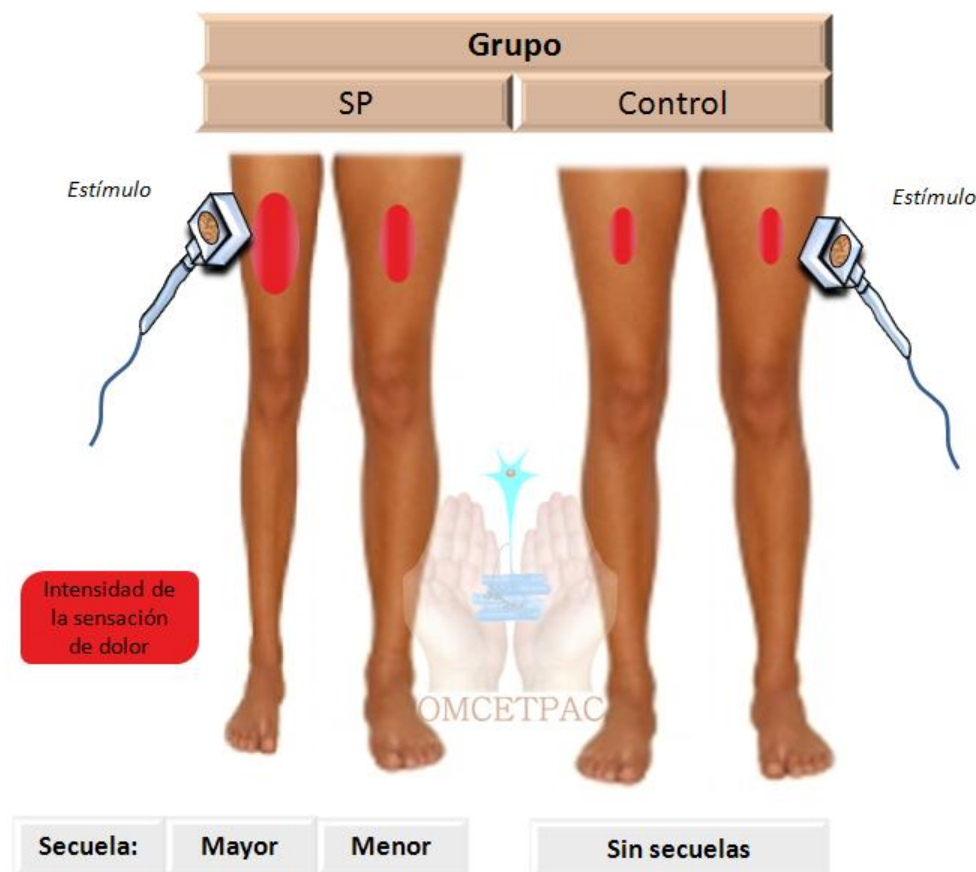


Sensibilidad al dolor mecánico y térmico, en personas con secuelas de polio.

Basado en el artículo “Mechanical and thermal hyperalgesia in patients with poliomyelitis” por Hatice Kumru, Enric Portell, Marti Marti, Sergiu Albu, Josep M Tormos, Joan Vidal, Josep Valls-Sole

Sergio Augusto Vistrain



Sensibilidad al dolor mecánico y térmico, en personas con secuelas de polio.

Basado en el artículo “Mechanical and thermal hyperalgesia in patients with poliomyelitis”, por Hatice Kumru, Enric Portell, Marti Marti, Sergiu Albu, Josep M Tormos, Joan Vidal, Josep Valls-Sole*.

Sergio Augusto Vistrain**

Comencemos por explicar que el “Dolor Mecánico” se denomina así porque normalmente es ese que empeora con el movimiento y mejora con el reposo¹, mientras que el “Dolor Térmico” es esa sensación detectada por la piel como nociva, y que indica que la temperatura está fuera de los límites normales o aceptables para el paciente².

Los pacientes con secuelas de poliomiélitis tienen mayor sensibilidad al dolor, tanto mecánico, como térmico (calor), que quienes no la tienen.

