

Naturalment

Entrevista

Entrevista al Dr. Marcello Melli

Metge especialista en Anestesiologia i Tractament del Dolor. Fellow of Interventional Pain Practice. Membre del World Institute of Pain. Membre de la Societat Espanyola del Dolor.

Primer vull donar-los les gràcies per aquesta oportunitat i també l'enhorabona per l'interès demostrat per aquesta matèria. Però també vull dir que no sóc un científic, el meu treball és clínic, consisteix a curar o alleujar el dolor, pugui que de vegades això es faci amb tractaments que tot esperen l'aprovació de tota la comunitat científica, però si no fa mal al pacient i li soluciona la malaltia doncs ho fem, esperant que, mentrestant, algú aconseguixi els números per passar el banc de prova de la millor evidència mèdica disponible.



origen:
<http://consultadeldolor.blogspot.com.es>

Es pot relacionar el seu treball amb la biologia? En quins aspectes?

Totalment. Nosaltres, els metges especialistes en tractament del dolor, treballem dos filons principals: l'intervencionista, que consisteix a tractar físicament estructures diana que participen en la generació i en la transmissió del dolor, i el farmacològic. En el primer cas apliquem electricitat o drogues a banda d'estructures de la via aferent per modular la transmissió nerviosa i en el segon cas busquem estimular receptors cel·lulars per desencadenar una cascada que porti a l'analgèsia com a producte final. En ambdós casos estem intervenint en la biologia de la transmissió nerviosa i en la biologia dels receptors de membrana. Òbviament aquest és només el començament del procés. A tot això hi segueix un llarg camí biològic que encara desconexim.

Respecte al dolor crònic, Quin és i quin pot ser el seu origen i perquè aquest dolor perdura?

Sobre aquest argument puc contestar amb més tranquil·litat perquè és difícil equivocar-me donat que pocs saben de què va la cosa. Els algòlegs ens hem posat d'acord sobre una concepció de dolor crònic basada en el temps, en la seva durada. Però això diu poc sobre els seus mecanismes i el simple fet de dir que és crònic perquè dura des de fa sis mesos no aporta molt, especialment a l'hora de trobar una manera de curar-lo. Per descomptat em costa acceptar que el dolor passi de subagut a crònic en una nit, només perquè es compleixen els criteris cronològics. Però tampoc els puc demostrar el contrari.

Oblidem els criteris estàndard i anomenem aquest dolor com a dolor persistent. La història del dolor persistent podria ser la següent: vostè es dóna un cop amb el dit gros del peu a la pota d'una taula de casa, no es trenca res, però segueix dolgut, com és d'esperar. Un mes després no s'ha curat i als tres mesos segueix amb dolor i més se li infla el peu i el turmell, als sis mesos la cama ha canviat de color i es presenta suada. És clar, als sis mesos té dret a dir-dolor crònic, però està clar que és un únic procés i que neix ja amb totes les característiques d'un dolor crònic, probablement des dels primer dies.

En el cas d'una lumbàlgia segurament el model de dolor agut, subagut i crònic s'ajusta més perquè els pro-

cessos patològics tens una evolució més regular en el temps.

Actualment s'intenta individualitzar en causes immunològiques i hormonals la raó per la qual un dolor persisteix, però també caldrà tenir en compte els polimorfismes genètics. Hi ha estudis que demostren que la disminució de catecolamines redueix el dolor persistent; aquest fenomen l'utilitzem a la clínica des d'abans de la seva explicació científica, per què funciona i, de vegades, cura.

Es pot deixar de patir dolor crònic? Com?

Porto uns deu anys en aquesta subespecialitat de la medicina i dec haver conegut la història d'algun miler de pacients amb dolor crònic. Crec recordar que la gran majoria ha millorat, ha tornat a una vida del tot normal o gairebé. Però no crec que ningú hagi oblidat per complet el dolor. M'ajudaré amb un exemple, aquest vegada, real. Es presentà un home de 40 anys amb dolor a tota la cama dreta des de feia 8 mesos, ja que per la raó que sigui ningú no li havia diagnosticat una petita hèrnia discal; vam tractar i li vam curar i és molt probable que aquest pacient oblidés completament la seva malaltia. Òbviament es tractava d'un dolor crònic, que, aquest cop, s'ha curat. Posem que ara visito una jove mare operada de columna cervical un mes abans, amb dolor a les mans. Es tracta d'un dolor agut que desafortunadament pot durar per molts anys, és a dir que, encara que fos agut, això no ens ajuda. Una vegada més la categoria agut i crònic ni classifica bé, ni prediu l'evolució, cal tenir en compte més factors de pronòstic.

Pel que fa al cervell Com reacciona davant del dolor? Podem controlar aquesta reacció?

