

CASO CLÍNICO

DOLOR 2004;19:257-9

Fentanilo oral transmucoso en dolor irruptivo neuropático en el síndrome de Ehler-Danlos

P. MARTÍNEZ RIPOL

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 49 años de edad diagnosticada del síndrome de Ehler-Danlos desde su juventud, con grave afectación del aparato locomotor debido a la gran hipermovilidad articular (ED tipo III) asociada a luxaciones-subluxaciones (ED tipo VII A-B) y cifoescoliosis (ED tipo VI). La bipedestación y la deambulaci3n son muy dificultosas (requiere silla de ruedas para los desplazamientos) y la movilidad de EESS limitada. El s3ndrome tambi3n afecta al sistema cardiovascular (prolapso mitral y fragilidad vascular). Presenta cuadro de dolor poliarticular y muscular generalizado que ha ido controlando con m3ltiples terapias farmacol3gicas en relaci3n con la evoluci3n de su enfermedad. Durante el 3ltimo a3o manten3a tratamiento con fentanilo transd3rmico a dosis de 200 µg/72 h consiguiendo un control aceptable del dolor (EVA medio 3-4). En los 3ltimos meses aparece dolor de caracter3sticas neurop3ticas en forma de crisis (episodios cada 2-3 d3as) que afectan mayoritariamente, aunque no de forma exclusiva, a EEII provocando un aumento del EVA hasta 9-10, que mantiene durante 12-24 h poscrisis.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

En base a la exploraci3n cl3nica y pruebas complementarias (Rx, TC, EMG) se determin3 la inestabilidad articular de la columna (especialmente en el segmento lumbar) asociada a su deformidad como el origen del dolor neurop3tico (Fig. 1). Se inici3 tratamiento con f3rmacos antiepil3pticos, antidepresivos y benzodiacepinas. Tras probar con monoterapia y combinaciones entre ellos (gabapentina, topiramato, lamotrigina, amitriptilina, clonacepam) s3lo se consigui3 una discreta disminuci3n en la intensidad m3xima del dolor (EVA de 8), pero sin disminuir el n3mero de episodios y la duraci3n prolongada del empeoramiento. Adem3s, incluso con dosis bajas de monoterapia de los distintos f3rmacos, la paciente experiment3 un aumento de la debilidad muscular que empeoraba su escasa actividad f3sica. A pesar de las elevadas dosis de fentanilo decidimos utilizar el citrato de fentanilo oral transmucoso (CFOT) en los momentos de crisis en dosis entre 200-400 µg. El resultado podemos clasificarlo de satisfactorio, pues, si bien no se ha modificado el n3mero de los episodios, se ha logrado disminuir la intensidad del dolor (EVA de 7) y, sobre todo, una clara disminuci3n en la duraci3n del episodio (el paciente consigue volver a EVA basal entre los 60-90 min) y no existe interferencia con el sistema muscular de la paciente (Fig. 2).

Servicio de Anestesiolog3a, Reanimaci3n y Terap3utica del Dolor
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

Direcci3n para correspondencia:

Pedro Mart3nez Ripol
Servicio de Anestesiolog3a, Reanimaci3n y Terap3utica del Dolor
Hospital Universitario Vall d'Hebron
P.º Vall d'Hebron, 119-129
08035 Barcelona



Figura 1.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ehler-Danlos es una distrofia hereditaria del tejido conectivo transmitida con carácter dominante. El defecto básico se encuentra en la síntesis de colágeno tipo I y III. Se caracteriza por hiperlaxitud articular, hiperelasticidad cutánea y en alguna ocasión ruptura de vísceras y arterias. Las deformidades articulares, que adquirieren con el

paso del tiempo, condicionan atrapamientos de estructuras nerviosas próximas, asociándose al dolor poliarticular dolores de características neuropáticas.

Aunque la única indicación aprobada en España y por la FDA para el uso del fentanilo oral transmucoso es la del «dolor irruptivo en pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para el dolor crónico por cáncer», su uso clínico se ha extendido en el dolor irruptivo, en el dolor crónico no maligno e incluso otras aplicaciones como dolor postoperatorio o premedicación anestésica.