Palabras más, palabras menos, es esta la conclusión a la que llegó un grupo de médicos de Barcelona, luego de un estudio realizado con 15 personas con secuelas de polio (grupo SP) y 15 personas que no padecieron la poliomiélitis parálítica (grupo Control). El grupo SP estaba conformado por personas con secuelas de polio, ya sea en una, o en las dos extremidades inferiores.

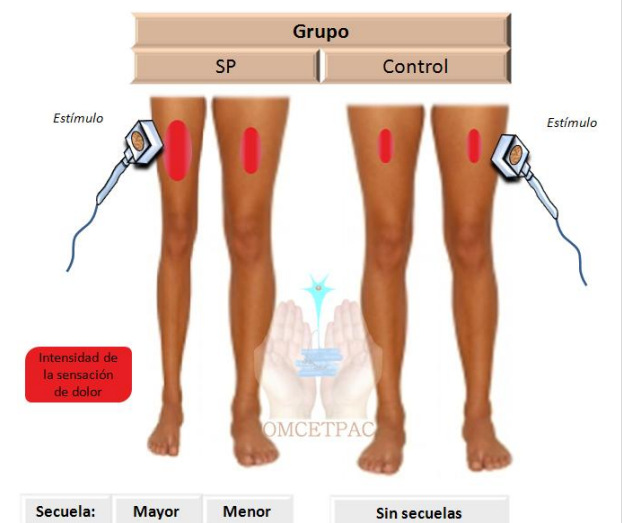
Se trataba de detectar en los muslos de los sujetos de ambos grupos, el umbral de dolor evocado ante la aplicación de estímulos, tanto mecánicos, como térmicos.

Aplicaron los estímulos en los muslos y midieron la respuesta de cada uno de los 30 individuos participantes en el estudio. La medición fue realizada con la prueba denominada “Potenciales evocados por estímulo térmico de contacto” (CHEPS, por sus siglas en inglés, que corresponden a “Contact Heat Evoked Potentials”), así como otras pruebas psicofísicas, y se registró el umbral de dolor en cada persona, es decir, el punto a partir del cual esos estímulos ya resultaban dolorosos.

Se encontró que, en el grupo SP, los umbrales de dolor, tanto mecánico, como térmico eran significativamente más bajos en los muslos de las piernas afectadas, que en las no afectadas (o menos afectadas) y, al comparar dichos resultados con los del grupo Control, se encontró que en los primeros el umbral era más bajo que en los segundos, es decir, que la magnitud del estímulo requerida para que el paciente sienta el dolor, es menor si éste tiene secuelas de polio, que si no las tiene, y que, en el muslo de la pierna afectada, se requiere un estímulo de menor magnitud que en el de la pierna no afectada (o menos afectada), para sentir el mismo dolor (ver figura 1).

En otras palabras, hay mayor sensibilidad al dolor mecánico y al dolor térmico, en los muslos de las piernas con secuela (mayor) que de las piernas sin secuela (o secuela menor), y mayor sensibilidad que en los muslos de personas sin secuelas de poliomiélitis.

Figura 1. La intensidad de la sensación de dolor es mayor en los muslos con secuela (mayor) que en muslos sin secuela (o secuela menor) y mayor que en muslos de personas que no padecieron la poliomiélitis parálítica.



A mayor afectación o secuela, más bajo el umbral de dolor, es decir, mayor sensibilidad a éste.

Esta “respuesta exaltada” a un estímulo nocivo es lo que se define como “hiperalgesia” (respuesta dolorosa aumentada³), así que el hallazgo puede expresarse diciendo que se detecta hiperalgesia en las personas con secuelas de poliomiélitis.

De hecho, los investigadores que realizaron el estudio referido, llegan a la conclusión de que los pacientes con secuelas de polio tienen hiperalgesia, tanto por estímulos mecánicos, como térmicos, lo cual sugiere, dicen, ciertas anomalías en el procesamiento de los *inputs* (estímulos) somatosensoriales en estos pacientes.

