

Analgesia epidural en dolor crónico oncológico refractario

Epidural analgesia in chronic refractory oncologic pain

LIZETH JAZMÍN RAMÍREZ • MEDELLÍN,
JUAN GUILLERMO SANTACRUZ, CARLOS ARTEAGA • BOGOTÁ, D.C.

Resumen

El manejo adecuado del dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con cáncer en progresión en quienes se está realizando manejo paliativo y control de los síntomas al final de la vida, sin embargo no siempre es fácil conseguir un adecuado control y no es infrecuente que nos enfrentemos a pacientes con dolor severo a pesar de un tratamiento multimodal que incluye el uso y rotación de opioides como estrategia analgésica principal.

Los procedimientos analgésicos invasivos, dentro de los que se encuentran la infusión de anestésicos locales y opioides a través de un catéter epidural, puede ser una estrategia terapéutica para el manejo de estos pacientes con dolor crónico oncológico refractario (*Acta Med Colomb 2011; 36: 36-37*).

Palabras clave: *cuidado paliativo, dolor, analgesia epidural, oncología médica.*

Abstract

Adequate management of pain is an important goal in cancer patients undergoing end-of-life palliative treatment and symptom management. However, adequate pain control is not always easy, and it is not uncommon for patients to face up to severe pain despite a multimodal treatment including the use and rotation of opiates as analgesic strategy.

Invasive analgesic procedures such as infusion of local anesthetics and opiates through an epidural catheter can be a therapeutic strategy for the management of these patients with refractory chronic cancer pain, and must be considered in special cases (*Acta Med Colomb 2011; 36: 36-37*).

Keywords: *palliative care, pain, analgesia, epidural, pain, medical oncology.*

Dra. Lizeth Jazmín Ramírez Bustamante: Especialista en Dolor y Cuidado Paliativos, Universidad El Bosque. Especialista en Anestesiología, Universidad de Caldas. Médico y Cirujano. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín; Dr. Juan Guillermo Santacruz: Coordinador del Servicio de Cuidado Paliativo, Fundación Santa Fe de Bogotá. Subespecialista en Dolor y Cuidado Paliativo, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Medicina Interna. Médico y Cirujano, Pontificia Universidad Javeriana; Dr. Carlos Arteaga: Especialista en Medicina Interna, Universidad El Bosque. Médico y Cirujano, Universidad de Caldas. Institución donde fue realizado el trabajo: Fundación Santa Fe de Bogotá. Presentación a congresos: no. Patrocinio financiero: no. Correspondencia: Dra. Lizeth Jazmín Ramírez. E-mail: lizethramirez@yaho.com Recibido: 04/VII/2010 Aceptado: 17/II/2011

Descripción del caso

Paciente de 39 años de edad con diagnóstico de cáncer de cérvix estadio IIB desde 2008 tratado con quimioterapia/ radioterapia concomitante (tele y braquiterapia) más cisplatino.

En 2009 por sintomatología urinaria persistente se documenta recaída pélvica con compromiso vesical y fístula recto vaginal, requiriendo realización de cistotomía y reirradiación.

Es valorada por ginecología oncológica y oncología clínica considerando que la paciente es candidata a manejo sintomático.

Consulta al servicio de cuidado paliativo de la Fundación Santa Fe de Bogotá por dolor oncológico severo de predominio pélvico y lumbar.

Requiere varias hospitalizaciones por dolor severo, donde se utilizan diferentes opioides entre ellos hidromorfona,

oxicodona y morfina que se administran por vía parenteral durante hospitalización y por vía oral y subcutánea en forma

bupivacaína al 0.125% y fentanilo 2 mcg/cc en infusión continua a 10 cc/h.

Adicionalmente se mantiene la infusión de ketamina que tenía previo a la colocación del catéter.

Con las anteriores medidas la paciente mejora el dolor en la región pélvica, logrando control casi total del dolor. La paciente continúa con deterioro progresivo del estado general a consecuencia de la progresión tumoral y finalmente presenta sangrado tumoral masivo como complicación de su enfermedad y fallece.

Discusión

En vista del difícil control del dolor en la paciente de nuestro caso, a pesar de un manejo multimodal que incluía el uso de dosis altas de opioides y teniendo en cuenta la localización específica del dolor (pélvico y lumbar) consideramos que el uso de un catéter epidural podría ser de utilidad en este caso. Para apoyar nuestra decisión realizamos una búsqueda de la literatura sobre el uso de catéter epidural al final de la vida la cual desarrollaremos en esta discusión.

