

CARTA AL EDITOR

# Actualización en el manejo del dolor oncológico: ¿Qué hay de nuevo en el tratamiento?

Juan Santiago Serna – Trejos<sup>1,2,a\*</sup> | Stefanya Geraldine Bermudez - Moyano<sup>3,a</sup> | Luis Miguel Ramírez – Burbano<sup>4,a</sup> | Michael Andres Garcia – Gutierrez<sup>5,a</sup>

1. Departamento de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Cuauhtémoc, Aguascalientes, México.
  2. Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.
  3. Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.
  4. Facultad de Medicina, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia
  5. Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- a. Médico

**\*Correspondencia:**

Juan Santiago Serna–Trejos:  
Correo electrónico:  
juansantiagosernatrejos@gmail.com

## Update on oncologic pain management: ¿What's new in the treatment?

**Sr. Editor:**

El dolor supone una experiencia personal y subjetiva, con alteraciones agudas a nivel sensorial y emocional. Dicha experiencia suele tener características típicas de aspecto desagradable y nocivo para quien la experimenta. Los pacientes con condiciones oncológicas suelen experimentar hasta en un 80 % de los casos, síntomas asociados a dolor, dentro de los cuales el 30 % de estos pacientes no logran un control óptimo del dolor. Las causas del dolor en estos pacientes están comúnmente relacionadas a su patología oncológica de base y, por tal razón, es necesario conocer de todas las alternativas disponibles para lograr un control óptimo en este tipo de condiciones <sup>(1)</sup>.

El dolor, como se mencionó previamente, es una experiencia subjetiva que abarca múltiples consideraciones más allá de su esfera biológica. Tener en cuenta condiciones preexistentes en el paciente oncológico como: emociones previas, memoria, experiencias de vida, estado anímico, entre otras pueden ayudar a optimizar el control del dolor si son abordadas de forma multidisciplinaria e integral en estos pacientes. Los mecanismos biológicos y fisiopatológicos que se generan en la cascada del dolor, suponen la piedra angular para el control del dolor oncológico, puesto que de allí se genera el punto de partida para las nuevas terapias para el control de este y lo que respecta a la instauración de medidas farmacológicas para el control óptimo del dolor <sup>(1)</sup>.

Dentro de los nuevos avances en farmacoterapia, se han propuesto alternativas con relación al uso de opioides como nuevas alternativas para su preparación. El caso anterior hace alusión al uso de fentanilo, el cual se puede preparar de forma bucal, sublingual e intranasal, lo cual permite optimizar el control del dolor en lapsos de tiempo no mayores de 15 minutos dada su absorción en zonas altamente vascularizadas<sup>(2)</sup>.

Otro ítem interesante, es el que respecta al uso de antidepresivos tricíclicos y gabapentinoides, los cuales sí bien suelen ser usados en el dolor neuropático, su uso de forma singular ha sido debatido puesto que se usa de forma rutinaria de forma dual y/o coadyuvante de opioides. Un estudio realizado por *Mishra et al* mostró que el uso de agentes anti-neuropáticos suele ser efectivos si se usan antes del opioide, puesto que mostró un efecto ahorrador en el empleo de morfina y pregabalina <sup>(3)</sup>. La analgesia multimodal continúa siendo una estrategia importante en el control del dolor oncológico, el uso de antidepresivos como duloxetina mostró mejor control en pacientes con dolor neuropático inducido por quimioterapia en un grupo selecto de pacientes <sup>(4)</sup>.

Otras alternativas farmacológicas empleadas en el dolor oncológico se relacionan con el uso de Tapentadol, dado que ha mostrado interesantes avances y resultados en pacientes oncológicos sin manejo previo de opioides con dolor moderado- intenso. Otra molécula empleada es la que respeta a la capsaicina (en parches al 8%) utilizada en zonas de hipersensibilidad. La lidocaína (medicada en forma tópica al 5%), esta última suele tener gran utilidad en el paciente oncológico con neuralgia posherpética <sup>(5)</sup>.

La terapia intratecal o infusión neuraxial de anestésicos locales con opioides suelen tener impactos positivos en el control del dolor; sin embargo, su uso se limita a estados en donde el uso de la analgesia convencional o terapias habituales han fracasado. El uso de esta terapia se emplea mediante infusión de volúmenes bajos, programados a través de una bomba implantable, la cual debe de ser recargada en su reservorio en lapsos de semanas a meses, la cual actúa liberando el medicamento de forma subdérmica. Los medicamentos empleados en estas bombas son usualmente: hidromorfona, clonidina, baclofeno, bupivacaina, entre otros <sup>(6)</sup>.

