

Dor no Paciente com Lesão Medular: Uma Revisão*

Pain in Patients with Spinal Cord Injury: A Review

Marcia de Miguel¹, Durval Campos Kraychete, TSA²

RESUMO

Miguel M, Kraychete DC - Dor no Paciente com Lesão Medular: Uma Revisão.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor crônica após a lesão medular é uma condição clínica de alta prevalência e de difícil tratamento. Desse modo, é importante que se conheça suas características clínicas e fatores causais para melhor abordagem diagnóstica e terapêutica. O objetivo desse trabalho foi revisar a literatura sobre a dor no paciente com lesão medular e sua possível associação com fatores físicos (nível da lesão, grau da lesão, tempo de início de dor) e fatores psicológicos (humor e qualidade de vida).

CONTEÚDO: Foram pesquisados trabalhos na base de dados Medline, publicados nos últimos seis anos e os critérios de inclusão foram os estudos originais em maiores de 18 anos. Foram discutidas as características clínicas da dor no paciente com lesão medular, comparando casuística de diversos autores.

CONCLUSÕES: Apesar das diferenças conceituais e metodológicas entre os estudos, as prevalências de dor encontradas em pacientes com lesão medular foram altas, variando entre 64% e 82%. A dor neuropática ao nível da lesão tem início precoce (dias ou semanas) e aquela abaixo do nível da lesão aparece mais tardiamente (meses ou anos). Não há associação entre dor e integridade da lesão e a porcentagem de pacientes que referem dor intensa varia entre 21 e 39%. Não foi possível concluir qual a relação entre a dor e o nível da lesão medular. A dor, no entanto, pode interferir de forma negativa no humor, na capacidade de realizar atividades cognitivas, sociais, recreacionais e laborativas.

Unitermos: DOR, Crônica: lesão medular, qualidade de vida.

SUMMARY

Miguel M, Kraychete DC – Pain in Patients with Spinal Cord Injury: A Review.

BACKGROUND AND METHODS: Chronic pain after spinal cord injury is a highly prevalent clinical condition, which is difficult to

treat. Therefore, it is important to know its clinical characteristics and causes for a better diagnostic and therapeutic approach. The objective of this study was to review the literature on pain in patients with spinal cord injury and the possible association with physical (level of the injury, completeness of lesion, pain duration) and psychological (mood and quality of life) factors.

CONTENTS: Original studies in the Medline database with patients older than 18 years and published over the last six years were reviewed. The clinical characteristics of pain in patients with spinal cord injury are discussed, and the works of several authors are compared.

CONCLUSIONS: Despite conceptual and methodological differences among the studies, the prevalence of pain in patients with spinal cord injury was high, varying from 64% to 82%. Neuropathic pain at the level of the injury has an early onset (days or weeks), while that below the level of the injury has a late onset (months or years). An association between pain and integrity of the lesion is not observed, and the percentage of patients who complain of severe pain varies from 21% to 39%. It was not possible to conclude which is the relationship between pain and level of spinal cord injury. However, pain can have a negative influence on mood and in the capacity to perform cognitive, social, recreational, and work-related activities.

Keywords: PAIN, Chronic: spinal cord injury, quality of life.

INTRODUÇÃO

A lesão medular afeta aproximadamente de 900 a 1000 indivíduos por milhão, na população geral ¹ e, nos Estados Unidos, a incidência anual é de 11000 casos novos, totalizando 183000 a 230000 indivíduos ². Os adultos jovens são aqueles que apresentam maiores riscos de serem vitimados por este tipo de lesão ³.

É descrito que a dor é um dos problemas mais comuns experimentados pelos indivíduos que sofreram lesão medular traumática ³. Apesar da perda da funcionalidade ser considerada a mais significativa consequência desse tipo de lesão, a dor pode determinar a habilidade ou inabilidade do indivíduo para retornar às atividades de forma plena ⁴.

Apesar do avanço significativo na compreensão da fisiopatologia e tratamento da dor neuropática, a abordagem desse sintoma ainda é inadequada no indivíduo com lesão medular, visto que existe uma lacuna na literatura quanto a dados relacionados à prevalência, causas, características e tratamento ⁵.

