

Utilidad del comité de dolor oncológico complejo en el abordaje multidisciplinario del dolor: a propósito de un caso

BERTA ARENY PERELLÓ^{1*}, EVA AMOR FERNÁNDEZ¹, ROSA BLASI MARTÍNEZ¹, LUIS MOLTÓ GARCÍA²
Y CRISTINA FARRIOLS DANÉS¹

RESUMEN

El dolor oncológico complejo es uno de los mayores retos terapéuticos como profesional de la medicina. Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis óseas que presenta dolor secundario a estas. Precisa de altas dosis, rotación y combinación de opioides que le provocan efectos adversos. Se presenta en el comité de dolor oncológico complejo y se implanta una bomba de perfusión continua intratecal de morfina y ziconotida. Esto permite, finalmente, controlar el dolor y reducir los efectos adversos de los opioides. El abordaje multidisciplinario en comité mejora la coordinación entre diferentes profesionales y conlleva una optimización del tratamiento, aportando al paciente una mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: Dolor oncológico. Comité multidisciplinario. Manejo del dolor.

ABSTRACT

Complex cancer pain is a big challenge as a physician. Here we show the case of a patient diagnosed of stage IV lung cancer with bone metastasis and cancer related pain. In need of high doses of opioid and opioid rotation, the patient suffers adverse events from these drugs. The case is discussed in the interdisciplinary committee of complex cancer pain, being indicated the implantation of an intrathecal pump for continuous perfusion of morphine and ziconotide. Opioids doses are reduced and so do the adverse effects. The multidisciplinary strategy improves the coordination of every specialist physician and allows for an optimization of treatment, improving the patient's quality of life. (DOLOR. 2023;38:60-4)

Keywords: Cancer pain. Interdisciplinary communication. Pain management.

Corresponding author: Berta Areny Perelló, bareny@psmar.cat

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Geriátrica;

²Unidad del Dolor, Servicio de Anestesiología.
Hospital del Mar, Barcelona

***Correspondencia:**

Berta Areny Perelló
E-mail: bareny@psmar.cat

CASO CLÍNICO

Antecedentes

Varón de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador sin otros hábitos tóxicos. Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Como antecedentes patológicos destacan prostatitis de repetición y doble prótesis de cadera por fractura. La historia oncológica se inicia en junio del 2021 con diagnóstico, a raíz de dolor vertebral, de un adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis óseas, sin mutaciones *driver* que permitieran un tratamiento dirigido, tributario de tratamiento sistémico.

Enfermedad actual

Se trata de un paciente en tratamiento oncoespecífico sistémico (carboplatino/paclitaxel) que inicia dolor a nivel vertebral de características mixtas (nociceptivo y neuropático). A la anamnesis dirigida el paciente refiere dolor intenso, con un nivel en la escala verbal numérica (EVN) de 7-8/10 basal con algún episodio de dolor con EVN de 10/10 que no se relaciona con ningún movimiento ni acción, le despierta por la noche y cede parcialmente con antiinflamatorios. La localización del dolor es politópica a nivel de la columna vertebral, pero fundamentalmente en zonas cervical y dorsal. Presenta irradiación neuropática a extremidades superiores e inferiores. Dicho dolor conlleva un claro empeoramiento de la calidad de vida.

Exploración física

Paciente con buen estado general, ECOG PS (*Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status*) 0, consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Exploración por aparatos anodina. Presenta dolor a la palpación de la musculatura paravertebral, muy contracturada. Sin dolor en ningún punto específico de las apófisis espinosas. Sin pérdida de fuerza ni de sensibilidad en extremidades superiores ni inferiores. Limitación en los movimientos de rotación cervical y flexión anterior dorsolumbar.

Exploraciones complementarias

- Tomografía computarizada de columna: metástasis osteoblásticas difusas, que asocian actualmen-

te más componente lítico. Destaca extensa área lítica central en cuerpo de L3 con discontinuidad limitante superior e inferior (Fig. 1).

Diagnóstico

Dolor mixto nociceptivo y neuropático secundario a metástasis óseas y contractura paravertebral reactiva.

