

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2006;21:223-5

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 68 años, con antecedentes patológicos de mieloma múltiple IG A (estadio III-A), ingresado en la unidad de tumores del servicio de cirugía ortopédica por presentar, desde hacía 2 meses, dolor muy intenso en cadera izquierda.

En la exploración radiológica y de RM realizada al ingreso en el hospital, destacaba una fractura patológica de cótilo en el contexto radiológico de una imagen lítica expansiva a nivel de coxal izquierdo (Fig. 1) que afectaba a la tuberosidad isquiática y el trasfondo cotiloideo (Fig. 2). Se solicitaron asimismo pruebas complementarias de analítica y punción biopsia, confirmándose la sospecha diagnóstica de plasmocitoma. A pesar de la grave afectación articular se contraindicó la cirugía, planteándose tratamiento con quimioterapia, radioterapia local y tracción transesquelética femoral, a pesar de lo cual no se consiguió el control del dolor, motivo por el que se solicitó interconsulta a la unidad de dolor.

En la primera visita que realizamos al paciente, nos refirió un dolor muy intenso, con un VAS en reposo de 8-9, que le impedía conciliar el sueño. Iniciamos tratamiento con fentanilo 25 µg/h/72 h, sevredol de rescate 10 mg/4-6 h, amitriptilina 10 mg/24 h y diclofenaco 50 mg/8 h.

En el control realizado a las 48 h el dolor en reposo mejoró sustancialmente, presentando un VAS de 5-6, pero continuaba con dolor irruptivo muy intenso al menor intento de movilización, por lo que se aumentó el fentanilo a 50 µg/h 72 h. Se añadió paracetamol 1 g/8 h ev. alterno con metamizol 2 g/8 h ev. En el control de los 7 días de inicio del tratamiento, el dolor estaba controlado, por lo que se sustituyó la terapia endovenosa por la vía oral pero manteniendo las mismas dosis. A partir de ese momento se inició tratamiento con bifosfonatos (ác. zoledrónico) por vía endovenosa, 4 mg con pauta mensual. Pasado 1 mes y con un correcto control del dolor, se suspenden paracetamol y metamizol, manteniendo fentanilo, amitriptilina y diclofenaco.

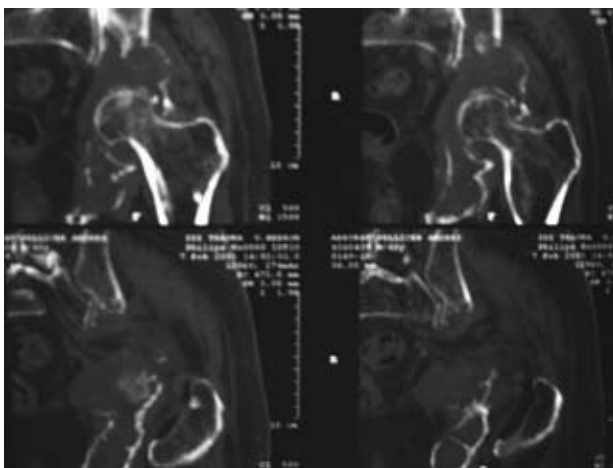


Figura 1. RM que muestra una fractura patológica de cótilo sobre una imagen lítica expansiva a nivel de coxal izquierdo que afecta también la tuberosidad isquiática.

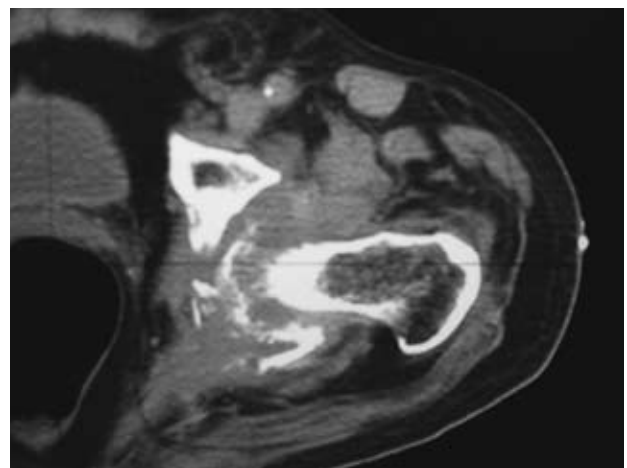


Figura 2. Afectación del trasfondo cotiloideo con imagen de profusión intrapélvica de la cabeza femoral.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 3. Persistencia de la protrusión intrapélvica de la cabeza femoral a pesar de la tracción transesquelética, en la radiografía de control.

tilina y diclofenaco, a las mismas dosis. A la cuarta dosis de bifosfonatos y con el paciente sin tracción, el dolor está bien controlado, tolerándose la sedestación, por lo que se sustituye diclofenaco por ibuprofeno. En los controles radiológicos persiste la protrusión intrapélvica de la cabeza femoral (Fig. 3), pero no han aparecido nuevos focos de la enfermedad.

