

# CASO CLÍNICO

DOLOR 2004;19:188-190

## Tratamiento con fentanilo oral transmucoso en crisis dolorosas en la mielopatía cervical

P. MARTÍNEZ RIPOL

### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años de edad afecta de escoliosis idiopática del adulto, muy evolucionada, de localización toracolumbar, que le provoca dolores osteomusculares dorsolumbares que ha ido controlando adecuadamente a lo largo de los años con analgésicos antiinflamatorios diversos, relajantes musculares, TENS, infiltraciones y, ocasionalmente, opiáceos, pudiendo mantener siempre una actividad física acorde a sus limitaciones. Desde hace 2 años inicia dolor grave en región cervical y zona interescapular (EVA de 8), con vegetatismo (sudoración profusa, mareo, etc.) y con grave contractura cervical y dorsal que le impiden desarrollar cualquier actividad física mientras persiste el cuadro. La sintomatología neurológica acompañante es escasa (muy discreto hormigueo en EESS). Desde entonces, la paciente ha requerido acudir a servicios de urgencias en múltiples ocasiones para controlar el cuadro doloroso (administrándose opiáceos y otros analgésicos por vía parenteral).

### EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

El cuadro álgico se consideró inicialmente relacionado con su patología de base ya que la radiología de columna cervical sólo mostraba discretos cam-

bios degenerativos artrósicos. Se intensificó el tratamiento farmacológico añadiendo opiáceos de forma pautada (tramadol a dosis crecientes por falta de respuesta y, finalmente, morfina de liberación retardada 40 mg/día), se realizaron infiltraciones en puntos gatillo de trapecios y escalenos y se potenciaron los relajantes musculares. Aunque se logró mejoría en su estado basal (EVA de 3), periódicamente (entre 7 a 10 días) se repetían crisis dolorosas (EVA de 8-9) acompañadas de gran contractura que requerían atención en el servicio de urgencias. Al no resolverse los episodios se profundizó en el estudio del cuadro clínico, mostrando la RM mielopatía cervical en diversos niveles y la EMG con afectación moderada de varias raíces (recordar que la clínica neurológica prácticamente estaba ausente). Se incrementó la dosis de morfina a 60 mg/día, pero al aumentar el vegetatismo hubo que disminuirla de nuevo. Se probó con morfina de liberación rápida en los episodios de crisis (dosis entre 10-30 mg) pero la paciente encontraba alivio muy tardío. A pesar de no alcanzar las dosis mínimas de opiáceos sugeridas para iniciar el tratamiento con fentanilo oral transmucoso consideramos que éste suponía una buena alternativa para el control de las crisis periódicas. Así fue, la paciente pudo controlar domiciliariamente las crisis dolorosas con dosis bajas de fentanilo oral transmucoso (200 µg) sin requerir aumento en la pauta de opiáceos basal, hasta que fue intervenida quirúrgicamente al año. En estos momentos ya no requiere tratamiento con opiáceos.

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor  
Unidad de Clínica del Dolor  
Hospital Vall d'Hebron  
Pso. Vall d'Hebron, 119-129  
08035 Barcelona



Figura 1. ↑  
←

## DISCUSIÓN

Si ya es tema de discusión el uso del fentanilo oral transmucoso en dolor de origen no canceroso, también lo es el utilizarlo en pacientes que no reciben unas dosis mínimas de opiáceos como tratamiento de base (con ello se pretende asegurar una tolerancia a la administración de dichos fármacos y evitar efectos secundarios graves). Las dosis mínimas propuestas son de 60 mg/24 h de morfina o de 25 µg/h de fentanilo transdérmico o dosis equianalgésicas de otros opioides durante 1 semana o más. Aunque en nuestro caso no se alcanzaba la dosis mínima (40 mg/24 h de morfina) el buen control del dolor en el período intercrisis no obligaba a aumentar su dosis, ya que no

evitaba la aparición de las crisis y, además, producía efectos secundarios. Existen estudios en voluntarios sanos, sin contacto previo con opiáceos, en los que la administración de dosis de 800 µg se acompaña de efectos adversos mínimos y de escasa relevancia. La amplia gama de dosificaciones disponibles de fentanilo oral transmucoso (dosificaciones de 200, 400, 600, 800, 1.200 y 1.600 µg) facilita su titulación y permite la individualización de la dosis. La dosis inicial debe ser siempre de 200 µg. Si se consigue controlar el dolor antes de finalizar la administración completa del producto no es necesario consumirlo en su totalidad, pero si no se obtiene una analgesia adecuada entre los 15-20 min debe administrarse una nueva unidad con la misma dosis (valorando la necesidad de dosificaciones superiores para próximos episodios), puesto que la disponibilidad del fentanilo oral transmucoso depende de la dosis total administrada, independientemente de si se requiere una o varias unidades del producto para conseguirla. Los trabajos muestran que la mayoría de los pacientes que disponen de fentanilo oral transmucoso en dolor crónico no maligno sólo lo utilizan en situaciones de emergencia, cesando la utilización de otros opiáceos de corta duración (incluyendo la meperidina inyectable). Las razones aportadas por los pacientes para la gran aceptación del producto incluyen: rápida acción, menos días de encamamiento, mayor energía, disminución del uso de otros opiáceos, menor depresión y menor requerimiento de los servicios de urgencias.

---

## RECORDAR QUE

1. Aunque es deseable que los pacientes tratados con fentanilo oral transmucoso mantengan un tratamiento basal con opiáceos con dosis mínimas equivalentes a 60 mg/día de morfina (que aseguran tolerancia a opiáceos) existen circunstancias tales como crisis muy espaciadas y/o aparición de efectos secundarios asociados a dosis elevadas de opiáceos que aconsejan su uso.
2. Estudios en voluntarios sanos demuestran seguridad del uso de fentanilo oral transmucoso hasta 800 µg (astenia, vasodilatación, náusea y somnolencia son los efectos adversos más frecuentes).
3. Debe siempre individualizarse la dosis final requerida para el fentanilo transmucoso mediante su titulación.
4. Los opiáceos (entre ellos el fentanilo) se han mostrado también eficaces en el dolor muscular.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Farrar JT, Cleary J, Rauck R, Busch M, Nordbrock E. Oral transmucosal fentanyl citrate: randomized, double-blinded, placebo-controlled trial for the treatment of breakthrough pain in cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(8):611-6.
- Egan T, Kern S. The pharmacokinetics and safety of oral transmucosal fentanyl citrate administered to healthy volunteers as two 400 µg doses or as a single 800 µg dose. *Pain Med* 2002;3(2):187-8.
- Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, et al. Episodic pain. Consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer* 2002; 94:832-9.
- Fortner BV, Okon TA, Portenoy RK. A survey of pain related hospitalizations, emergency department visits, and physician office visits reported by cancer patients with and without history of breakthrough pain. *J Pain* 2002; 3:38-44.