Otras alternativas más invasivas en el control del dolor oncológico se relacionan con el uso de técnicas como la vertebroplastia y cifoplastia, las cuales se relacionan con pacientes con infiltración oncológica a cuerpos vertebrales. Dicha técnica consiste en realizar inyección percutánea de cemento acrílico en el cuerpo vertebral afectado. La cifoplastia es la técnica empleada mediante la cual se realiza la insuflación de un globo previo a la inyección de cemento, minimizando la fuga de este. Esta técnica es altamente empleada en condiciones oncológicas como: mieloma múltiple y metástasis espinales <sup>(7)</sup>.

Otras técnicas de intervencionismo se basan en el uso de cordotomía cervical percutánea mediante radiofrecuencia a nivel de C1-C2, bloqueando el tracto espinotalámico. Alternativas como el bloqueo de plexo celiaco, actúa en la inhibición de señales de dolor a nivel de los ganglios a este nivel, inhibiendo el dolor de los órganos afectados en el abdomen superior que pudieran estar comprometidos, el uso de esta técnica puede generar complicaciones como paraplejia <sup>(8,9)</sup>. El uso de otras técnicas como neulolisis intratecal se ha relacionado con el uso de inyecciones de alcohol en las raíces dorsales de nervios seleccionados previamente como también el uso de bloqueos nerviosos guiados por ultrasonido de forma convencional para el control óptimo del dolor refractario a manejo médico. El uso de radioterapia paliativa mediante radionúclidos tipo estroncio-89 y radio-223 mostraron éxito en el control del dolor <sup>(10)</sup>.

El manejo del dolor oncológico supone un tópico de amplio interés, dado que el dolor debe de considerarse como una urgencia médica, desde la esfera biológica, social y humana del paciente. Su abordaje multimodal mediado por distintas técnicas como el tratamiento oportuno de las causas detonantes del dolor, influyen en el pronóstico del paciente. El abordaje de esta condición debe ser siempre asistida en lo posible por personal médico capacitado en oncología, cuidado paliativo y medicina del dolor para establecer el mejor control y pronóstico del dolor.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

**Financiamiento:** Autofinanciamiento

**Contribuciones de autoría:** Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador-redacción del manuscrito final, revisión y aprobación del manuscrito

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García LB, Arrija IN, da Veiga MPP, Espinosa JC. Protocolo de práctica asistencial del dolor oncológico. *Medicine*. 2021; 13(26), 1477–1482. doi:10.1016/j.med.2021.02.016
- Candido KD, Kuser TM, Knezevic NN. New Cancer Pain Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(2). doi:10.1007/s11916-017-0613-0
- Mishra S, Bhatnagar S, Goyal GN, Rana SPS, Upadhyay SP. A Comparative Efficacy of Amitriptyline, Gabapentin, and Pregabalin in Neuropathic Cancer Pain: A Prospective Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2012;29(3):177–82. doi:10.1177/1049909111412539
- Smith EML. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;309(13):1359–67. doi:10.1001/jama.2013.2813.Effect
- Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Aielli F, Adile C, Ficorella C, et al. Tapentadol in cancer pain management: A prospective open-label study. *Curr Med Res Opin*. 2012;28(11):1775–9. doi:10.1185/03007995.2012.739151
- Smith TJ, Staats PS, Deer T, Stearns LJ, Rauck RL, Boortz-Marx RL, et al. Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: Impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *J Clin Oncol*. 2002;20(19):4040–9. doi:10.1200/JCO.2002.02.118
- Chew C, Craig L, Edwards R, Moss J, O'Dwyer PJ. Safety and efficacy of percutaneous vertebroplasty in malignancy: A systematic review. *Clin Radiol*. 2011;66(1):63–72. doi:10.1016/j.crad.2010.09.011
- Slatkin NE, Rhiner M. Phenol saddle blocks for intractable pain at end of life: Report of four cases and literature review. *Am J Hosp Palliat Med*. 2003;20(1):62–6. doi:10.1177/104990910302000114
- Jackson MB, Pounder D, Price C, Matthews AW, Neville E. Percutaneous cervical cordotomy for the control of pain in patients with pleural mesothelioma. *Thorax*. 1999;54(3):238–41. doi:10.1136/thx.54.3.238
- Nilsson S, Franzén L, Parker C, Tyrrell C, Blom R, Tennvall J, et al. Two-year survival follow-up of the randomized, double-blind, placebo-controlled phase II study of radium-223 chloride in patients with castration-resistant prostate cancer and bone metastases. *Clin Genitourin Cancer*. 2013;11(1):20–6. doi:10.1016/j.clgc.2012.07.002