La analgesia epidural podría ser un método de elección en pacientes con una esperanza de vida de hasta tres meses cuando el tratamiento analgésico por vía oral o parenteral ha fracasado, ya sea por inadecuada analgesia o debido a efectos secundarios intolerables (1).

La decisión clínica de insertar un catéter epidural está influenciada por el balance entre los beneficios esperados y los riesgos de las complicaciones.

Dentro de las complicaciones en pacientes obstétricas con catéteres epidurales que se usan por corto tiempo se reportan (2): riesgo de hematoma epidural calculado en una de 168000 mujeres, infección epidural profunda en una de 145000, lesiones neurológicas persistentes en una de 240000 y lesión neurológica transitoria en una de 6700. Sin embargo hay que tener presente que a diferencia de las pacientes obstétricas los pacientes con cáncer podrían necesitar el catéter epidural por meses. Una revisión sistemática de la literatura que evaluó la frecuencia de infecciones en catéteres epidurales con duración de siete días o más de tratamiento encontró que una de 35 pacientes con catéter epidural de 74 días de duración, colocado para el tratamiento de dolor por cáncer, podría tener una infección epidural profunda y cerca de uno en 500 podría morir por causas relacionadas con la infección (3).

Otro factor a considerar es el riesgo de desplazamiento del catéter epidural, pero cuando éste es tunelizado el riesgo se presenta con una frecuencia entre 0 (4) y 2.3 por 1000 días de duración del catéter (5).

Para colocar el catéter epidural, es importante tener presente que la localización de éste afecta la eficacia de la analgesia epidural y efectividad de la técnica. La inserción del catéter epidural debe estar en una localización congruente con los dermatomas donde se encuentra localizado el sitio doloroso. Lo anterior mejora el resultado y reduce los efectos adversos al disminuir el volumen de infusión del anestésico local utilizado por vía peridural.

Un punto a favor de la analgesia peridural con anestésicos locales es que comparado con los opioides sistémicos, podría proveer control del dolor sin deterioro del estado de conciencia, lo que puede ser deseable en algunos pacientes al final de la vida. Sin embargo, es importante aclarar que el espacio epidural no contraindica el uso de opioides, y éstos podrían usarse en infusión mezclados con el anestésico local como el caso de nuestra paciente.

La infusión epidural de anestésico local podría a su vez utilizarse asociado a un esquema de opioides sistémicos, buscando un mejor control en casos de dolor crónico oncológico severo refractario.

En algunos casos especiales el tratamiento con opioides puede ser inefectivo, en especial en el dolor mixto por compromiso de raíces o plexos. Consideramos que nuestra paciente podría tener progresión del cáncer con compromiso de toda la pelvis incluyendo hueso, vísceras y tejido neural, lo que podría explicar en parte el dolor severo de difícil control. Para el manejo de dolor refractario el aumento de las dosis de la terapia opioide o la rotación pueden ser útiles. En nuestra paciente ambas estrategias fallaron en su objetivo de mitigar el dolor y la mejoría fue alcanzada con la infusión epidural de anestésico local y opioide.

Como conclusión, en paciente con dolor oncológico severo refractario al tratamiento sistémico con opioides, podría considerarse el uso de catéter epidural tunelizado como una alternativa de manejo.

Referencias

1. Exner HJ, Peters J, Eikermann M. Epidural analgesia at end of life: facing empirical contraindications. *Anesth Analg* 2003; **97**: 1740-2.
2. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection and neurological injury in obstetric patients with epidural analgesia/ anesthesia: meta-analysis. *Anesthesiology* 2006; **105**: 394-9.
3. Ruppen W, Derry S, McQuay HJ, Moore RA. Infection rates associated with epidural indwelling catheters for seven days or longer: systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care* 2007; **6**: 3.
4. Crul BJ, Delhaas EM. Technical complications during long-term subarachnoid or epidural administration of morphine in terminally ill cancer patients: a review of 140 cases. *Reg Anesth* 1991; **16**: 209-13.
5. Smitt PS, Tsafka A, Teng-van de Zande F, van der Holt R, Elswijk-de Vries I, Elfrink E, et al. Outcome and complications of epidural analgesia in patients with chronic cancer pain. *Cancer* 1998; **83**: 2015-22.