Tratamiento e intervención

Inicialmente se inicia terapia de primer escalón con paracetamol 1 g e ibuprofeno 600 mg cada 8 h alternos. Una vez realizado el diagnóstico oncológico, desde el servicio de oncología se inicia tratamiento oncoespecífico sistémico y pauta de tercer escalón con fentanilo transdérmico (TD) hasta 37,5 µg/h/72 h y rescates puntuales de metamizol 575 mg. Ante mal control del dolor, se realiza una primera sesión de radioterapia antiálgica de 8 Gy sobre las lesiones de las vértebras D9-L3, se aumenta parche de fentanilo hasta 50 µg/h/72 h y se añade paracetamol/tiocolquiosido 500 mg/2 mg. Se objetiva progresión de la enfermedad oncológica a nivel óseo con empeoramiento del dolor, por lo que se realizan dos nuevas sesiones de radioterapia antiálgica de 8 Gy cada una sobre las lesiones C6-D1 y D9-L3. Inicialmente mejora el control del dolor, pero progresivamente precisa de distintas estrategias farmacológicas para el control del dolor. En primer lugar se aumenta progresivamente el parche de fentanilo TD hasta 125 µg/h/72 h. Después se decide combinar dos opioides y se añade oxicodona 20 mg/8 h. Posteriormente, se realiza rotación de opioide de oxicodona a tapentadol, sin éxito. Por último, se añade a la combinación previamente descrita metadona 10 mg/12 h, sin llegar tampoco a controlar el dolor. De rescate, se administra fentanilo 200 mg sublingual. A lo largo de este proceso, el paciente se beneficia en todo momento del uso de coadyuvantes; por un lado, de corticosteroides, en concreto dexametasona, en los ciclos de radioterapia y, por otro, de pregabalina para el componente neuropático del dolor. Además, al presentar componente de dolor nociceptivo de características mecánicas por la contractura muscular paravertebral, no se dejan de administrar antiinflamatorios de forma pautada y de rescate. Dadas las altas dosis de opioides requeridas, el paciente presenta estreñimiento pertinaz de difícil control que precisa de naloxegol, crema de magnesio y parafina con control parcial. Ante la refractariedad del dolor al tratamiento farmacológico y la presencia de efectos

