezón	4,63	+2,64	3,21	5,34
Sensación desagradable	6,95	+2,70	5,30	7,85
Intensidad dolor profundo	4,03	+1,69	3,25	5,67
Intensidad dolor superficial	5,53	+2,72	3,99	6,04

*DS = Desviación Standard.

Alfa de Cronbach: 0,83 (11 ítems)

Tabla 1. Escala dolor neuropático en pacientes con NE.

Fuente: Base de datos.

En el ítems 8 de la escala de dolor el 38,3 % de los enfermos referían tener un solo tipo de dolor todo el tiempo y el 32,7 % un solo tipo de dolor algunas veces y el resto sin dolor, en tanto el 18,4 % referían un dolor leve que se exacerba parte del tiempo.

Características en el tiempo	No.	%
Un solo tipo de dolor todo el tiempo	310	38,3
Un solo tipo de dolor algunas veces y el resto sin dolor	265	32,7
Dolor leve que se exacerba parte del tiempo	151	18,6
No-dolor	84	10,4
Total	810	100

Tabla 2. Características del dolor en el tiempo en pacientes con NE.

El cuestionario de McGill para el dolor, instrumento que mostró una consistencia interna de 0,91 medido por alfa de Cronbach para sus 20 ítems tuvo predominio en cada uno de sus apartados de las características del dolor como pulsátil (32,7 %), que brinca (32,8 %), como hormigueo (42,1 %), cortante (51 %), con calambre (35,3 %), como tirón violento (52,2 %), ardoroso (42,6 %), con hormigueo (33 %), molesto (44,7 %), con dolor al tacto (51,1 %), que es agotador (47,6 %), no causa náuseas (85,6 %), no causa temor (41,4 %), es fastidioso (53,7 %), despiadado (48,4 %), molesto (30,6 %), penetrante (49,7 %), adormecido (53 %), frío y helado (35,1 %) respectivamente y muy molesto en el 34,6 %.

aspectos	No.	%	aspectos	No.	%
1. Nada	84	10,4	2. Nada	141	17,4
Fluctuante	59	7,3	Que brinca	266	32,8
Tembloroso	61	7,5	Por momentos	206	25,4
Palpitante	149	18,4	Con descargas	197	24,3
Pulsátil	265	32,7			
Como latidos	190	23,4			
Como golpeteo	2	0,2			
3. Nada	84	10,4	4. Nada	100	12,3
Hormigueo	341	42,1	Muy localizado	67	8,3
Penetrante	127	15,7	Cortante	413	51,0
Como taladrara	199	24,6	Lacerante	230	28,4
Como puñalada	44	5,4			
Lancinante	15	1,8			
5. Nada	84	10,4	6. Nada	84	10,4
Pellizco	33	4,1	Tirón suave	116	14,3
Opresión	86	10,6	Tirón violento	423	52,2
Taladramiento	245	30,2	Torcimiento	187	23,1
Calambre	286	35,3			
Machacamiento	76	9,4			
7. Nada	84	10,4	8. Nada	94	10,4
Calor ligero	88	10,9	Con hormigueo	267	33,0
Ardoroso	345	42,6	Con comezón	150	18,5
Calor intenso	233	28,8	Ardor superficial	239	29,5
Rojo vivo	60	7,4	Ardor profundo	60	7,4
9. Nada	84	10,4	10. Nada	84	10,4
Sordo	66	8,1	Dolor al tacto	414	51,1
Molesto	362	44,7	Desgarrador	233	28,8
Intenso	264	32,6	Herida abierta	79	9,7
Pesado	34	4,2			
aspectos	No.	%	aspectos	No.	%
11. Nada	422	52,0	12. No causa náuseas	694	85,6
Agotador	386	47,6	Causa náuseas	102	12,6
Extenuante	2	0,2	Corta el aliento	14	1,7
13. Nada	333	41,4	14. Nada	107	13,2
Causa temor	176	21,7	Fastidioso	435	53,7
Causa miedo	237	29,2	Abrumador	177	21,8
Causa pánico	64	7,9	Cruel	69	8,5
			Implacable	20	2,5
			Mortal	2	0,2
15. Nada	333	41,1	16. Nada	84	10,4
Despiadado	392	48,4	Incómodo	125	15,4
Cegador	85	10,5	Molesto	248	30,6
			Muy molesto	206	25,4
			Intenso	142	17,5
			Intolerable	5	0,6
17. Nada	74	9,1	18. Nada	84	10,4
Difuso	72	8,9	Apretado	58	8,2
Irradiado	173	21,4	Adormecido	429	53,0
Penetrante	403	49,7	Como un tirón	135	16,7
Perforante	88	10,9	Como retorcido	70	8,6
			Desgarrador	34	4,2
19. Nada	94	11,6	20. Nada	84	10,4
Fresco	148	18,2	Molesto	122	15,0
Frío	284	35,1	Muy molesto	280	34,6
Helado	284	35,1	Intenso	253	31,3
			Horrendo	59	7,3
			Como tortura	12	1,5

Tabla 3. Cuestionario de McGill en la evaluación del dolor en la NE. (ítems del 11 al 20).

