

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2002;17:134-136

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 68 años con antecedentes patológicos de:

Alergia a la penicilina, miocardiopatía isquémica diagnosticada a partir de un infarto agudo de miocardio hace 6 años pero actualmente asintomático y litiasis renal en 2 ocasiones. También tiene como antecedente ser ex fumador (hace 5 años) de 2 paquetes de cigarrillos al día.

Su proceso patológico actual se inicia hace 3 años con un cuadro de faringitis repetidas y pérdida frecuente de la voz. Fue diagnosticado de neoplasia de laringe e intervenido poco tiempo después, practicándole una laringectomía total con vaciamiento ganglionar cervical bilateral. El proceso oncológico se fue controlando hasta que hace 1 año se observó en un control una recidiva local, acompañándose de dolor en toda la zona cervical e irradiación en el lado derecho hacia la zona de la mastoides, oreja y zona temporal. Se inició tratamiento de radioterapia y analgésicos pero

ante la poca eficacia en el alivio de sus algias fue remitido a la clínica del dolor.

Se observó en la primera visita que toda la zona afectada estaba indurada y enrojecida con intensa alodinia e hiperestesia.

El dolor era opresivo en la zona cervical y punzante con descargas en la zona irradiada. Calmaba parcialmente con metamizol 2 g/8 h el dolor cervical pero no las descargas. La intensidad era elevada EVA de 8,5 y en ocasiones de 10.

Con el diagnóstico de dolor mixto: nociceptivo más neuropático iniciamos tratamiento con morfina oral 40 mg/día más gabapentina 300 mg/8 h y amitriptilina 25 mg por la noche. Se mantuvieron

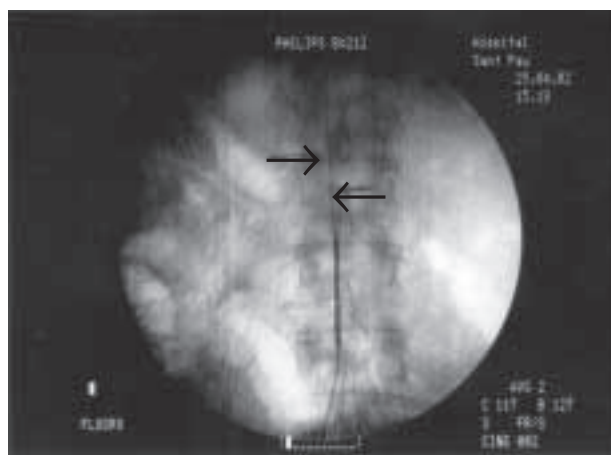


Figura 1. Introducción del catéter intratecal a través de la aguja de punción.



Figura 2. Bomba Synchromed® con el catéter en el espacio intratecal.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

también las mismas dosis de metamizol, consiguiendo una disminución de las descargas y del dolor irradiado pero no del dolor opresivo en la región cervical derecha > izquierda. Como efecto secundario presentaba somnolencia y estado nauseoso, que fue aumentando con el aumento de las dosis de morfina oral (se llegó hasta 80 mg/día) con más efectos secundarios que efectividad analgésica. En cambio, el dolor en hemicara derecha fue disminuyendo al aumentar las dosis de gabapentina hasta 600 mg/8 h. En estos momentos la EVA era de 6,5 mantenida y la expectativa de vida era aproximadamente de 1 año.

Para no aumentar más los efectos secundarios se planteó la posibilidad de utilizar los opioides por vía intratecal.

Se realizó una dosis test con punción única y dosis de 0,6 mg de morfina libre de conservante sin observarse ningún efecto secundario pero con una efectividad importante a nivel analgésico (la EVA disminuyó hasta 2).

CASO 2

Paciente mujer de 42 años que es remitida a la clínica del dolor por el Servicio de Oncología para control y tratamiento del dolor.

No presentaba ningún antecedente patológico de interés y su enfermedad actual se había iniciado 8 meses antes al ser diagnosticada de un tumor osteosarcoma retroperitoneal en la región del psoas ilíaco derecho.

Durante estos meses el tratamiento con quimioterapia y radioterapia no habían proporcionado una gran efectividad frente al tumor mencionado y, por lo tanto, el tratamiento que podía ofrecérsele era paliativo-sintomático.

En la primera visita en la unidad del dolor la paciente relataba unas algias dorsolumbares derechas de modo punzante y opresivas, que se irradiaban a lo largo de toda la pierna derecha, excepto el pie. Eran más intensas en la zona del muslo y eran también opresivas, pero se acompañaban de descargas (dolor lancinante) muy frecuentemente (aproximadamente unas 15 al día).

La valoración de la intensidad del dolor: EVA era de 6,5 en reposo y 10 cuando apare-

Se procedió a la implantación de un sistema intratecal, y como la expectativa de vida era superior a los 5-6 meses se le implantó una bomba tipo SynchroMed®, que es un sistema totalmente implantado y que permite hacer diferentes dosificaciones a través de un ordenador (por telemetría).

