

Tratamiento del dolor en el C.B.P.

Dr. Enrique Bzurovski

El dolor es un síntoma frecuente, a menudo persistente y difícil de tratar. Puede ser ocasionado por invasión mediastinal, de la pared torácica en donde se destaca el tumor de Pancoast. Se estudian los distintos mecanismos etiopatogénicos. En la selección del tratamiento se insiste en la necesidad de trabajo de un equipo multidisciplinario. Se aconseja un uso racional de las drogas analgésicas y se define el analgésico ideal. Se propone un plan progresivo, comenzando con los analgésicos más débiles a los más potentes, tratando de obtener los máximos beneficios que ofrece cada producto o la asociación de ellos. Se comenzará con ácido acetilsalicílico al que se puede asociar paracetamol o codeína. El paso siguiente es la prescripción de morfina —miméticos sintéticos: D-propoxifeno (Dioxadol) ó Pentazocina (Sosegón). Si no se consigue analgesia suficiente se reemplazarán por narcóticos. Se destacan los inconvenientes del uso parenteral de estas drogas. Se enfatiza el buen resultado obtenido con los preparados de morfina vía oral.

Se definen los tipos e indicaciones de los bloqueos nerviosos.

Se refieren los adelantos en terapéutica del dolor y se insiste en la aplicación de opiáceos naturales o sintéticos por vía raquídea y el uso en el futuro de neuroestimuladores. Se continúa en la búsqueda técnica que permita una eficaz lucha contra el dolor del neoplásico.

La palabra cáncer implica una imagen de sobrevivida corta y dolorosa.

Este concepto es vigente para el cáncer de pulmón, que aparte de ser el cáncer más frecuente en el hombre, por la ausencia de síntomas precoces, lleva a que pocos pacientes lleguen al médico con posibilidades de curación.

El dolor que lo acompaña en el 45% de los casos ya evolucionados, suele ser intenso, persistente y difícil de tratar.

Como síntoma es uno de los principales signos su frecuencia sólo posterior a la tos.

Presentado como Tema libre al XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía, Carmelo, Noviembre de 1981.

Profesor Adjunto. Anestesiología.

Dirección: Rambla Mahatma Gandhi 667 - Apto. 601. Montevideo. (Dr. Enrique Bzurovski).

Dpto. Anestesiología. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

CLASIFICACION

— Dolor mediastinal, por invasión de nódulos linfáticos mediastinales o extensión directa del tumor primitivo al mediastino. El dolor suele ser sordo, terebrante y persistente.

— Dolor en pared torácica por invasión directa de costillas e intercostales. Da lugar a un sufrimiento intenso, que se irradia siguiendo el trayecto nervioso.

— Síndrome de Pancoast, o del surco pulmonar superior, es un ejemplo de extensión parietal unilateral, produciendo dolor intenso en axila, miembro superior, parte superior de Tórax, síndrome de Claudio Bernard Horner, cierto grado de paresia y atrofia de los músculos de la extremidad superior sobretodo aquellos inervados por el cubital, con evidencia radiológica de una sombra en el vértice pulmonar y frecuentemente destrucción costal con infiltración vertebral.

El dolor suele ser el síntoma inicial de estas lesiones y desde que aparece, se vuelve progresivamente más severo hasta llegar al estado terminal en que es intolerable. Dado que casi siempre es debido a presión sobre nervios somáticos, el dolor tiene una cualidad de ser agudo, continuo y a menudo acompañado por picos de dolor lacerante. Sobreimpuesto a esto puede existir un dolor sordo, quemante debido al envolvimiento de elementos simpáticos y los grandes vasos del miembro superior.

Si bien en pocos casos el dolor puede ser aliviado por la cirugía o la radiología, en la mayoría existe una amplia invasión en el momento que el tumor produce síntomas y es diagnosticado, haciendo la remoción imposible. Por ello el alivio del dolor debe realizarse con otros procedimientos.

MECANISMO DEL DOLOR

1) Por el neoplasma que se exterioriza invadiendo pleura dando lugar a un dolor agudo, neurálgico, típico de pleuritis, cuando toma la pleura parietal y siguiendo la distribución de los nervios intercostales. Si es la porción central del diafragma la envuelta, existe dolor referido al hombro o cuello.

2) Dolor que se desarrolla como consecuencia del tratamiento realizado. Es el dolor post-toraco-

tomía, que es más fácil de tratar, habitualmente mejora luego de infiltraciones a nivel de los intercostales involucrados.

3) Dolor que aparece coincidiendo pero sin depender del neoplasma. Suele derivar de artrosis e inmovilidad de la articulación del hombro y columna.

SELECCION DEL TRATAMIENTO

Se necesita estudiar las características de la lesión, el tipo de dolor y el tratamiento empleado. Se hace una historia clínica prolija y un examen físico general, neurológico y de la región involucrada.

El paciente debe ser estudiado con radiografía simple, y si es necesario, tomografía computada y centellografía.

ESTUDIO POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Estos pacientes se benefician del encare conjunto entre fisiólogo, cirujano de tórax, radioterapeuta y anestesistas dedicados a tratar dolor y es importante la ayuda del sicólogo.

Cuanto más precoz sea la consulta, mejores resultados son obtenidos, pues se obtienen mejores resultados con procedimientos más sencillos y menos peligrosos.