Partiendo de dicho hallazgo, es decir, dándolo por hecho, inmediatamente se plantea la premisa de que este hecho debe tenerse en consideración, tanto para la valoración clínica de rutina, como para el manejo de pacientes con secuelas de polio.

* Hatice Kumru, Enric Portell, Marti Marti, Sergiu Albu, Josep M Tormos, Joan Vidal, Josep Valls-Sole. Mechanical and thermal hyperalgesia in patients with poliomyelitis. Clin Neurophysiol. 2013 Feb 13. pii: S1388-2457(13)00047-3. doi: 10.1016/j.clinph.2013.01.009

** Psicólogo Social, dedicado a investigación social y de mercados, afectado por la poliomiélitis, Presidente de la Organización Mexicana para el Conocimiento de los Efectos Tardíos de la Polio, Asociación Civil (OMCETPAC).

Pero también es necesario tener presente que “El dolor severo prolongado es un factor de riesgo para el desarrollo de dolor crónico y propicia hiperalgesia”⁴, lo que ya de suyo destaca la relevancia de que los médicos eviten a toda costa que éste se presente en pacientes con secuelas de polio.

“No hay un manejo estándar que sirva por igual para toda la población; el umbral o grado de resistencia al dolor va disminuyendo cuando el dolor es crónico produciéndose una situación de hiperalgesia”⁴

Y, volviendo al estudio aquí comentado, es posible que los sujetos del grupo SP fueran individuos que presentaban ya esa hiperalgesia como consecuencia de estar sufriendo dolor intenso desde mucho tiempo atrás, quizás por problemas propios de su condición como personas con efectos secundarios a las secuelas originales mismas, tales como agravamientos de las deformidades en la columna vertebral^{5,6,7}, artrosis⁸ o lesión en el manguito rotador^{9,10} (por mencionar sólo algunos ejemplos), y todo lo que estas patologías conllevan, en términos de dolor, lo cual, si bien no invalidaría los resultados del estudio referido, si nos obliga a cuestionarnos si la hiperalgesia es debida a las secuelas mismas, o a los efectos secundarios tardíos de éstas.

Referencias:

- ¹ Sergio Giménez Basallote y Francisco Martínez García. Dolor de Columna Vertebral. Documentos Clínicos Semergen.
- ² Y. J. Zhu and T. J. Lu. A multi-scale view of skin thermal pain; from nociception to pain sensation. Phil. Trans. R. Soc. A (2010) 368, 521–559. doi:10.1098/rsta.2009.0234
- ³ Dolor Neuropático; Reunión de Expertos. Cátedra Extraordinaria del Dolor. "Fundación Grünenthal". Universidad de Salamanca. Junio de 2002.
- ⁴ Luis Poggi Machuca, Omar Ibarra Chirinos. Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. Acta Med Per 24(2) 2007.
- ⁵ Laffont, Julia, Tiffreau, Yelnik, Herisson, Pelissier. Aging and sequelae of poliomyelitis. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 53 (2010) 24–33.
- ⁶ D. Kidd, R.S. Howard, A.J. Williams, F.W. Heatley, C.P. Panayiotopoulos And G.T. Spencer. Late functional deterioration following paralytic poliomyelitis. Q J Med 1997; 90:189–196.
- ⁷ Allan J. Drapkin and Walter S. Rose. Unilateral Multilevel Cervical Radiculopathies as a Late Effect of Poliomyelitis. A Case Report. Arch Phys Med Rehabil Vol 76, January 1995.
- ⁸ Macías, Águila, Cano y Miangolarra. Influencia de las secuelas de la poliomiéлитis y síntomas del Síndrome Postpolio en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida relacionada con la salud. Rehabilitación (Madr). 2006;40(4):201-8.
- ⁹ García, Tornero, Sunyer, Yusá Cibes, Cifuentes y González. Tratamiento rehabilitador en el adulto con secuelas de poliomiéлитis. Rehabilitación (Madr) 2005;39(1):8-12.
- ¹⁰ Dorothy Woods Smith. Polio and Post-Polio Sequelae: The Lived Experience. Journal of Orthopaedic Nursing, Vol.8/No.5, 1989, pp. 24-28.