Os estudos com o propósito de estimar a prevalência e a intensidade da dor nos indivíduos com lesão medular mostram grande disparidade entre os dados disponíveis ^{1,5,6,9-11}. Essa variação pode ser explicada pelas diferenças entre

* Recebido da (**Received from**) Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação, Salvador, BA

1. Especialista em Dor - Universidade Salvador (UNIFACS); Farmacêutica Hospitalar - Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação

2. Doutorado em Medicina; Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Apresentado (**Submitted**) em 8 de julho de 2008

Aceito (**Accepted**) para publicação em 20 de janeiro de 2009

Endereço para correspondência (**Correspondence to**)

Marcia de Miguel

Av. Tancredo Neves, 2782

Caminho das Árvores

41820-900 Salvador, BA

E-mail: marciademiguel @ sarah.br

definição, terminologia, classificação, critérios de inclusão e variabilidade dos métodos de notificação utilizados, bem como pelos fatores etiológicos, demográficos e culturais ⁷. No entanto, é necessário buscar tais informações, pois esse conhecimento pode oferecer suporte para estratégias terapêuticas mais efetivas que as atuais.

Desse modo, foram selecionados trabalhos publicados nos últimos seis anos que abordam a prevalência, a associação com fatores físicos e a interferência nas atividades de vida diária e prática da dor em pacientes com lesão medular. Todos os estudos avaliaram indivíduos maiores de dezoito anos e foram artigos originais encontrados na base de dados *Medline*. O método utilizado por cada autor não foi critério de exclusão, pois o material literário disponível sobre o assunto é bastante heterogêneo.

A fim de evitar interpretações equivocadas acerca dos tipos de dor mencionados ao longo do artigo, os conceitos utilizados estão baseados nas definições apresentadas por Siddall e col. ⁸:

a) *Dor músculo-esquelética*: originada por trauma ou inflamação em tecidos ósseos, articulares ou musculares, instabilidade mecânica, espasmo muscular ou síndrome secundária ao uso excessivo.

b) *Dor neuropática*: ocorre após a lesão nervosa central ou periférica e pode ser subdividida em:

- *Ao nível da lesão*: ocorre no nível da lesão medular e pode ser atribuída à enfermidade na raiz nervosa ou a alterações na própria medula ou em estruturas supraespinhais.
- *Abaixo do nível da lesão*: presumivelmente devido às mudanças no sistema nervoso central, que ocorrem após a lesão medular.

c) *Visceral*: associada a acometimentos viscerais e percebida com localização em estruturas viscerais profundas.

d) *Outros*: síndrome da dor complexa regional do tipo I e II, dor nos membros associada a mononeuropatias compressivas, dor associada à siringomielia.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Frequência

Encontram-se na literatura diversos estudos que relatam a prevalência de dor nos indivíduos com lesão medular. No entanto, os resultados muitas vezes são discrepantes e contraditórios. Como exemplo, tem-se os números citados por Ehde e col. ² em que a prevalência varia de 11% a 94% e 18% a 63% dos indivíduos relatam dor intensa e incapacitante.

Apesar das diferenças entre métodos e conceitos, as prevalências encontradas nos trabalhos analisados foram altas, variando entre 64% e 82% ^{1,5,9-11} e estudos prospectivos mostraram o aumento da prevalência da dor após cinco anos de lesão medular ^{5,9}.

Mesmo nos estudos em que as amostras foram heterogêneas (pacientes com lesão medular traumática e não traumática) ¹ ou não representativas ¹⁰, ou ainda, naqueles onde

foram analisadas características específicas como apenas a dor crônica ¹¹, é possível encontrar prevalência de dor ao redor de 79% entre os pacientes com lesão medular.

De forma mais detalhada, há relatos da alteração na prevalência dos diferentes tipos de dor ao longo de cinco anos após a lesão, quando a dor músculo-esquelética foi a mais frequente (59%), seguida da neuropática ao nível da lesão (41%), da neuropática abaixo do nível da lesão (34%) e da visceral em apenas 5% dos pacientes. A alodinia esteve presente em 14% dos indivíduos com dor neuropática no nível da lesão ^{5,9}.

Buscando alguma possibilidade de comparação, apesar das diferenças entre os métodos, encontrou-se em um trabalho ¹⁰ o relato de dor mais frequente abaixo do nível da lesão (83,2%), seguido da dor no nível da lesão (50%) e acima do nível da lesão (41%), proporções que se repetem no estudo conduzido por Siddall e col. ¹ (76%, 37% e 14%, respectivamente). Outro estudo ¹¹ trouxe informações sobre os descritores utilizados para o relato de dor e aqueles que aparecem com mais frequência são: “queimando” (59,9%) e “dolorido” (54,4%), que o autor correlaciona com a dor neuropática e a dor músculo-esquelética, respectivamente.

