

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 23 No. 3, 1994 [ver índice]

DOLOR EN CANCER

Dr. Jorge Dagnino S., Profesor Adjunto de Anestesiología, Depto. de Anestesiología
Dr. Augusto León, P. Adjunto de Cirugía, Sec. Cabeza, Cuello y Oncología Div. Cirugi
Dr. Mario Guerrero L., Instructor de Anestesiología, Depto. de Anestesiología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Cerca del 60% de los pacientes que padecen un cáncer experimenta dolor moderado o intenso durante su enfermedad y ésto constituye el principal temor manifestado por ellos y por sus familiares. Si bien el número total de pacientes con dolor por cáncer o síndromes relacionado constituye menos del 5% de la población con dolor agudo o crónico, el dolor canceroso tiene un significado muy especial para los pacientes y sus familias. Ello subraya la importancia de los aspectos psicológicos y sociales, los que deben ser tomados siempre en cuenta en la evaluación inicial y durante el tratamiento de estos pacientes.

Tipos de dolor

El dolor por cáncer puede definirse según su relación temporal en agudo, crónico o incidental, o según su mecanismo fisiológico en somático, visceral o neuropático. El dolor incidental es aquél que aparece al hacer un movimiento, generalmente debido a factores mecánicos (como una fractura por metástasis).

El dolor somático ocurre por la activación de nociceptores en tejidos cutáneos y profundos. El dolor de las metástasis óseas es un ejemplo de este tipo de dolor. El dolor visceral resulta de la infiltración, compresión, distensión o elongación de vísceras torácicas o abdominales. El dolor neuropático ocurre por daño al sistema nervioso central o periférico, por el crecimiento del tumor o por el tratamiento (por ejemplo. plexopatía branquial o lumbosacra por invasión tumoral o como secuela de radioterapia). El dolor somático y visceral responden al tratamiento en mayor o menor medida, en tanto que el dolor neuropático tiende a responder poco al tratamiento, haciendo su manejo muy difícil en algunos pacientes, los que requieren procedimientos anestésicos y neuroquirúrgicos, con fines denervativos la mayoría de las veces.

En el dolor por cáncer, la connotación que le confiere la etiología de pronóstico incierto y la expectativa de que se seguirá presentando, hace que la percepción y el sufrimiento que desencadena sea cuantitativa y cualitativamente diferente a la de un dolor agudo benigno. El mal pronóstico de sobrevivida hace que estos dolores no sean enfocados en su manejo como lo sería un dolor agudo acompañante de una dolencia no terminal. La importancia de su buen manejo radica en el enorme impacto funcional y emocional que tiene sobre la calidad de vida y la muerte del paciente. Las características que rodean el fallecimiento de un paciente permanecerán en la memoria de sus deudos, así como el nombre del médico que fue capaz de aliviar el dolor o que eludió su responsabilidad frente al paciente.

Los mecanismos causales de dolor son varios y pueden presentarse aisladamente o combinados. Esto implica que más de un tipo de receptor o de vía de conducción puede estar involucrado, por lo que para su tratamiento puede ser necesario una combinación de

medicamentos o procedimientos.

Hay dos preguntas que deben ser respondidas desde el comienzo "Cuál es la sobrevida y cuál es la calidad de vida esperable durante este período?".

Dolor en cáncer curable

En estos pacientes son de gran importancia las consideraciones sobre posibles secuelas o efectos colaterales del tratamiento, fundamentalmente déficit neurológico o adicción a fármacos.

La OMS, en un enfoque general, propone una terapia escalonada en la elección de fármacos, basándose en que los requerimientos de analgesia a lo largo de la evolución son graduales y que el resultado es mejor cuando se emplea la droga adecuada en la dosis e intervalo correcto. El esquema terapéutico se planifica a modo de una "escalera" de analgésicos y una "baranda" constituida por las otras medidas descritas más adelante (Figura 1 y Tabla 1), donde los analgésicos son incrementados en potencia partiendo por drogas no narcóticas y llegando finalmente a narcóticos fuertes, hasta conseguir el alivio del dolor.

