

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2005;20:118-120

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 79 años, con antecedentes patológicos de leucemia mielomonocítica crónica, diabetes *mellitus* tipo II en tratamiento con insulina e intervención de neoplasia de colon transverso hace un año. Es ingresada en el Servicio de Cirugía Ortopédica por presentar desde hacia dos meses dolor muy intenso en región cervical y extremidad superior e inferior izquierdas, sin déficit neurológico, pero con sensación de acorchamiento en la mano izquierda.

En la exploración radiológica realizada destaca una imagen lítica a nivel de C4, de posible causa metastásica.

Se solicitan pruebas complementarias de analítica, RM cervical, gammagrafía ósea, arteriografía y punción biopsia. Dado que en la analítica destaca una plaquetopenia de 75.000 plaquetas, se decide no realizar la arteriografía. Se solicita asimismo interconsulta a la Unidad de Dolor.

En la primera visita que realizamos a la paciente, nos refiere un dolor muy intenso, de características neuropáticas, con un VAS (7-8), que le impide conciliar el sueño y presenta gran irritabilidad y síndrome ansioso. Iniciamos tratamiento con tramadol 50 mg/8 h, gabapentina 400 mg/8 h, amitriptilina 10 mg/24 h, diclofenaco 50 mg/día y dexametasona 4 mg/día. Estas dosis deben ser incrementadas de forma progresiva, dada la intensidad del dolor, hasta alcanzar dosis de tramadol de 400 mg/día, gabapentina 2.400 mg/día y amitriptilina 25 mg/día. Debido al tratamiento con dexametasona, las cifras de glucemia se elevan y es necesario aumentar las dosis de insulina.

En el estudio de RM cervical se observa una lesión expansiva que afecta a la totalidad del cuerpo



Figura 1. En el estudio de RM cervical se observa una lesión expansiva que afecta a la totalidad del cuerpo y parcialmente del arco posterior de C4, que se extiende hacia espacio epidural condicionando una importante compresión del cordón medular, principalmente anterior, que dados los antecedentes de la paciente se considera como de origen metastático.

y parcialmente del arco posterior de C4, que se extiende hacia espacio epidural, condicionando una importante compresión del cordón medular, principalmente anterior, que dados los antecedentes de la paciente se considera como de origen metastático (Fig. 1).

El informe de anatomía patológica de la punción biopsia realizada no es diagnóstico, dado que no se obtuvo suficiente material para analizar. Se desestimó realizar una nueva punción.

Dada la enfermedad de base que presentaba la paciente, se descartó también la intervención quirúrgica y fue valorada por el Servicio de Radioterapia, decidiendo realizar radioterapia local. Se realizaron 3Gy por 10 sesiones de cobalto, con buena tolerancia y buen resultado analgésico, ya que per-

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

mitieron ir disminuyendo de forma progresiva las dosis de todos los fármacos y suspender el tratamiento con dexametasona.

Al cabo de un mes se dio el alta hospitalaria con buen control analgésico y precisando un collar cervical.

CASO 2

Paciente varón de 57 años, sin antecedentes patológicos de interés, que es remitido al hospital de traumatología desde un hospital comarcal, por presentar desde hacía dos meses clínica de dolor cervical con irradiación a extremidad superior derecha, que no cedía con tratamiento analgésico convencional, y que posteriormente presentó pérdida de fuerza y parestesias en ESD, por lo que se realizó una RX, objetivándose solamente una cervicocartrosis.

Al ingreso en el hospital, se solicita una RM cervical y una gammagrafía ósea. Asimismo, se solicita interconsulta en la Unidad del Dolor, por presentar dolor muy intenso (VAS 9) de características neuropáticas, que no cede con tratamientos analgésicos instaurados hasta el momento de realizar la interconsulta. Se instauró tratamiento con fentanilo transdérmico a dosis de 25 µg/72 horas, gabapentina, a dosis de 400 mg/día y aumentos progresivos hasta alcanzar dosis de 2.400 mg/día, amitriptilina a dosis de 25 mg/día, clonazepam a dosis de 0,5 mg/día, diclofenaco 50 mg/8 horas y dexametasona 4 mg/8 h. Se prescribe asimismo un collar cervical.

En el estudio realizado por RM se aprecia una disminución en la altura de los discos debido a su degeneración y cambios uncartrósicos que, juntamente con material discal acompañante, comprimen parcialmente el espacio subaracnoideo anterior y producen una pequeña reducción parcial de los forámenes de conjunción y del canal espinal. En el cuerpo vertebral de C7 se objetiva una lesión tumoral que afecta al cuerpo y a los pedículos, ocupando la parte anterior del canal espinal y los forámenes de conjunción, sobre todo derechos, posiblemente de origen metastático, sin signos de compresión medular en estos momentos. También se objetivan pequeñas lesiones metastásicas en los cuerpos vertebrales de C5, D1, D2 y D4 (Fig. 2).