Início da dor

Existem estudos que tratam do início dos diferentes tipos de dor, apresentando dados bastante interessantes ^{5,9}. Em um trabalho onde o mesmo grupo de pacientes foi acompanhado desde duas semanas até cinco anos após a lesão medular, os autores concluíram que a dor, de forma geral, pode iniciar-se imediatamente após a lesão, mas esse fato não invalida a possibilidade de manifestação tardia até dois anos após o evento ⁹. No entanto, o mesmo estudo relata que tipos distintos de dor apresentam-se de forma heterogênea ao longo do tempo. A dor neuropática no nível da lesão é a que pode aparecer de forma mais precoce, com a dor músculo-esquelética seguindo o mesmo padrão. A dor neuropática abaixo do nível da lesão inicia-se de forma mais tardia, mas a dor visceral apresenta o intervalo mais longo entre o momento da lesão e o seu início, além dessa última ser relatada por um número reduzido de pacientes (n = 6). A alodinia apresenta início precoce, mas com rápido decréscimo no primeiro semestre após a lesão. Tanto para a dor músculo-esquelética quanto para a neuropática no nível da lesão, aproximadamente metade dos pacientes relatou que o início do problema ocorreu nos primeiros meses após a lesão (54% e 46%, respectivamente). De forma contrastante, observou-se que a dor neuropática abaixo do nível da lesão e a dor visceral iniciaram-se após dois anos ou mais, na maior parte dos indivíduos (51% e 100%, respectivamente) ⁹.

Outro estudo mostrou que a maioria dos pacientes desenvolveu dor no primeiro ano após a lesão (78%), particularmente nos seis primeiros meses (63%), apesar de o seu início poder ocorrer após muitos anos de lesão. Observou-se uma tendência à persistência da dor e somente pequena parcela dos indivíduos relatou melhora espontânea (16%) ¹.

Alguns autores demonstraram que em 59% dos indivíduos a dor que mais incomodava surgiu no primeiro semestre após a lesão ao passo que 37% referiram o início da dor mais intensa após esse período ¹¹.

Outro estudo não referiu com detalhes o período após o qual se iniciaram os diferentes tipos de dor, mas, de forma geral, 82% dos indivíduos relataram que tiveram dor persistente e irritante em algum momento após a alta da internação inicial ¹⁰.

Intensidade

Siddall e col. acompanharam os seis primeiros meses de lesão medular de 100 indivíduos e observaram que a parcela deles que descreveu dor intensa diminuiu nas oito primeiras semanas após a lesão, mas aumentou após três e seis meses. Seis meses após a lesão, 64% dos indivíduos ainda relatavam dor e por 21% destes a dor foi descrita como intensa. A relação entre tipo de dor e intensidade também foi avaliada neste trabalho e nenhum dos indivíduos com dor visceral a descreveu como intensa ou excruciante. Naqueles com dor neuropática no nível ou abaixo do nível da lesão, 37% e 53% respectivamente, utilizaram-se desses descritores ⁹.

Na amostra analisada por Widerström-Noga e col., 30% dos indivíduos classificaram a dor como intensa e não foram identificadas diferenças de intensidade entre os pacientes com lesões cervicais e aqueles com lesões em níveis mais baixos ¹¹.

Relacionando o início da dor com sua intensidade no momento da avaliação, os mesmos autores encontraram maior intensidade média de dor, maior intensidade no momento de pior dor e maior intensidade no momento de maior alívio naqueles em que a dor iniciou-se mais precocemente após a lesão medular.

Von Korff e col. sugeriram que indivíduos com escores de intensidade de dor > 50 (numa escala de 0 a 100) já experimentaram interferência do incômodo nas atividades de vida diária ¹². Na pesquisa realizada por Turner e col. com 384 indivíduos, escores ≥ 70 foram obtidos em 36% da amostra ¹⁰. No estudo conduzido por Ravenscroft com 146 indivíduos, 39% referiram como intensa a dor iniciada após a lesão medular ¹.

Grau da lesão

Apesar de outros estudos sugerirem maior frequência de dor nos indivíduos com lesões incompletas ¹³⁻¹⁷, os estudos analisados não confirmaram essa informação ^{1, 5, 6, 9-11}.