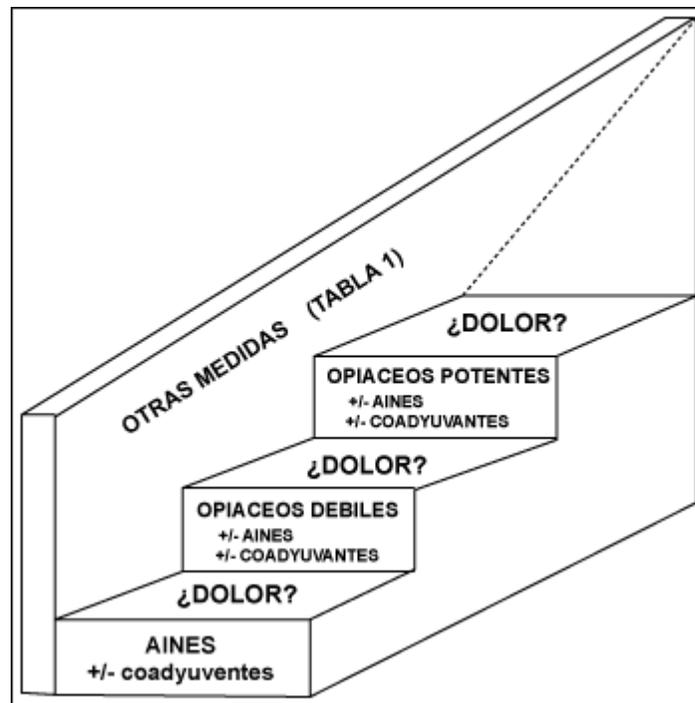


Figura 1. Los tres escalones en el uso de analgésicos (modificada de la OMS). Las otras medidas descritas en la Tabla 1. deben ser concebidas como la baranda, un apoyo, que debe ser considerado desde el principio del tratamiento y no sólo al final.

Tabla 1.	
Medidas adicionales en el manejo del dolor en el paciente con cáncer	
Psicosociales	Educación, relajación, programación, neurolingüística, hipnosis, psicoterapia.
Fisioterapia	Masajes, ejercicios, TENS
Radioterapia	
Quimioterapia	
Narcóticos intratecales	
Neurolisis	
Neuroquirúrgicas	

Nivel 1: AINES con o sin coadyuvante. Nivel 2: Se agrega un narcótico débil. Nivel 3: Se agrega un narcótico potente.

- Opiáceos débiles: codeína y tramadol.
- Opiáceos potentes: morfina, metadona, buprenorfina y, en algunos casos, nalbufina.
- Coadyuvantes: anticonvulsivantes, en dolor neuropático; neurolépticos, en excitación; ansiolíticos, en dolor neuropático, disestesias; corticoides, en dolor neuropático; agonistas adrenérgicos alfa 2, en dolor visceral y somático.

En la planificación del tratamiento hay algunas consideraciones generales que deben tomarse siempre en cuenta: el tratamiento debe ser individualizado; debe ser simplificado en la medida de lo posible en sus horarios y en su vía de administración; las drogas deben ser administradas por horario, de acuerdo a su farmacocinética, indicando siempre dosis adicionales de rescate. Estos medicamentos en su mayoría son de ingesta oral y pueden ser manejados por médicos no especialistas en dolor, teniendo las precauciones debidas. El principal escollo en la implementación de este programa en forma masiva está dado por la enorme dificultad para acceder a opiáceos en el mercado farmacéutico.

En el cáncer curable, es importante considerar el tratamiento curativo como pieza clave en el manejo del dolor. La radioterapia y la cirugía son muy importantes, sin embargo debe considerarse que pueden presentarse secuelas dolorosas de estos procedimientos, las que persistirán en algunos pacientes por el resto de la vida.

Dolor en cáncer incurable

La condición de terminal de un paciente no debe pesar en la elección de procedimientos mutilantes o invalidantes sin contar con el consentimiento informado del paciente y su familia; es imposible lograr la resignación de quedar postrado en cama sin mover las extremidades en un paciente que está firmemente convencido de padecer una gripe, una dispepsia o una fractura de pelvis. El sufrimiento que impone la secuela de denervación

puede llegar a ser peor que el mismo dolor.