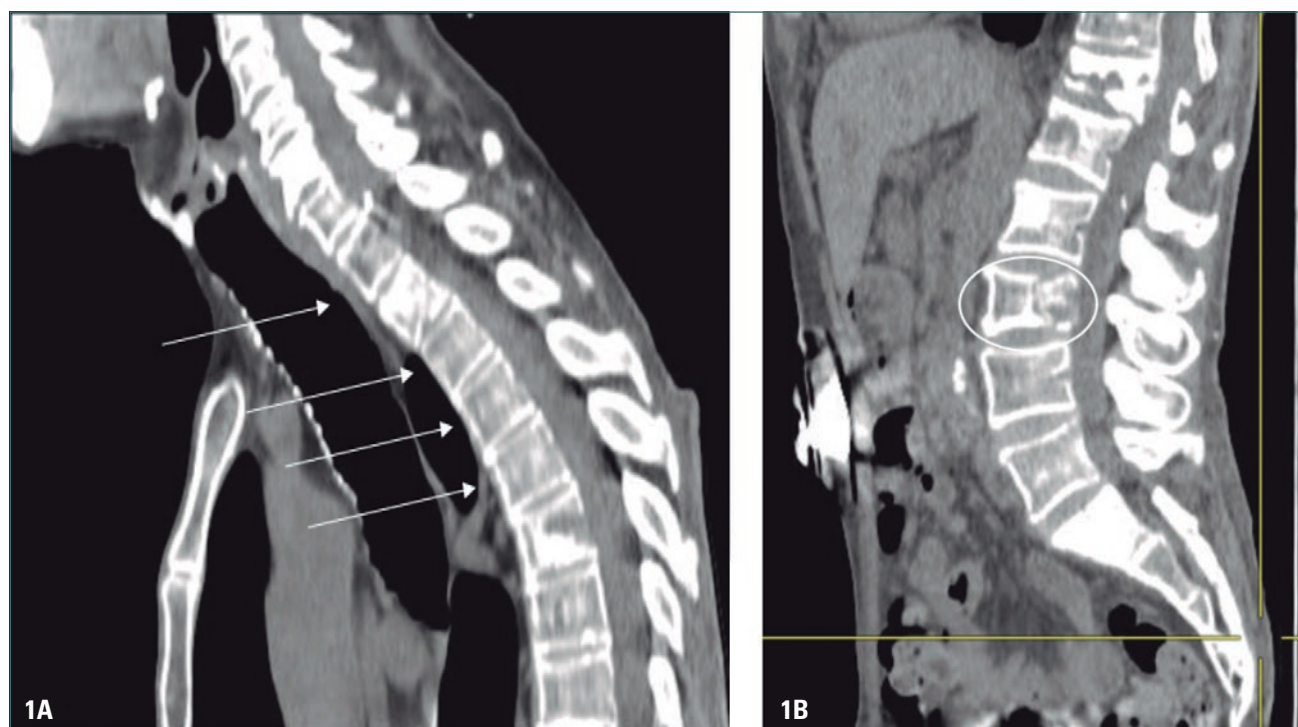


Figura 1. A: metástasis cervicales múltiples (flechas). **B:** metástasis lumbares y fractura patológica L3 (círculo).

adversos de los opioides, se comenta el paciente en el comité de dolor oncológico complejo. Los especialistas de dicho comité, donde intervienen paliativistas, anestesiólogos de la clínica del dolor, oncólogos, radiólogos y radioterapeutas, consideran al paciente tributario de bomba de perfusión continua (BPC) intratecal, con dosis de morfina 1,5 mg/d y bupivacaína 4.26 mg/d. Se coloca la BPC a punta de catéter en C7. Presenta buen control del dolor inicial y se disminuyen los opioides sistémicos, mejorando el efecto adverso principal, el estreñimiento. Aun así, con el paso de los días precisa de titulación progresiva intratecal hasta dosis de morfina 9,2 mg/d y bupivacaína 16.4 mg/d con oxicodona subcutánea de rescate. Por mal control del dolor, se decide añadir ziconotida a la BPC intratecal a dosis de 0,97 µg/d. El paciente presenta buena tolerancia y no se reportan efectos adversos. A los pocos días, ingresa en la unidad de cuidados paliativos (UCP) para ajuste terapéutico de opioides sistémicos e intratecales y medidas no farmacológicas, con buena evolución clínica, presenta mejoría del dolor y del resto de síntomas. Es dado de alta a domicilio con seguimiento por el equipo de soporte a domicilio (PADES) y del comité del dolor. Finalmente, a los dos meses es *exitus* en la UCP, con síntomas controlados, por progresión de la enfermedad neoplásica.

DISCUSIÓN

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer, llegando a presentarse hasta en un 90% de los casos¹. Se calcula que el 30% de los pacientes tiene dolor en el momento del diagnóstico de su cáncer, hasta el 55% durante un tratamiento con intención radical, un 39,3% lo presenta tras finalizar dicho tratamiento, un 66,4% en las fases avanzadas de la enfermedad y entre el 60 y el 90% en situación de final de vida². Así pues, tal y como ocurre en el caso de nuestro paciente, el dolor acompaña al paciente a lo largo de todo el proceso diagnóstico y terapéutico de la enfermedad oncológica.

El control del dolor, es decir, un dolor basal correctamente tolerado que no requiera más de tres rescates de analgesia diarios, se consigue en aproximadamente un 80% de los pacientes oncológicos. Esto significa que existe un mal control del dolor en un 20%. De ahí nace el concepto de dolor oncológico complejo, definido como la ausencia de control del dolor siguiendo el modelo del ascensor analgésico de Torres³.

El dolor oncológico es multifactorial, un fenómeno complejo que afecta al paciente no solo a nivel físico, sino también cognitivo, social y espiritual.

Comporta además un aumento de la comorbilidad y una disminución de la calidad de vida⁴, así como se relaciona con peores datos de supervivencia⁵.