Quanto à alodínia, autores relataram maior prevalência em indivíduos com lesões incompletas (33%), quando comparados aos com lesões completas (11%), nos seis primeiros meses após a lesão ⁵.

Nível da lesão

Outro parâmetro cuja análise é prejudicada pela heterogeneidade dos trabalhos é a associação entre o nível da lesão

e a presença de dor. A prevalência de dor entre lesões cervicais, torácicas, lombares e sacrais não mostrou diferenças estatísticas relevantes, segundo o estudo com pacientes com até seis meses de lesão ⁵. Nesse estudo, diferenças significativamente maiores foram encontradas nos indivíduos com lesão torácica, que apresentaram prevalência maior de dor músculo-esquelética (92%), quando comparados ao grupo geral (72%). Não foram identificadas diferenças na prevalência da dor neuropática entre os diferentes níveis de lesão. A prevalência de alodínia foi maior nas lesões cervicais (39%) do que nas torácicas (8%).

No acompanhamento dos indivíduos do estudo anterior, ao longo de cinco anos, houve relato da associação entre dor neuropática abaixo do nível da lesão e tetraplegia e esse tipo de dor esteve presente em 50% dos tetraplégicos comparado com 18% dos paraplégicos⁹. No entanto, os dados apresentados por outros autores não corroboraram esse resultado. Turner e col. descreveram menor prevalência de dor neuropática ao nível da lesão naqueles com lesões entre C₁ e C₄ que naqueles com lesões entre L₁ e S₄ ou S₅, mas não encontraram correlação estatística entre os dois parâmetros ¹⁰. Ravenscroft e col. não confirmaram nenhum tipo de associação entre o nível de lesão e a prevalência de dor ¹ e Widerström-Noga e col. descreveram dor no pescoço, ombros e membros superiores como a mais comum em tetraplégicos do que em paraplégicos (24,5% e 11,2%, respectivamente), mas não encontraram associação entre o tipo de dor e o nível da lesão ¹¹.

Interferência nas atividades

Siddall e col. buscaram relacionar a dor com os fatores psicológicos e a incapacidade física num estudo longitudinal de cinco anos e obtiveram dados surpreendentes. A dor foi a terceira dificuldade mais citada, associada à lesão medular, depois apenas da incapacidade motora e da disfunção sexual, primeiro e segundo problemas mais citados, respectivamente ⁹. Os pacientes com dor também foram os que demonstraram maior alteração de humor, segundo o Inventário de Humor de Kessler e Mroczek ¹⁸, quando comparados com aqueles sem dor ⁹.

Utilizando a Classificação de Dor Crônica de Von Korff e col. ¹², Siddall e col. examinaram a relação entre a intensidade da dor e interferência nas atividades de vida diária, incluindo o trabalho e as atividades sociais e encontraram que a dor crônica originou incapacidade em 28,7%, com 12,3% dos pacientes classificados como grau III (alta incapacidade - dor moderadamente limitante) e 16,4% como grau IV (alta incapacidade - dor gravemente limitante) ⁹.

Utilizando o mesmo instrumento, Turner e col. encontraram números ainda maiores relacionados à incapacidade secundária à dor crônica, com 17,7% dos pacientes classificados como grau III e 22,0% como grau IV ¹⁰.

Widerström-Noga e col. trouxeram informações adicionais sobre a dificuldade dos indivíduos em lidar com a dor secundária à lesão medular ¹¹. Para determinar se os indivi-

duos que concordaram em responder ao questionário com informações detalhadas sobre a dor foram os mesmos que tiveram mais dificuldade para lidar com o problema, foi realizada uma comparação entre os participantes de um estudo prévio¹⁸. Os autores utilizaram uma escala de 0 a 10 (0 = nenhuma dificuldade e 10 = extremamente difícil) e a comparação mostrou que os indivíduos que concordaram em responder à pesquisa apresentaram dificuldade ligeiramente maior para lidar com essa complicação do que aqueles que não se dispuseram a participar. Ainda, o autor encontrou associação entre maior intensidade de dor e maior dificuldade de lidar com o problema, relatada pelos indivíduos da pesquisa. Entre os indivíduos que referiram dor, 50% classificaram esse como o seu pior problema de saúde, comparado com 35% que têm maior dificuldade de lidar com a paralisia¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apenas dois dos trabalhos analisados contaram com a descrição dos tipos específicos de dor encontrados no indivíduo portador de lesão medular^{5,9}. Outro estudo enfatizou os locais acometidos pela dor e apenas fez inferências sobre os possíveis tipos encontrados, informando que é necessária outra investigação para determinar as causas e a existência de um padrão comum nessa população¹⁰. Da mesma maneira, Siddall e col. consideraram a dor acima do nível, no nível e abaixo do nível da lesão, enquanto Wideström-Noga e col.¹¹ distinguiram os casos analisados em dor neuropática e nociceptiva, impossibilitando a comparação dos dados encontrados.