El paciente fue dado de alta, y es controlado mensualmente en la unidad del dolor, donde se le administraron, en régimen de hospital de día, las dos últimas dosis de bifosfonatos. En el último control el paciente sólo aqueja dolor con las movilizaciones bruscas, con VAS de base de 2-3.

CASO 2

Paciente mujer de 51 años, con antecedente de diabetes *mellitus* en tratamiento con antidiabéticos orales y mastectomía radical hace 12 años por carcinoma ductal infiltrante grado histológico II, que recibió tratamiento con quimioterapia, con buen control de la enfermedad.

A los 5 años de la mastectomía, se detectaron metástasis óseas en T1 y T5 y costilla derecha, que se trataron con radioterapia. Al cabo de 3 años se objetivaron nuevas metástasis en columna y en polo superior de riñón izquierdo, que requirieron tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Posteriormente, en una TC torácica se detectaron metástasis pulmonares múltiples.

En este momento fue remitida a la unidad del dolor desde un hospital comarcal, por presentar,



Figura 4. Imagen de infiltración metastásica de los cuerpos de L5 y S1 en la RM lumbar.

desde hacía 2 meses, dolor intenso en región lumbosacra irradiado a extremidad inferior izquierda con pérdida de sensibilidad y fuerza en metámeras S1 y S2. La RM (Fig. 4) y la gammagrafía ósea de columna lumbar (Fig. 5) mostraban la existencia de una lesión de aspecto metastásico que afectaba a la totalidad del cuerpo de L5 y S1.

Al ingreso en la unidad se objetivó un VAS de 9 a pesar de que la paciente estaba en tratamiento



Figura 5. Gammagrafía ósea. Además de múltiples focos costales y vertebrales torácicos, se objetiva hiper captación en la totalidad de las vértebras L5 y S1, así como una imagen sospechosa no aclarada a nivel coxofemoral.

con fentanilo transdérmico 75 µg/h/72 h, morfina de liberación normal 20 mg/4 h, gabapentina 1.600 mg/d e ibuprofeno 600 mg/8 h.

En primera visita en la unidad se mantuvo básicamente el mismo tratamiento farmacológico, aumentando las dosis de fentanilo transdérmico a 100 µg/h/72 h y gabapentina a 800 mg/8 h, y manteniendo la morfina a las mismas dosis. Se pautó amitriptilina a dosis de 25 mg/d y clonacepam a 0,5 mg/d. Por fin, se sustituyó ibuprofeno por diclofenaco oral a dosis de 50 mg/8 h.

Se pautó también tratamiento con bifosfonatos (ác. zoledrónico) por vía endovenosa, 4 mg mensuales durante 6 meses consecutivos. Pasado 1 mes la paciente, con un aceptable control del dolor (VAS 5), inició la reducción progresiva de morfina. A los 6 meses el VAS era de 3, por lo que se decidió mantener el mismo tratamiento.

DISCUSIÓN

Se estima que más de 1,5 millones de personas en el mundo que padecen cáncer tienen metástasis óseas. Los lugares más frecuentes de aparición de metástasis óseas son las costillas, columna vertebral, pelvis, cráneo y las zonas esqueléticas más proximales de los miembros. Los cánceres de próstata y mama suponen cerca del 80% de las metástasis óseas, y su forma de presentación es la fractura patológica, en un 60% de los casos, en el cáncer de mama. En el mieloma avanzado, la frecuencia de lesiones esqueléticas alcanza el 95%.

La evolución clínica de la enfermedad metastásica ósea en el cáncer de próstata, cáncer de mama

y mieloma múltiple es relativamente larga, con la aparición de complicaciones esqueléticas en un periodo de varios años. Estas complicaciones esqueléticas incluyen dolor, fracturas, hipercalcemia y aplastamiento espinal, influyendo en la calidad de vida de los pacientes.

Los tratamientos estandarizados que se realizan en los pacientes que presentan cáncer con enfermedad metastásica incluyen radioterapia, tratamientos endocrinos sistémicos y tratamientos citotóxicos. A pesar de ello, algunas localizaciones metastásicas se muestran refractarias a estos tratamientos y son causa frecuente de dolor no controlable.

El uso de bifosfonatos ha representado una nueva estrategia como tratamiento adicional para la reducción de los síntomas y complicaciones esqueléticas de estos tumores malignos. Los bifosfonatos inhiben la resorción ósea y están indicados para la prevención y tratamiento de la osteoporosis, la enfermedad de Paget, la hipercalcemia de origen tumoral, y las metástasis osteolíticas de tumores sólidos o de mieloma múltiple. Dentro de los bifosfonatos, el ácido zoledrónico es un bifosfonato de tercera generación que la FDA ha autorizado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple y metástasis óseas de tumores sólidos, junto con el tratamiento antineoplásico estándar. La aparición de algunos casos de osteonecrosis maxilar en pacientes con cáncer en tratamiento con bifosfonatos sobre todo por vía endovenosa, concomitantemente con tratamientos odontológicos, hacen aconsejar el evitar los procedimientos odontológicos durante el periodo de tratamiento con bifosfonatos en este tipo de pacientes.