Asumiendo que la supervivencia en el paciente oncológico ha aumentado en los últimos años gracias al avance de los tratamientos oncoespecíficos, siendo de forma global del 60% a los 5 años y del 40% a los 10 años o más, es de esperar también un aumento de pacientes con dolor crónico. Se ha estimado que actualmente el 33-40% de los pacientes que han presentado un proceso oncológico sufren dolor crónico⁶.

Con todos estos datos, podemos afirmar que el dolor oncológico se trata de uno de los mayores retos de salud pública en el mundo¹.

En el caso expuesto, el paciente presenta como síntoma guía para el diagnóstico de cáncer un dolor lumbar secundario a metástasis vertebrales. Se sabe que las metástasis óseas son la causa del 70% del dolor oncológico y hasta en el 20% de los pacientes es el primer síntoma de la enfermedad⁷.

Las metástasis óseas producen dolor principalmente por tres mecanismos: alteración del equilibrio osteoblastos-osteoclastos, invasión directa de las raíces nerviosas y contracturas como mecanismo de defensa de los músculos que rodean las metástasis.

Con tal de realizar un adecuado tratamiento del dolor, es imprescindible tener clara su fisiopatología. Reconocer el mecanismo que provoca el dolor optimizará el tratamiento de este. Se recomienda un modelo basado en la fisiopatología, multimodal y multidisciplinario e intervencionista más allá de seguir escalera/ascensor de la Organización Mundial de la Salud⁸.

En nuestro caso, por un lado, la anamnesis y exploración del dolor objetivó que, aparte del dolor provocado por las metástasis en sí, el paciente también presentaba contracturas musculares como mecanismo antiálgico postural, por lo que respondería bien al uso de antiinflamatorios y relajantes musculares. Además, al tratarse de metástasis óseas, el paciente se podía beneficiar de la radioterapia antiálgica, una de las herramientas más específicas y útiles para el tratamiento del dolor oncológico, teniendo en cuenta que el 30% de los pacientes presentan remisión total del dolor después de su administración⁷.

Por otro lado, nos encontramos delante de un paradigma de la teoría del ascensor de Torres, pues teniendo en cuenta la fisiopatología del dolor del pa-

ciente, pasar al segundo escalón analgésico habría supuesto una pérdida de tiempo y de recursos.

En esta misma línea, debemos empezar a plantear las técnicas intervencionistas más precozmente, en función de la fisiopatología del dolor y no solamente ofrecerlas una vez el paciente presenta dolor refractario al tratamiento estándar. Esta estrategia podría evitar potencialmente que el paciente sufriera dolor durante muchas semanas en las que se realiza una primera aproximación terapéutica en forma de escalada de opioides, la cual muchas veces no resuelve el dolor del paciente, sino que consigue solamente demorar el control sintomático correcto y añade muchos efectos adversos que hemos reflejado en nuestro caso.

Aquí radica la utilidad y necesidad del comité del dolor oncológico complejo. Al estar presentes distintos especialistas, a saber, paliativistas, anestesiólogos, oncólogos, radiólogos y radioterapeutas permite estudiar en profundidad los casos que, por las características que presentan, ya sospechamos que van a comportar un reto terapéutico. Así conseguimos un manejo más centrado en la fisiopatología del dolor y, si procede, acceso directo a técnicas intervencionistas.

Una de las terapias intervencionistas más empleadas es la analgesia neuroaxial (epidural o intratecal), que consiste en la administración de fármacos por vía epidural o intratecal para controlar el dolor rebelde a otros tratamientos estándar⁹. La técnica está infrutilizada en el dolor del paciente oncológico, habiéndose estimado que aproximadamente el 3% de estos la van a precisar, pero no siendo utilizada ni en el 1% de ellos⁹. Por este motivo, se considera que dejarlo como último recurso es un error y se debería plantear en los pacientes que preveamos que van a presentar un dolor de difícil control¹⁰.

Si bien es cierto que dicha técnica tiene efectos adversos conocidos tales como obstrucción, desconexión y migración del catéter, mal funcionamiento de la bomba, granuloma aséptico o masa inflamatoria en la punta del catéter y meningitis derivada de la contaminación inadvertida del sistema de infusión, también es cierto que los opioides sistémicos no están exentos de riesgos y complicaciones y que la vía intratecal nos puede ayudar a disminuirlos. En el caso expuesto, el paciente presentaba estreñimiento pertinaz refractario con episodios incluso de suboclusión, que le suponía un empeoramiento en la calidad de vida, que se vio mejorado al colocarle una BPC intratecal que permitió la automática reducción de dosis de opioides.