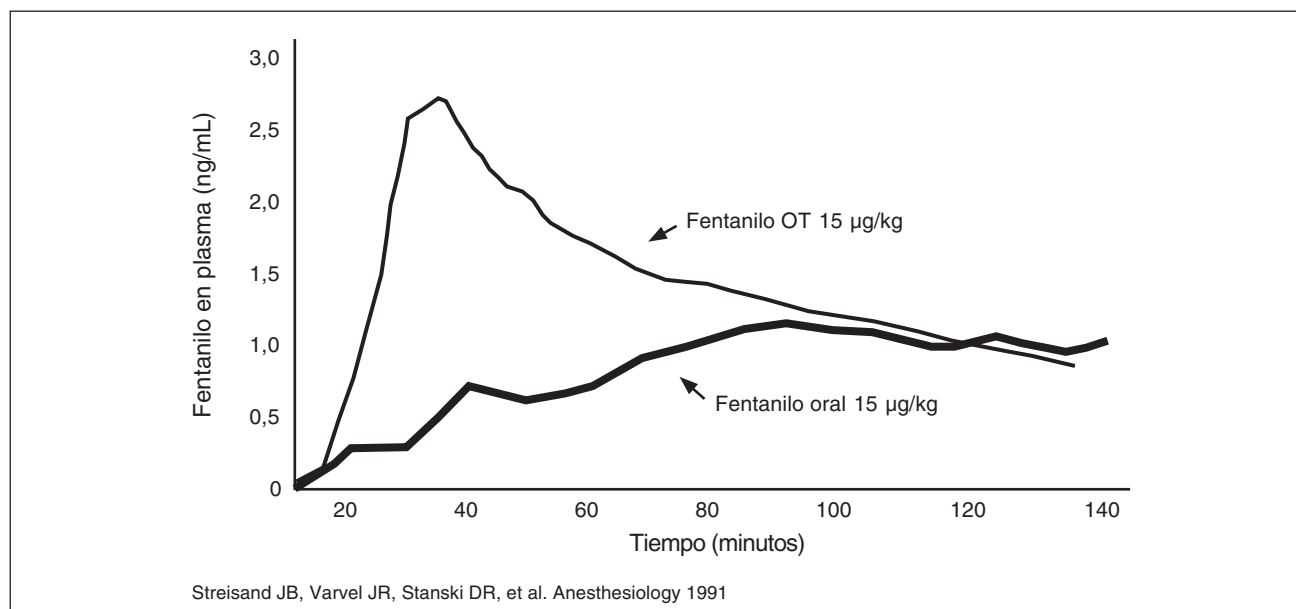


Figura 2. Concentraciones de fentanilo en plasma según la administración sea por vía oral transmucosa (OT) o por vía oral.

El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria del dolor que se produce sobre una base de dolor persistente. El dolor incidental, el espontáneo o el que aparece por falta de eficacia al final de los intervalos del tratamiento basal son dolores irruptivos. La prevalencia de éste es elevada, no sólo para el dolor en cáncer sino también en el dolor crónico no maligno (ambos superan el 40%). Hasta ahora el dolor irruptivo se trataba con morfina oral de liberación rápida o mediante fármacos (opiáceos o no opiáceos) por vía parenteral. Los estudios comparativos entre fentanilo oral y morfina de liberación rápida muestran claramente una mayor reducción del dolor en un menor intervalo de tiempo para el fentanilo

oral. La farmacocinética del CFOT, con una absorción por mucosa bucal de hasta un 25% de la dosis total –evitando el primer paso hepático–, permite una rápida disposición del fármaco (inicio de acción a los 5 min, alcanzando concentración máxima entre los 20-40 min).

Aunque los fármacos antiepilépticos se han mostrado muy eficaces en el tratamiento del dolor neuropático existe un porcentaje no despreciable de pacientes que no pueden mantener el tratamiento por efectos secundarios. Los mórficos (entre ellos el fentanilo) han mostrado en diversos estudios ser una alternativa en el control del dolor neuropático.

RECORDAR QUE

1. En las diversas formas de dolor irruptivo el fentanilo oral transmucoso ofrece ventajas por eficacia y rapidez de acción frente a la morfina de liberación rápida.
2. Aunque ocasionalmente el uso clínico del fentanilo oral transmucoso incluye el dolor irruptivo, en procesos no cancerígenos sólo se debería usar en aquellos pacientes que mantienen algún tratamiento opiáceo de base.
3. Los opiáceos han mostrado diversa eficacia en el dolor de características neuropáticas (neuralgia postherpética, dolor central, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F, et al. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:45-52.

Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy JD, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral trans-

mucosal fentanyl citrate (ACTIQ®) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain* 2001;91:123-30.

Tennant, Hermann L. Use of transmucosal fentanyl in non-malignant, chronic pain. *Pain Med* 2001;2(3):252-3.

Lichter JL, Sevarino FB, Joshi GP. The relative potency of oral transmucosal fentanyl citrate compared with intravenous morphine in the treatment of moderate to severe postoperative pain. *Anesth Analg* 1999;89:732-8.

Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-81.