Alfa de Cronbach de todo el Cuestionario: 0,91

Escala dolor	cuestionario McGill	coeficiente pearson*
Ítem 1	Ítem 1	0,55
	Ítem 2	0,43
	Ítem 9	0,59
Ítem 2	Ítem 3	0,32
	Ítem 4	0,52
Ítem 3	Ítem 7	0,50
Ítem 4	Ítem 5	0,43
	Ítem 6	0,42
	Ítem 18	0,39
Ítem 5	Ítem 19	0,48
Ítem 6	Ítem 10	0,35
Ítem 7	Ítem 8	0,18
Ítem 8	Ítem 14	0,31
Ítem 9	Ítem 15	0,13
	Ítem 16	0,56
Ítem 10		0,57
Ítem 11	Ítem 8	0,34

*Todos significativos para P < 0,01.

Tabla 4. Coeficiente de correlación de Pearson y su nivel de significación entre escala del dolor neuropático y cuestionario de McGill.

DISCUSIÓN

El dolor neuropático ha sido otra de las manifestaciones periféricas frecuentes en la NE cubana, pero poco estudiada y en realidad con insuficiente bibliografía que lo aborde y lo caractericen en su total magnitud. Algunos autores han encontrado en cifras porcentuales desde 22 % en los casos iniciales de la forma óptica en la epidemia en Pinar del Río⁽¹²⁾ hasta más del 90 % en casos de formas periféricas de la enfermedad en otras provincias del país^(6,8,14). La diferencia de proporciones fue en los momentos iniciales y no se hicieron estudios de seguimiento, pues muchos de los casos de la epidemia que inicialmente era óptica evolucionaron hacia la forma periférica y viceversa.

La valoración real del dolor ha sido bastante exacta en su topografía^(1,12,14) con descripción de los sitios donde con más frecuencia se presenta, sobre todo en las extremidades, pero no ha sido bien descrita su intensidad, sus características específicas, su carácter y su duración.

La aplicación de la escala del dolor⁽¹⁰⁾ y del cuestionario de McGill para el dolor⁽¹¹⁾ se realizó en este estudio por vez primera en una serie de enfermos con NE cubana

y no tiene antecedentes en la literatura revisada y se concluye que ambos instrumentos tuvieron buena consistencia interna, estuvieron bien correlacionados y demostraron que el dolor es de intensidad media, por su agudeza, la sensación de calor, la sensibilidad al tacto y lo desagradable que resulta, así como la sensación superficial que produce.

Evaluated por el cuestionario de McGill⁽¹¹⁾ se describe que puede adoptar características cualitativas como predominio de sensación pulsátil, que brinca, cortante, taladrante, de tirón violento, ardoroso, molesto, desgarrador, agotador, fastidioso, penetrante, con sensación de frialdad y calor en las extremidades.

Estas características del dolor causan un empeoramiento de las condiciones y la calidad de vida de los enfermos que lo sufren y determinan una poca adaptación al medio social, por lo que demandan diariamente una gran cantidad de medicamentos para su alivio e impiden, muchas veces, descansar durante horarios nocturnos, lo que empeora aún más su ya dañada calidad de vida.

Este dolor es intenso en las extremidades, especialmente las inferiores y según las descripciones de los enfermos,



en las extremidades superiores se afecta sobre todo la que el paciente más usa en sus tareas diarias; alcanza su máxima intensidad en la región lumbar, quizás por irritación del haz espinotalámico^(5,15) que obliga a los facultativos a someter al enfermo a diversos procedimientos diagnósticos para descartar otras afecciones orgánicas a ese nivel por este tipo de lumbalgia, sin encontrar nunca otra explicación que no sea la enfermedad.

Otras localizaciones frecuentes son los nervios torácicos en formas de neuralgias intercostales⁽¹⁶⁾ que en no pocos casos exigen descartar otras enfermedades cardiopulmonares y de la pared del tórax y las neuralgias del trigémino⁽¹⁷⁾ que también exige realizar las investigaciones pertinentes para descartar otras afecciones, especialmente las que cursan con cefaleas de todo tipo y que a veces es frustrante para el facultativo que la atiende.

Otra observación importante es que si bien en la NE las manifestaciones sensitivas periféricas son simétricas, en casi la totalidad de los enfermos, el dolor no respeta esta distribución y es asimétrico en la mayoría de los enfermos, presentándose con mayor intensidad en aquellas regiones que el enfermo más usa en sus

actividades diarias.