Aquesta és una pregunta molt difícil. Sabem que el cervell és l'òrgan que rep els senyals de dolor, els interpreta, ens fa conscients. Els pacients amb dolor persistent són molt vulnerables a trastorns afectius relacionat gairebé sempre amb un patiment continuat. Davant d'aquesta terrible plaga molts reaccionen amb sentiments de culpabilitat, amb distorsions cognitives sobre el seu problema i de la realitat amb què es relacionen. Altres perden la feina, acusen un deteriorament important de les relacions personals amb amics i familiars. L'esfera sexual també es ressent moltíssim. En fi, el llistat pot ser molt llarg. S'em fa difícil pensar que si algú ens posés una alarma a casa i que no fóssim capaços de desactivar no reaccionaríem desenvolupant una psicopatologia.

Creu que el cervell és el principal "culpable" del dolor crònic, o n'hi ha més?

Segurament n'hi ha més. Em ve al cap un cas clínic paradigmàtic que ens explica el conegut neuròleg Antonio Damasio en un llibre. Quan als pacients, per exemple, amb una neuràlgia del trigemin, un dels dolors més terribles, se li practicava una leucotomia prefrontal, aquests es quedaven indiferents al dolor. Òbviament seguien tenint la percepció però l'experiència cognitiva no era desagradable. Per a nosaltres dolor crònic està associat inequívocament a la tristesa. Aquest fet ens sembla una associació del tot lògica i automàtica. L'experiment esmentat, que era una pràctica clínica aprovada fa unes dècades, desconnectava dues parts de cervell, la de la sensació de dolor amb la de les emocions. En aquest sentit potser es pugui aventurar que el cervell no és l'únic responsable del dolor crònic però sí de les emocions associades a aquest estat patològic.

La medul·la espinal participa en els casos de dolor crònic? Quin és el seu paper?

Fins on ens suggereixen les dades dels estudis experimentals la medul·la jugaria un paper bàsic en la neuroplasticitat associada a dolor crònic o persistent. La neuroplasticitat podria potser explicar-se com una potenciació d'unes sinapsis i la inhibició d'altres. Sabem que aquestes remodelacions són sensibles a diferents estímuls, per exemple elèctrics, com en els experiments animals, i s'ha descobert que la persistència d'estímuls nociptius també és un estímul suficient, especialment quan són d'una certa intensitat i de forma repetida. És com si el sistema nerviós central aprengués una nova tasca i posés també els mitjans per facilitar-la. És el que s'anomena sensibilització central. Clínicament es manifesta amb hipergesia (dolor més intens pel que fa a l'estímul) i alodínia (quan un estímul no nociptiu és interpretat com dolorós). En ambdós casos el sistema nerviós central amplifica el senyal més del necessari. És com s'hagués hagut una reestructuració de l'arquitectura de les vies del dolor.

El sistema nerviós central és el que s'encarrega d'enviar els senyals del cervell a la part afectada, Podem controlar el sistema nerviós? Si es pot, podem evitar o eliminar el dolor crònic?

Hi ha l'exemple dels fàrmacs que inhibeixen la recaptació de noradrenalina, com l'amitriptilina. La major disponibilitat sinàptica de noradrenalina té un efecte analgèsic comprovat.

En altres casos modulem el control descendent actuant sobre els efectors simpàtics per mitjà de fàrmacs que bloquegen la seva activitat. És el cas del "dolor mantingut pel simpàtic" com la causàlgia. A nivell empíric ha una reducció de dolor, de vegades desapareix.

Finalment esmento la neuromodulació elèctrica que és d'ús estès en humans per al control de dolor refractari de determinades causes. En aquest cas l'energia que arriba a la medul·la té un efecte global analgèsic. Els mecanismes postulats són diversos, però el control descendent és un d'ells.

Finalment, Creu que en un futur serem capaços d'eliminar el dolor crònic? Com? Proposa alguna hipòtesi com podríem acabar amb el dolor crònic?

La primera forma d'evitar el dolor crònic és la prevenció. Òbviament no tot està a les nostres mans, però hi ha pràctiques mèdiques que han resultat enormement iatrogèniques i que hem après a evitar. La cirurgia d'esquena és el cas més clamorós què fins a un 40% dels operats estaria condemnat a patir dolor crònic. Ens hem assabentat 20 anys després, ja que estem rebent ara a un veritable exèrcit de persones amb aquesta malaltia, a tot el món.

D'altra banda no tenim els coneixements suficients per explicar el dolor, el coneixement del neuromatrix del dolor seria fonamental perquè la medicina estudiï com modular amb eficàcia el dolor persistent. No puc aventurar quants anys faran servir els investigadors per dilucidar aquestes qüestions, però, al final, crec que l'avanç de les neurociències comportarà a guanyar la batalla al dolor persistent. Encara que no hauríem d'oblidar que el dolor, com a pura nocicepció, és el nostre company de viatge i que ens haurà salvat de l'extinció en més d'una ocasió. És un mecanisme sofisticadíssim. Ara hem d'aprendre a reparar-lo quan s'avaria.