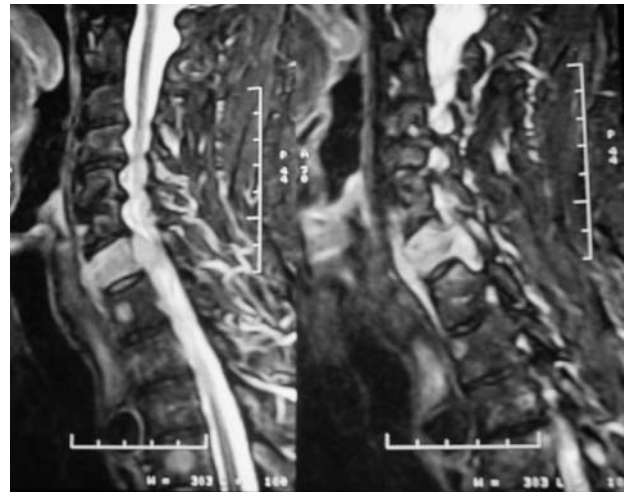


Figura 2. En el estudio realizado por RM se objetiva una lesión tumoral en el cuerpo vertebral de C7 que afecta al cuerpo y a los pedículos, ocupando la parte anterior del canal espinal y los forámenes de conjunción, sobre todo derechos, posiblemente de origen metastático, sin signos de compresión medular. También se objetivan pequeñas lesiones metastásicas en los cuerpos vertebrales de C5, D1, D2 y D4 (Fig. 2).

En el informe de gammagrafía ósea destaca un aumento de captación a nivel de C7. Se realiza PAAF de C7 guiada por TC, con anatomía patológica compatible con carcinoma de células pequeñas. Se practica TC toracoabdominal que objetiva masa mediastínica que ocupa espacio subcarinal en íntimo contacto con paredes bronquiales y extensión hacia pulmón, en íntimo contacto con vena pulmonar inferior derecha, condicionando estenosis del bronquio adyacente. Parénquima hepático homogéneo con lesión hipodensa a nivel del segmento III compatible con LOE. Todo ello compatible con neoplasia pulmonar con metástasis ganglionares, hiliares, ipsilaterales, subcarinales y óseas, así como LOES en parénquima hepático.

El paciente fue remitido al Servicio de Radioterapia, con un buen control del dolor, presentando un VAS de 3 y momentos puntuales de 4.

El paciente inició tratamiento con quimioterapia y radioterapia, 3Gy por 10 sesiones de cobalto, con una buena tolerancia y una mejoría de la sintomatología, por lo que se suspendió el tratamiento con dexametasona y se redujo de forma progresiva el tratamiento con gabapentina y diclofenaco, manteniendo la misma dosis de fentanilo, clonazepam y amitriptilina.

Al mes del ingreso fue dado de alta, con un buen control analgésico y una mejoría de la sintomatología clínica.

Discusión

El dolor en el cáncer es un síntoma importante que debe ser tratado, ya que es el más común y temido por los pacientes, y en muchas ocasiones se convierte en el problema más agobiante y discapacitante que afecta a su calidad de vida. Si bien el dolor no es el síntoma que orienta al diagnóstico, sí que es el que con mayor frecuencia acompaña al paciente en el último período de su enfermedad

La incidencia del dolor es variable según el tipo de tumores. Presentan dolor el 80% de los tumores óseos, de páncreas o de estómago y el 52% de las pacientes con carcinoma de mama. Por el contrario, los pacientes con linfomas o leucemias raramente presentan dolor. La mayoría de los tumores pueden provocar metástasis óseas, pero los cánceres de mama, pulmón y próstata son los que tienen mayor prevalencia de provocarlas, situándose alrededor del 80%. Las metástasis óseas suelen ser la localización metastásica más frecuente y la causa más común de dolor en los pacientes afectados de cáncer. Las estrategias terapéuticas en los pacientes afectados de metástasis óseas deben realizarse de manera individual, ya que se deben tener en cuenta diversos factores como la edad, el estado general del paciente, la localización del tumor, la esperanza de

vida, el riesgo de una posible fractura o de daño neurológico, entre otros.

Así pues, es preciso reconocer que en cualquier estadio de la enfermedad puede aparecer dolor intenso, y que deben plantearse estrategias de tratamientos analgésicos relativamente específicas. En cuanto a la estrategia terapéutica, consiste en el establecimiento de métodos de tratamiento, ajustados a las necesidades propias de cada paciente, dirigidas a conseguir el alivio del dolor inmediato. Esta estrategia debe ser multidisciplinaria, donde intervengan el tratamiento del cáncer (quimioterapia, radioterapia, cirugía) y el control de los síntomas, entre ellos, fundamentalmente el dolor. El tratamiento del dolor debe combinar fármacos AINE, opioides y fármacos específicos para el dolor neuropático, como antidepresivos tricíclicos y antiépilépticos. Se recomienda asimismo el tratamiento con dexametasona para reducir el edema

El tratamiento con radioterapia es uno de los tratamientos de elección en este tipo de enfermedades. Con este tratamiento se consigue aliviar el dolor y controlar los síntomas neurológicos, en caso de existir, en un significativo porcentaje de los pacientes con metástasis vertebrales. En los casos en que se produce compresión medular por progresión del tumor, se puede producir una paraplejía o una tetraplejía dependiendo de la localización de la metástasis. Los tumores de pulmón, mama, próstata y los mielomas son los que producen con mayor frecuencia compresión medular. Si aparece esta complicación, es irreversible.