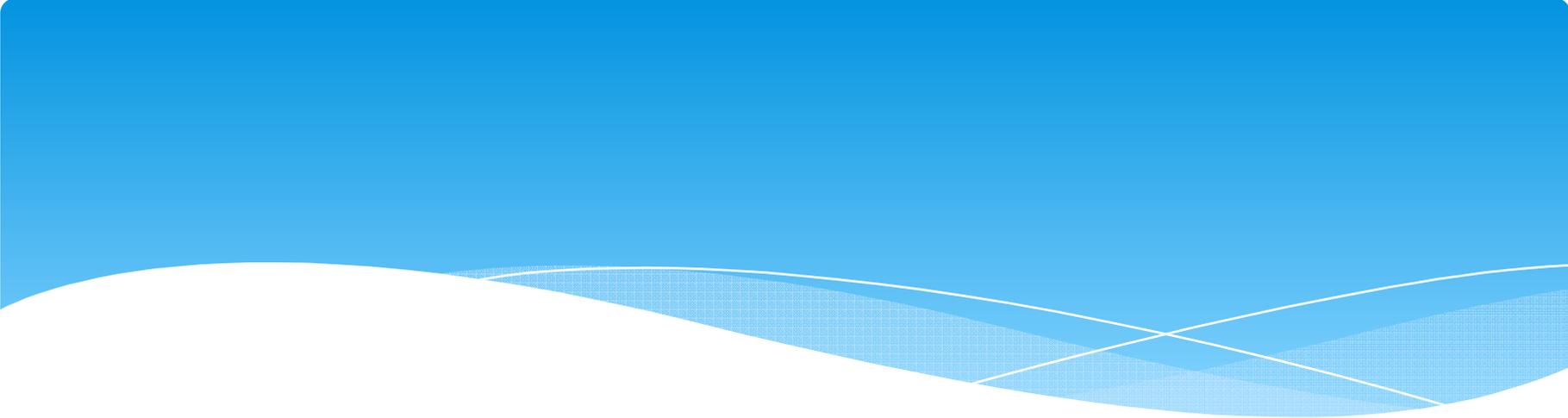


- 
- * DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR
 - * MESA 1: Moderador: Dr. JL Alonso – Murcia
 - * Ponencia: Fisiopatología del dolor
 - * Ponencia: Tipos de dolor. Escalas de valoración del dolor
 - * MESA 2: Moderador: Dra. P Fonseca – Oviedo
 - * Ponencia: Tratamiento analgésico de primero y segundo escalón
 - * Ponencia: Tratamiento coadyuvante analgésico
 - * MESA 3: Moderador: Dra. S Hernando – Madrid
 - * Ponencia: Tratamiento analgésico de tercer escalón: opioides
 - * Ponencia: Nuevas vías de administración de los analgésicos
 - * MESA 4: Moderador: Dra. S Servitja – Barcelona
 - * Ponencia: Tratamiento del dolor irruptivo
 - * Ponencia: Tratamiento del dolor refractario

DOLOR REFRACTARIO



Elena Cillán Narváez
R3 Oncología Médica
Hospital de Sant Pau
Barcelona

QUE ES EL DOLOR REFRACTARIO?

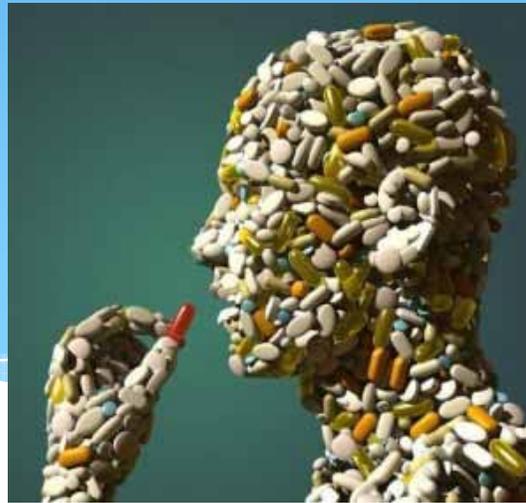
- * Dolor persistente a pesar de tratamiento con opioides + antiinflamatorios (AINE o corticoides) + coanalgésico.
- * WHO estima que el 70% de los pacientes con enfermedad maligna terminal experimenta dolor.
- * En el 20% aparece dolor refractario (sobre todo en pacientes con dolor neuropático por daño directo del nervio o dolor incidental asociado a metástasis óseas múltiples).

QUE ES EL DOLOR REFRACTARIO?

- * Papel importante de receptores NMDA de la sustancia gelatinosa de la médula espinal.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



KETAMINA



- * El mayor efecto es antagonizar NMDA.
- * Infusión subcutánea continua (1 - 1.5 mg/Kg/día) asociada a opioides + adyuvantes.
- * “Ráfaga de ketamina”: infusión sc con una dosis inicial de 100mg/d. Si mal control del dolor sin AE, 300mg/d (máx 500mg/d) con reducción de opioides, durante 3-5 días y suspensión (N 39, respuesta 67% durante 2-8 semanas).