La punción intratecal la realizamos a nivel lumbar **y la introducción del catéter se observó mediante escopia directa (Fig. 1), dejando la parte distal en las metámeras torácicas para que el opioide llegase mejor a la zona cervical.**

Se inició con dosis de 0,8 mg/día y tras 4 meses del implante el paciente está prácticamente asintomático con dosis de 2 mg/día. **La radiografía de control que se realiza cada 3-4 meses muestra que el catéter permanece en la zona de la inserción (Fig. 2).**

cían las descargas, y el tratamiento que llevaba prescrito consistía en morfina de liberación lenta 30 mg/12 h más diclofenaco 50 mg/8 h. Destacaba como efecto secundario ligera somnolencia desde el inicio del tratamiento con morfina.

Se etiquetó como dolor oncológico de tipo mixto (nociceptivo más neuropático) y se instauró un tratamiento paulatino con amitriptilina 25 mg/12 h, gabapentina 300 mg/8 h y se aumentó la morfina a 40 mg/12 h.

Los siguientes 2 meses fueron aceptables en cuanto a alivio del dolor, aunque se tuvo que ir aumentando las dosis de todos los fármacos, pero pasado este período las algias fueron aumentando intensamente a valores iniciales a pesar de la medicación oral. Por tal motivo, y dado el crecimiento lento pero continuo de la tumoración, se le propuso la colocación de un sistema intratecal totalmente implantado, el cual aceptó previo paso por una dosis test que se realizó con 1,2 mg de morfina en punción única, siendo muy positiva (disminución del dolor hasta niveles mínimos EVA de 1).

El sistema intratecal (bomba SynchroMed®) se implantó en quirófano sin incidentes, y para la

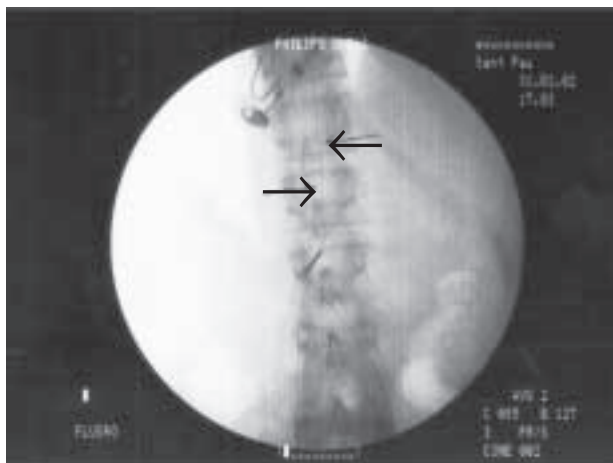


Figura 3. Introducción del catéter en el espacio intratecal a través de la aguja de punción.

correcta colocación del catéter se precisó **visión directa mediante escopia (Fig. 3).**

Durante los 3 meses siguientes se consiguió un buen alivio del dolor (oscilaciones del EVA entre 1-4), primero con morfina intratecal como fármaco único, y a los 2 meses y habiendo llegado a unas dosis de 4,5 mg/día de morfina intratecal, se añadió a la solución bupivacaína 2 mg/día, volviendo el dolor a niveles mínimos.

Al mes de esta mezcla, o a los 3 meses del implante, la paciente refiere inicio brusco e intenso de sus algias, sobre todo en pierna derecha, que no cedieron al aumentar su dosis intratecal. **Se realizó una radiografía de control del catéter mostrándose que éste había migrado fuera del espacio intratecal (Fig. 4).** Por tal motivo fue necesario la recolocación de un nuevo catéter intratecal (se mantuvo la misma bomba) para que la paciente pudiera volver a tener una analgesia satisfactoria.

Comentarios

La vía intratecal para la administración de fármacos es una alternativa en los pacientes oncológicos cuando:

1. Hay efectos secundarios importantes a la medicación oral.



Figura 4. No se observa el catéter en el espacio intratecal.

2. No se obtiene suficiente analgesia con la medicación habitual.

Existen varios sistemas, y nosotros optamos por el sistema totalmente implantado cuando el paciente tiene una calidad de vida aceptable y su expectancia es superior a los 5-6 meses.

Todas las técnicas de implante de catéter deben hacerse con control radiológico para así poder observar:

1. Si el catéter está bien alineado dentro del espacio epidural o intratecal.
2. Saber el nivel metamérico del catéter.

También es importante realizar una radiología de control cuando aparece cualquier circunstancia que nos haga sospechar que el catéter puede haber sufrido algún cambio.

Los 2 casos descritos ilustran situaciones bien diferentes, ya que mientras un catéter seguía bien posicionado, el otro había emigrado. La salida de estos catéteres no es normal pero siempre debe pensarse en ello cuando desaparece bruscamente el efecto analgésico. No obstante, debido al gran crecimiento de la masa tumoral paravertebral de la paciente del caso 2 esto puede haber contribuido a la migración del catéter.