Dessa forma, pode-se concluir que a prevalência de dor, de maneira geral, é alta nos indivíduos portadores de lesão medular e é necessário ampliar a investigação a fim de comparar os diferentes tipos de dor.

Quanto ao início da dor, Siddall e col. em seu estudo longitudinal confirmaram os resultados de vários outros trabalhos, que sugerem que a dor neuropática no nível da lesão ocorre em dias ou semanas após a lesão e, aquela abaixo do nível, em meses ou anos⁹.

Ainda é possível comparar os trabalhos analisados e concluir que a dor comumente descrita como mais intensa foi aquela que se iniciou precocemente.

Também, a comparação dos dados longitudinais com os demais trabalhos, sugeriu a associação entre a dor neuropática no nível da lesão, de início precoce, com a presença de dor intensa após alguns anos de lesão, uma vez que a dor neuropática no nível da lesão é comumente caracterizada como persistente⁹. No entanto, são necessários novos estudos para que essa associação possa ser confirmada. Apesar de três dos estudos incluídos confirmarem a dor neuropática como a mais comum entre os portadores de lesão medular, os indivíduos incluídos nesses estudos apresentavam períodos de lesão diferentes (entre dois meses e 38 anos¹, entre oito meses e 53,8 anos¹⁰ e entre 3,1 e

13,3 anos¹¹). Siddall e col. dão uma ideia mais ampla sobre a evolução da prevalência dos diferentes tipos de dor ao longo o tempo, informação relevante quando se pensa em reabilitação, pois a combinação dos dois parâmetros (tempo de início e prevalência) pode ajudar a desvendar os mecanismos envolvidos na dor após a lesão medular e a encontrar respostas mais efetivas aos tratamentos propostos⁹.

A associação entre o grau da lesão e a expressão da dor não foi confirmada em nenhum dos estudos avaliados, exceto no estudo longitudinal de Siddall e col., que refere maior incidência de alodínia nos pacientes com lesões incompletas⁹. Esse resultado pode estar associado à falha dos circuitos inibitórios ao nível da lesão²⁰⁻²².

Muitas vezes, as impressões sobre a relação direta entre dor e baixa qualidade de vida, trazidas da clínica, não conseguem ser confirmadas em estudos controlados. No entanto, mesmo considerando essas dificuldades, todos os estudos analisados mostraram que a dor pode interferir de maneira negativa na qualidade de vida do indivíduo com lesão medular, alterando seu humor, a autopercepção da dificuldade em lidar com os problemas advindos da lesão e ainda colaborar para o aparecimento de incapacidades^{1,5,9-11}. A grande dificuldade dos pacientes em lidar com a dor após a lesão medular propõe aos profissionais o desafio da abordagem multimodal e a busca de tratamentos mais efetivos. Todas as dificuldades encontradas para a comparação dos trabalhos selecionados demonstraram a necessidade premente de harmonização entre os termos, classificações e conceitos utilizados nas pesquisas conduzidas com pessoas com lesão medular que apresentam dor. Somente dessa forma será possível produzir conhecimento claro e objetivo, que auxilie no desenvolvimento de melhores alternativas para o tratamento da dor no paciente com lesão medular.