LIDOCAINA ENDOVENOSA

- * EC fase II, N 50.
- * Placebo vs lidocaína ev (bolus + infusión lenta).
- * Control del dolor en el 75%.
- * Vida media 60-90 min. Duración 9 días.
- * Afectos adversos: reducción FC sin arritmia ni bradicardia, parestesia, sedación, mareo, tinnitus, cefalea (50%, relacionado con infusión).
- * Se requieren más ensayos.

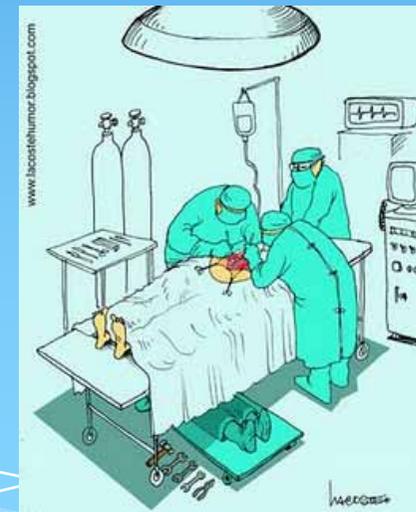
DIFENHIDRAMINA



- * Uso en tratamiento de síntomas alérgicos, prurito e insomnio.
- * Actividad analgésica, por mecanismo desconocido.
- * Case report de 3 casos con dolor refractario en los que se inicia difenhidramina con intención de controlar otros síntomas, evidenciando buen control del dolor.
- * Sedación.
- * No estudios previos. Podría ser útil en el tratamiento de dolor neuropático o nociceptivo.

TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

1. Tratamiento neuroaxial: epidural e intratecal
2. Nerolisis
3. Neurocirugía: cordotomía
4. Neuroestimulación



TRATAMIENTO NEUROAXIAL

- * En la práctica clínica, es el método intervencionista de elección porque es:
 - * Reversible
 - * Efectivo
 - * Más barato que los estimuladores
- * En una revisión de Cochrane en 2008 se evidenció que la infusión espinal controla el dolor en el 70% de pacientes (N 2000).

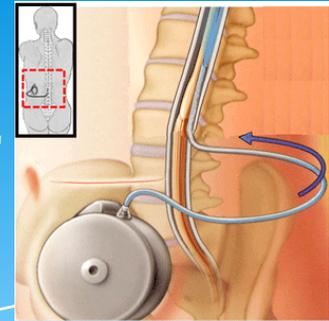
TRATAMIENTO NEUROAXIAL

* Vías neuroaxiales:

EPIDURAL	INTRATECAL
Sencillo	Menos tendencia a la granulación de la punta del catéter
Tiende a la migración	Menos tendencia a la migración
Requiere x10 dosis de fármaco	Menos dosis
Inadecuado para colocar un reservorio por el volumen de fármaco requerido	Si se infecta, es más complicado
Para periodos cortos: precirugía, en pacientes terminales encamados	Válido para periodos largos.



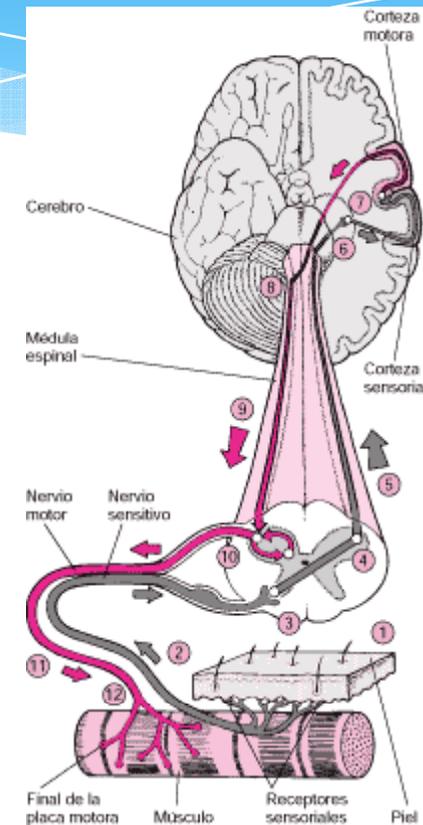
INFUSIÓN INTRATECAL



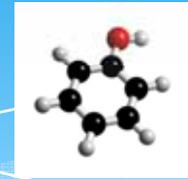
- * Infusión continua mediante un catéter subcutáneo o una bomba.
- * Criterios de selección:
 - * Esperanza de vida de más de 3 meses.
 - * Descartar la afectación tumoral meníngea.
- * Se evalúa la eficacia del tratamiento con morfina administrada por un catéter durante 3 días si es intratecal (3-5 días si es epidural).
- * Morfina + Bupivacaína (Fentanilo, Hidromorfona).