Es necesario balancear el pronóstico en términos de dolor esperable, tiempo de sobrevivencia, conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, calidad de los cuidados a los que está expuesto en su domicilio u hospicio, costo monetario de los procedimientos y riesgo de secuelas.

En los pacientes terminales también es aplicable la "escalera" analgésica para el manejo del dolor. Sin embargo, en algunos pacientes la invasividad del cáncer, el compromiso de la vía simpática, las secuelas de radioterapia y otros factores, harán aumentar los requerimientos analgésicos o no serán afectados por éstos (por ejemplo, una causalgia no responde a opiáceos). En estos casos serán necesarios procedimientos más complejos, los que muchas veces, efectuados precozmente, pueden proporcionar mejor calidad de vida que un tratamiento analgésico farmacológico poco efectivo, por lo que se debe recurrir a la opinión de un especialista oportunamente.

Otras medidas para el alivio del dolor son:

1. Medidas psicosociales: relajación, imaginación, hipnosis, psicoterapia.
2. Medidas físicas: fisioterapia, masajes, ejercicios, estimulación eléctrica transcutánea (TENS).
3. Radioterapia o quimioterapia: para disminuir la masa tumoral y sus síntomas locales y en algunos casos conservar la funcionalidad y la imagen corporal (tumores de cara o cuello, mama, pulmón, ginecológicos, urológicos y colorectales). Es especialmente útil en el dolor óseo, radicular o por infiltración de tejidos blandos. Es interesante recordar que la radioterapia inicialmente puede aumentar el dolor, haciendo necesario incrementar la dosis de analgésicos, que demora en ejercer su acción analgésica máxima alrededor de 3 semanas, y que sólo es eficaz en alrededor del 60% de los casos.
4. Opiáceos intratecales: mediante catéteres intraventriculares o peridurales conectados o reservorios subcutáneos que permiten administrar menores dosis y a intervalos mayores que por otras vías de administración. Son poco eficaces en dolores causálgicos que comprometen la vía simpática, o en dolores originados por la invasión de raíces nerviosas, pero son de gran utilidad en el control del dolor somático.
5. Otras drogas. Se ha administrado con muy buenos resultados es la clonidina, que ejerce su acción a nivel medular y en núcleos de la base; proporciona una cobertura semejante a la morfina y además cubre los dolores viscerales que van por vía simpática, junto con proporcionar sedación. Se han probado otros fármacos como AINES, con escasa experiencia, y ketamina la que se asocia efectos psicóticos indeseables.
6. Bloqueos neurolíticos: con alcohol absoluto y fenol en concentraciones de un 6% a 12% en forma acuosa y oleosa. El fenol es mejor tolerado que el alcohol y en su forma oleosa permite practicar neurolisis más selectivas cuando se emplea por vía intratecal espinal baja. Su uso debe estar reservado a especialistas, pero es importante tener en mente que un procedimiento

neurolítico puede durar menos que la evolución de la enfermedad (meses); que puede ser necesario repetido, ya sea porque el compromiso anatómico se hizo más extenso o porque hubo reinervación, y que cada vez que se repite el procedimiento se corre el riesgo de iatrogenia. Existen diversas posibilidades de neurolisis: intratecal o epidural para tumores pelvianos o de extremidades; de raíces o troncos nerviosos para denervar segmentos o extremidades; de cadena simpática cervical para cáncer de mama, cadena simpática lumbar o de plexo celíaco para cáncer de vísceras abdominales superiores.

Referencias escogidas

1. Bejarano PF, de Jaramillo I. Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado pailativo. Amazonas Editoriales, Bogotá, 1992.
2. Jacox A, Carr DB, Payne R et al. Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline N° 9. AHCPR Publication N° 94-0592. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Departament of Health and Human Services, 1994.
3. Torregrosa S, Tagle P. Dolor y cáncer. Boletín de la Escuelade Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 1987; 17(4): 48-54.
4. Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Management of Pain. MJ Cousins y PO Bridenbaugh (Eds). 2nd edition. JB Lippincott, Philadelphia, 1988.
5. Wall PD. Melzack R. Textbook of pain. Churchill Livingstone, 1984.