

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2013;28:111-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 58 años sin antecedentes patológicos de interés que es remitido a la clínica del dolor por algias en epigastrio irradiadas en cinturón que no cedían a pesar del tratamiento analgésico.

Su historia oncológica se inicia 3 meses antes con el diagnóstico de un cáncer de cabeza de páncreas, que a su vez había sido diagnosticado por dolor abdominal.

Su oncólogo había iniciado tratamiento con morfina de liberación lenta con dosis incrementales + metamizol dos cápsulas/8 h. Durante 2 meses el dolor pudo ser aliviado, pero en el último mes había aumentado considerablemente y no cedía a pesar de morfina de liberación lenta (MST) 120 mg/12 h + metamizol una ampolla bebida/8 h. Por tal motivo fue remitido a la clínica del dolor.

El paciente presentaba una escala visual analógica (EVA) de 8,5 + ligera somnolencia + gran constipación que se acentuaba cada vez que se aumentaban las dosis de morfina oral. Tenía un Karnofsky del 50% y una expectativa de vida de 4-5 meses, ya que presentaba también metástasis hepáticas y retroperitoneales.

El dolor seguía siendo epigástrico e irradiado en cinturón, y, aunque tenía una base constante y punzante, las exacerbaciones eran cada vez más frecuentes.

Debido al tipo de dolor que seguía presentando se informó al paciente de la posibilidad de realizar una neurólisis del plexo celíaco, ya que, aunque quizás el alivio no fuese total, sí ayudaría a disminuir el dolor y también la medicación analgésica.

Tras el consentimiento informado, se realizó la neurólisis del plexo celíaco bajo visión ecográfica directa. Se administró primero 10 ml de ropivacaína al 0,20% (bupivacaína al 0,20%), y cuando el

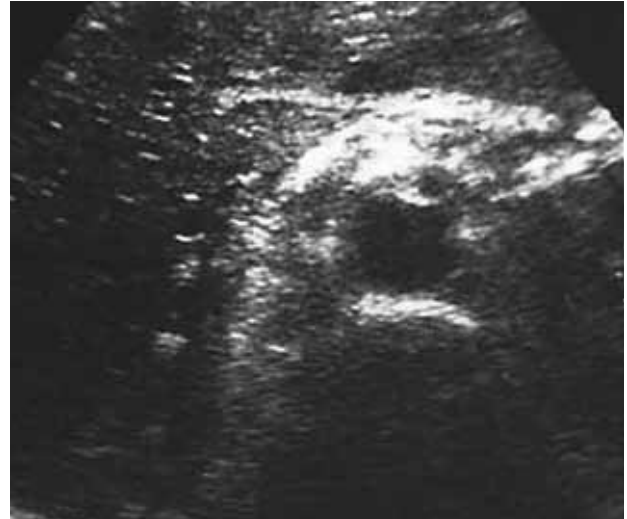


Figura 1. Imagen de la neurólisis del plexo celíaco mediante vía anterior y guiado por ecografía. La imagen blanquecina en paraguas corresponde a la alcoholización.

alivio del dolor fue casi completo (a los 5 min) se procedió a la neurólisis con 35 ml de alcohol al 60%. No hubo ningún tipo de complicación, salvo sensación urente, que cedió a los pocos minutos de haber administrado el alcohol (Fig. 1).

Las dosis de MST se disminuyeron al 50% durante los 3 días sucesivos hasta quedar con 30 mg/12 h, quedando así hasta los últimos días en los que se precisó aumentar las dosis hasta 60 mg/12 h.

COMENTARIO

El sistema nervioso simpático a nivel abdominal puede ser abordado realizando una infiltración en los ganglios espláncnicos, el ganglio celíaco o el ganglio hipogástrico.

Las vísceras abdominales altas (estómago, vías biliares, páncreas) son susceptibles del abordaje de

los ganglios esplácnicos o celiaco. Siempre debe valorarse su infiltración y/o su neurólisis cuando exista un dolor abdominal provocado por estas estructuras viscerales.

Los procesos pancreáticos, ya sea de causa benigna (pancreatitis crónica) o neoplásica, con un dolor en cinturón y que cede con la posición llamada mahometana fetal (dorsoflexión), son candidatos a abordar estas estructuras para aliviar el dolor.

Bibliografía

Mercadante S, Català E, Arcuri E, Casuccio A. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain: factors influencing pain, symptoms and quality of life. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(6):1140-7.

CASO 2

Paciente de 67 años diagnosticada de mieloma múltiple y derivada a la clínica del dolor por algias no controladas de 2 meses de evolución.

En la primera visita la paciente nos describió intensas algias lumbares continuas que aumentaban considerablemente al andar y en decúbito supino. Dichas algias eran valoradas con una EVA de 8.

La evaluación con radiografía (Rx) de columna mostró múltiples lesiones esqueléticas y lesión focalizada en vértebra lumbar (Fig. 2).

La analítica realizada la semana previa mostraba un síndrome anémico, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 98 y proteínas totales aumentadas, con un γ monoclonal inmunoglobulina G (IgG).

Su patología de base era tratada con lenalidomida y dexametasona.

El dolor fue tratado inicialmente con morfina oral, dosis crecientes hasta 80 mg/12 h en los últimos 2 meses. Con esta dosis el dolor fue parcialmente controlado (EVA: 4), pero con intolerables efectos adversos: sedación, náuseas e intensa fatiga, lo cual disminuyó considerablemente su calidad de vida. Al intentar disminuir la dosis de morfina oral volvió a aumentar el dolor, por lo que fue derivada a la clínica del dolor.



Figura 2. Rx de la columna lumbar observándose importante afectación-destrucción del cuerpo de L3.

El tratamiento que en principio proponemos ante un caso de intolerancia a los opioides orales e intenso dolor son las técnicas de neurólisis o los opioides intratecales.

En esta paciente estos dos tratamientos no eran posibles, y por este motivo nos planteamos combinar dos opioides de diferentes perfil, ya que los opioides ofrecían buena calidad analgésica pero con efectos adversos no tolerables.

La combinación que escogimos fue la de disminuir la morfina oral a dosis tolerables: 40 mg/día y añadir oxicodona oral 20 mg/12 h.

La evolución fue favorable en cuanto el dolor disminuyó hasta valores tolerables (EVA: 3), al igual que los efectos indeseables, que fueron escasos; la paciente relató cansancio y fatiga pero sin sedación ni mareos.

COMENTARIO

La combinación de opioides no es una terapia bien establecida ni reconocida, pero este caso nos ilustra que en ocasiones se debe valorar su utilización al no ser posible otras alternativas terapéuticas.

La combinación de un opioide de afinidad por el receptor μ (morfina) junto a uno con afinidad λ (oxicodona) permitió ofrecer una razonable calidad analgésica con pocos efectos adversos. Recomendamos pensar en esta opción ante casos parecidos al descrito.