NEUROLISIS

- * Destrucción de un nervio sensitivo.
- * Mediante:
 - * calor
 - * frío
 - * técnica quirúrgica
 - * agentes químicos
- * Riesgo de dolor secundario.



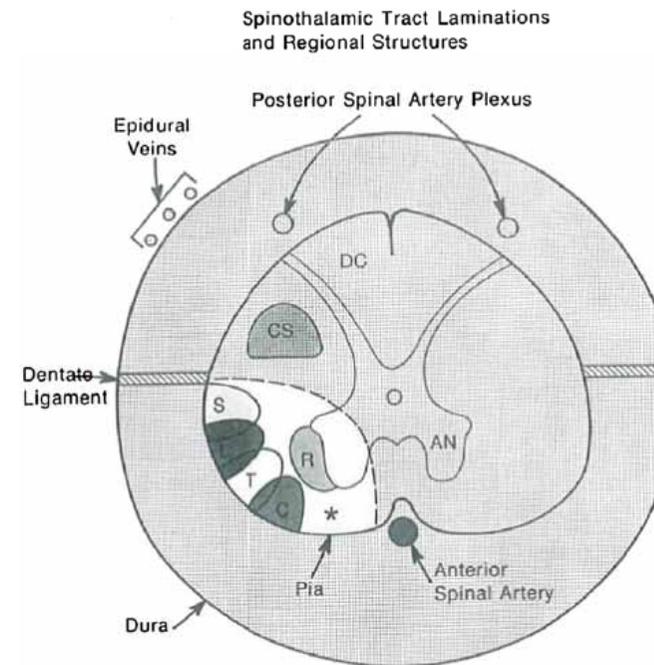
NEUROLISIS: MÉTODOS QUÍMICOS



- * Las sustancias más utilizadas: etanol y fenol.
- * La inyección con fenol es menos dolorosa, el etanol produce una sensación de quemazón.
- * Vía intratecal, epidural o bloqueo ganglionar simpático.
- * Nuevo método: vía transforaminal.
- * Riesgos: daño medular, sangrado, infección, diseminación tumoral. Dolor quemante o parálisis flácida.
- * Sólo en caso de contraindicación de vía epidural o intratecal.

CORDOTOMÍA

- * Disección del cordón anterolateral (tracto espinotalámico) contralateral al dolor.
- * Desplazada por la analgesia neuroaxial.
- * Clasificación:
 - * Técnica:
 - * Abierta
 - * Percutánea
 - * Localización:
 - * Contralateral
 - * Bilateral



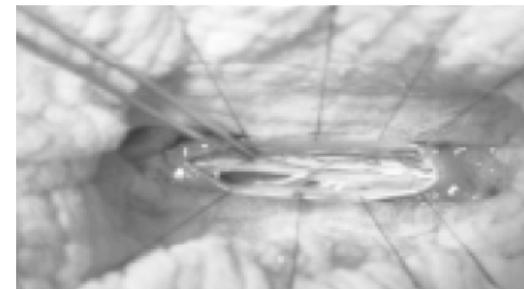
*NB. The area included in a surgical cordotomy is indicated by white **

Lateral Spinothalamic Tract

S - sacral	CS - Corticospinal Tract
L - lumbar	R - Respiratory Fibers
T - thoracic	DC - Dorsal Column
C - cervical	AN - Anterior Horn

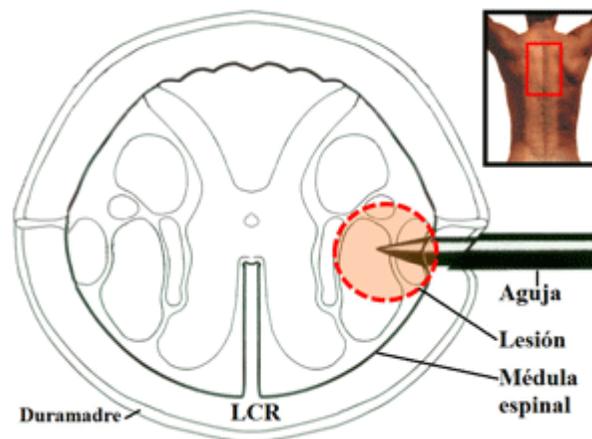
CORDOTOMÍA ABIERTA

- * Case report: tumor de vaina periférica con síndrome de cola de caballo.
- * Laminectomía.
- * No complicaciones.
- * En este caso se prefirió abierta por la necesidad de que fuese bilateral.



CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA

- * Anestesia local, el paciente coopera.
- * Radiofrecuencia.
- * Más selectivo: menos incontinencia, menos déficit motor.



ESTIMULACIÓN MEDULAR ELÉCTRICA (EME)



- * Electrodo en el espacio epidural.
- * Estimulación eléctrica de la médula (cordones posteriores).
O sobre un nervio (TENS).
- * Fase de prueba (1 semana) → implantación definitiva.
- * Percepción de parestesias.
- * Beneficio a los 6 meses de implantación. Reduce EVA al 50%.
- * Caro.



GRACIAS