Así pues, la calidad de vida del paciente mejoró gracias al comité del dolor oncológico complejo, no solo por la mejoría del dolor, sino también por la resolución del estreñimiento y la tranquilidad de que los equipos de atención están coordinados, la disminución de los ingresos y de los desplazamientos.

En muchos centros, como práctica habitual recientemente establecida, los fármacos de primera línea de la terapia intratecal en el dolor oncológico, igual que en el dolor de origen no oncológico, son la morfina y la ziconotida¹¹, ambos fármacos empleados en el tratamiento del dolor de nuestro paciente. Este caso presenta además el añadido de que, dada la correcta respuesta clínica inicial a la administración intratecal de ziconotida, ha aportado nueva evidencia para el uso de esta técnica en pacientes oncológicos, ayudando al cambio en la práctica clínica habitual del centro hospitalario, estando indicado actualmente la administración en primera línea de ziconotida por vía intratecal en pacientes con dolor oncológico complejo, sin tener que esperar al fracaso de medidas previas, hecho que mejorará considerablemente la calidad de vida de nuestros pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES

Es esencial una buena anamnesis y exploración del dolor para filiar la fisiopatología de este y así realizar un abordaje terapéutico dirigido y específico.

El abordaje multidisciplinario en comité mejora la capacidad de control del dolor oncológico complejo, optimizando el seguimiento y tratamiento de este y disminuyendo los desplazamientos del paciente.

El uso de la bomba de perfusión continua intratecal permite mejorar el control del dolor y la calidad de vida del paciente, así como disminuir los efectos adversos de los opioides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kettyle G. Multidisciplinary approach to cancer pain management. *Ulster Med J.* 2023;92(1):55-8.
2. Laird B, Colvin L, Fallon M. Management of cancer pain: basic principles and neuropathic cancer pain. *Eur J Canc.* 2008;44(8):1078-82.
3. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó JA. De la escalera al ascensor. *Dolor.* 2002;9:289-90.
4. Rana SPS, Gupta R, Chaudhary P, Khurana D, Mishra S, Bhatnagar S. Cancer pain management: basic information for the young pain physicians. *Ind J Palliat Care.* 2011;17(2):127-30.
5. Nijs J, Roose E, Lahousse A, Mostaqim K, Reynebeau I, De Couck M, et al. Pain and opioid use in cancer survivors: a practical guide to account for perceived injustice. *Pain Physician J.* 2021;24(1):309-17.
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer related-pain. The IASP Taskforce for the classification of chronic pain. *Pain.* 2019;160(1):38-44.
7. Ferrer Albiach C, Villegas Estévez DJ, López Alarcón D, editores. Diagnóstico y tratamiento del dolor asociado al cáncer [Internet]. Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor; 2021. Disponible en: https://seor.es/wp-content/uploads/2021/10/AAFF_Libro_DIAGNOSTICO_ASOCIADO_AL_CANCER_interactivo.pdf
8. Pérez Hernández C, Alonso Babarro A, Ramos Aguerri A, Villegas Estévez F, Virizuela Echaburu J, Contreras Martínez J, et al. Guía para el Abordaje Interdisciplinar del Dolor Oncológico [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española del Dolor, Sociedad Española de Oncología Radioterápica; 2016. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Guia_GADO_dolor_oncologico.pdf
9. Dupouiron D. Intrathecal therapy for pain in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2019;13(2):75-80.
10. Duarte R, Raphael J, Eldabe S. Intrathecal drug delivery for the management of pain and spasticity in adults: an executive summary of the British Pain Society's recommendations for best clinical practice. *Br J Pain.* 2016;10(2):67-9.
11. Deer TR, Pope JE, Hanes MC, McDowell GC. Intrathecal therapy for chronic pain: A review of morphine and ziconotide as firstline options. *Pain Med.* 2019;20(4):784-98.