Finalmente, es importante destacar que en los momentos actuales no circulan estudios sobre NE cubana, enfermedad algo estigmatizada desde sus inicios y que requiere de un seguimiento de estos enfermos ya pasado casi más de un cuarto de siglo de su aparición en Cuba, pues la comunidad médica nacional y las nuevas generaciones de profesionales debe saber qué sucedió con esos enfermos y cuál es su estado actual, para poder garantizarle una atención de calidad en cada momento.

CONCLUSIONES

El dolor neuropático en la NE cubana es asimétrico, de intensidad media y puede expresarse como disímiles tipos de características semiográficas. El cuestionario de McGill y la escala de dolor son herramientas de utilidad en la caracterización del dolor neuropático.

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación por parte de ningún organismo e institución.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa A, Ordúñez P. Nuevas reflexiones sobre las determinantes de la epidemia de neuropatía en Cuba. Rev Finlay.1993;7(4 Supl):1-103.
2. Santiesteban R, Luís S, Pernías E, Plascencia MF, Suárez J. Neuropatía óptica epidémica. Nuestra experiencia y revisión histórica. Rev Cubana Oftalmol.1998;11(1):54-65.
3. Cabrera J A, Collazo H, García L, López O, Rodríguez M, Gómez N, et al. Características clínicas de la neuropatía epidémica, forma periférica, en la provincia de Cienfuegos. Rev Neurol[Internet]1997 [citado 21 ene 2020];25(148): 852-8. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/97451>
4. The Cuba neuropathy field investigation team. Epidemic optic neuropathy in Cuba. Clinical characterization and risk factors. N Engl Med.1995;18:373-8.
5. Gómez N, Rodríguez H, Pérez J, Tellería A, Nassiff A, Márquez M, et al. Caracterización clínica de la neuropatía epidémica cubana. Rev Neurol.[Internet]1997[citado 21 ene 2020];25(148):1848-52. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/97450>
6. Vera H. Manifestaciones clínicas generales de la neuropatía epidémica. En: Almirall H, Antelo J, Ballester J, Borrajero I, Cabrera A, Calcagno E, et al. Neuropatía epidémica en Cuba 1992-1994. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995. p. 57-64.



7. Batista R, Serrano C. Atención al paciente con Neuropatía Epidémica. Consideraciones sobre el diagnóstico y sobre el seguimiento. *Rev Cubana Med Gen Integr.*1997;13(3):238-48.
8. Hernández E, Fonseca O, Avila AM, Sánchez A. Manifestaciones clínicas de la Neuropatía Epidémica Periférica. Municipio Manzanillo. 1992-1996. MULTIMED [Internet] 1999 [citado 18 junio 2019]; 2(Suppl 1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/1999/V3-S1/2.html>
9. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de vigilancia y seguimiento a pacientes con Neuropatía Epidémica. Ciudad de La Habana; 1998.
10. Revil SI, Robinson JO, Roses M, Hogg MI. The reliability of a linear analogue for evaluating pain. *Anesthesia.*1976;31:1191-8.
11. Melzarck R. The McGill Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain.*1975;1:177-99.
12. Santiesteban R, Serrano C, Gil J, González SL, González A, Plasencia MF, et al. La epidemia de neuropatía en Cuba en ocho años de estudio y seguimiento. *Rev Neurol.*[Internet]2000 [citado 18 Jun 2019];31(6):549-66. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2000149>
13. Haanpaa M, Treede FD. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *IASP Clinical Updates.*[Internet]2010 [citado 18 junio 2019] ;18:1-6. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_18-7_final_1390260761555_9.pdf
14. Pozo Alonso, JA. Aspectos clínicos y tratamiento farmacológico del dolor neuropático. *Rev Cubana Pediatr.* [Internet]2015 [citado 18 Jun2019];87(4): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/13/12>
15. Almirall H, Antelo Pérez J, Ballester Santovenia J, Borrajero Martínez I, Cabrera Hernández A, Calcagno Tey E, et al. Neuropatía epidémica en Cuba 1992-1994. Ciudad de La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 1995. p. 1-155.
16. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, García Ramos G, Hernández Jiménez S. Parámetros de práctica para el manejo del dolor neuropático. *Rev. invest. clín.* [Internet]. 2006 Abr [citado 18 Jun 2019] ; 58(2): 126-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200006&Ing=es.
17. Hernández E, Sánchez A, Iglesias O. Comportamiento de algunos exámenes complementarios en la neuropatía epidémica cubana. MULTI MED [Internet] 1999 [citado 12 Jul 2019];1(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/1999/V3-S1/4.html>