REFERÊNCIAS

01. Ravenscroft A, Ahmed YS, Burnside IG - Chronic pain after SCI: a patient survey. *Spinal Cord* 2000;38:611-614.
02. Ehde DM, Jensen MP, Engel JM et al. - Chronic pain secondary to disability: a review. *Clin J Pain* 2003;19:3-17.
03. Go BK, DeVivo MJ, Richards JS - The epidemiology of spinal cord injury, em: Stover SL, DeLisa JA, Whiteneck GG - *Spinal Cord Injury*. Gaithersburg, MD, Aspen 1995;170-184.
04. Siddall PJ, Taylor DA, Cousins MJ - Classification of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord* 1997;35:69-75.
05. Siddall PJ, Taylor DA, McClelland JM et al. - Pain report and the relationship of pain to physical factors in the first 6 months following spinal cord injury. *Pain* 1999;81:187-197.
06. Ravenscroft AJ, Ahmed YS, Burnside IG - Chronic pain after spinal cord injury: a survey of practice in UK spinal cord injury units. *Spinal Cord* 1999;37:25-28.
07. US Department of Health and Human Services - Management of chronic central neuropathic pain following traumatic spinal cord injury: executive summary of evidence report/technology assessment: number 45. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2003; 17(2):99-109.
08. Siddall PJ, Yezierski RP, Loeser JD - Pain following spinal cord injury: clinical features, prevalence, and taxonomy. *Int Assoc Study Pain Newsletter* 2000;3:3-7.
09. Siddall PJ, McClelland JM, Rutkowski SB et al. - A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain* 2003;103:249-257.
10. Turner JA, Cardenas DD, Warms CA et al. - Chronic pain associated with spinal cord injuries: a community survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:501-509.

11. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Yeziarski RP - Relationships among clinical characteristics of chronic pain after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:1191-1197.
12. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ et al. - Grading the severity of chronic pain. Pain 1992;50:133-149.
13. Mariano AJ - Chronic pain and spinal cord injury. Clin J Pain 1992;8:87-92.
14. Cairns DM, Adkins RH, Scott MD - Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: origins of chronic problematic pain? Arch Phys Med Rehabil 1996;77:329-335.
15. Summers JD, Rapoff MA, Varghese G et al. - Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. Pain 1991;47:183-189.
16. Anke AG, Stenehjem AE, Stanghelle JK - Pain and life quality within 2 years of spinal cord injury. Paraplegia 1995;33:555-559.
17. Subbarao JV, Klopstein J, Turpin R - Prevalence and impact of wrist and shoulder pain in patients with spinal cord injury. J Spinal Cord Med 1995;18:9-13.
18. Kessler R, Mroczek D - Final version of our psychological distress scale. The University of Michigan, Open Research Memorandum 2001.
19. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Broton JG et al. - Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:580-586.
20. Siddall PJ, Xu CL, Cousins MJ - Allodynia following traumatic spinal cord injury in the rat. NeuroReport 1995;6:1241-1244.
21. Xu XJ, Hao JX, Aldskogius H et al. - Chronic pain-related syndrome in rats after ischemic spinal cord lesion: a possible animal model for pain in patients with spinal cord injury. Pain 1992;48:279-290.
22. Yeziarski RP - Pain following spinal cord injury: the clinical problem and experimental studies. Pain 1996;68:185-194.

RESUMEN

Miguel M, Kraychete DC - Dolor en el Paciente con Lesión Medular: Una Revisión.

JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS: *El dolor crónico después de la lesión medular es una condición clínica de alta prevalencia y de difícil tratamiento. De ese modo, es importante que se conozcan sus características clínicas y los factores causales para un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico. El objetivo de este trabajo, fue revisar la literatura sobre el dolor en el paciente con lesión medular y su posible asociación con factores físicos (nivel de la lesión, grau de la lesión, tiempo de inicio del dolor) y factores psicológicos (humor y calidad de vida).*

CONTENIDO: *Fueron investigados trabajos en una base de datos Medline, publicados en los últimos seis años y los criterios de inclusión fueron los estudios originales en mayores de 18 años. Fueron discutidas las características clínicas del dolor en el paciente con lesión medular, comparando la casuística de diversos autores.*

CONCLUSIONES: *A pesar de las diferencias conceptuales y metodológicas entre los estudios, las prevalencias de dolor encontradas en pacientes con lesión medular fueron altas, variando entre un 64% y un 82%. El dolor neuropático al nivel de la lesión tiene un inicio precoz (días o semanas) y el que surge por debajo del nivel de la lesión, aparece más tarde (meses o años). No existe una asociación entre dolor e grau de la lesión, y el porcentaje de pacientes que relatan dolor intenso, varía entre un 21% y un 39%. No se pudo concluir cuál es la relación entre el dolor y el nivel de la lesión medular. Sin embargo, el dolor puede interferir de forma negativa en el humor, en la capacidad de realizar actividades cognitivas, sociales, de ocio y de trabajo.*