El dolor del cáncer avanzado es habitualmente muy persistente, aun cuando sea variable en intensidad es una situación permanente, que frecuentemente empeora y que se expande para ocupar toda la atención del paciente, aislándolo del medio ambiente.

Hay elementos de medicina general como ser infección del árbol respiratorio, derrame pleural, desnutrición, anemia, que no deben dejar de ser tratados, porque contribuyen al malestar del paciente.

USO DE DROGAS ANALGESICAS

Son de manejo sencillo, confortables para el paciente y eficaces en gran variedad de situaciones dolorosas. Es frecuente que se haga un uso inadecuado de ellas, sea por dosis insuficiente, con horarios incorrectos y no aprovechando sus posibilidades máximas.

ANALGESICO IDEAL

Debería tener las siguientes características:

- alta potencia analgésica
- larga duración de acción, por lo menos suficiente para asegurar una noche sin dolor, después de una dosis.
- baja toxicidad y pocos efectos colaterales.
- actividad por vía oral, por la comodidad de administración y el menor riesgo de sobredosificación.
- no condicionar adicción.

Esta droga ideal no se ha conseguido todavía, pero lo antedicho da las pautas para el tratamiento. Las drogas analgésicas se utilizan en forma tal de conseguir una analgesia tan completa como sea posible. Por ello se va progresando desde las drogas más débiles a las más potentes, tratando de obtener los máximos beneficios que ofrece cada producto o la asociación de ellas.

El primer ensayo se realiza habitualmente con ácido acetilsalicílico que es un muy buen analgésico, con acción sobretodo periférica, y que se puede administrar a dosis de 1,2 gr. cada 4 horas. Se puede potenciar su acción, asociándole paracetamol 800 mgrs. o codeína 30 mgrs. drogas estas que son de acción central.

Un segundo paso consiste en la prescripción de morfina miméticos sintéticos con poca tendencia a la adicción, D-propoxifeno 100 mgrs (dioxadol) o pentazocina (Sosegon), activos centralmente, y que por lo tanto pueden asociarse a la aspirina.

Algunas de estas drogas, cuyo efecto analgésico tiene un límite, hacen que ningún aumento de la dosis mejore la analgesia obtenida, si en cambio produzca efectos indeseables. Si la analgesia es insuficiente con estas drogas, no se debe dudar en reemplazarlas por narcóticos, porque ningún paciente debe sufrir dolor severo, si existen medios para evitarlo.

El uso parenteral de narcóticos tiene múltiples inconvenientes. Necesita la dependencia de quien los administre periódicamente, el manejo irregular es muy peligroso; etapas de alivio y euforia son seguidas por otras de agonia y dolor, si se retrasa la inyección. Esto puede llevar al desarrollo de dependencia a la droga y tolerancia. La dosis necesaria aumenta rápidamente y la potencia analgésica se agota en poco tiempo.

Cuando no hay respuesta a los analgésicos no narcóticos, y los dolores son dispersos e imposibles de yugular con bloqueos, se utilizan preparados de morfina vía oral. Frecuentemente desarrollados en el Brompton Hospital de Londres y por ello llevan su nombre. En el Hospital de Clínicas hemos tratado 150 pacientes con este procedimiento, obteniendo mejorías apreciables en el 70% de los casos. El paciente ingiere cada 4 horas una cucharada de té que contiene 15 ó 30 mgrs. de morfina. Obtenemos buena analgesia, sin depresión y sin necesidad de otra persona para la administración. No hemos visto depresión ni dependencia de la droga. Hay pacientes que no toleran el jarabe o exacerban náuseas y vómitos y la constipación es habitual, pero el alivio del dolor es importante y se obtiene sin mayor contratiempo.

El uso de tricíclicos, tipo imipramina (Tofranil) 25 mgrs 4 tomas, es útil cuando hay marcada depresión síquica.

El uso del diazepam (Valium) 10 mgrs es útil cuando existe ansiedad severa.

BLOQUEOS NERVIOSOS

Son utilizados para interrumpir las aferencias al sistema nervioso central. Esto se consigue con la inyección de diversas drogas: anestésicos locales (bloqueos diagnósticos y pronósticos) y agentes

neurolíticos (bloqueos terapéuticos). La inyección se realiza a diversos niveles en el trayecto de las fibras somáticas o autónomas.

Las infiltraciones del simpático cervico torácico en el cuello con lidocaína 1% o bupivacaína 0,25% producen muy buenos resultados cuando hay englobamiento de este sistema por el tumor. Es un procedimiento sencillo poco iatrogénico y que puede repetirse frecuentemente.

Cuando el dolor es por lesión periférica, los bloqueos intercostales son efectivos, se practican en primer lugar con anestésicos locales a baja concentración, y frente a un buen resultado pero fugaz, se plantea la rizotomía química, realizada con fenol que provoca un alivio prolongado sin mayores efectos secundarios, y consiste en inyectar fenol vía subaracnoidea.

Este procedimiento requiere internación por 48 horas, se realiza en quirófano, y cuando se trata de un neoplasma del vértice, su realización puede exacerbar una paresia del miembro superior, pero muy frecuentemente se obtiene analgesia y desaparición de disnea y tos en forma inmediata y que puede persistir durante semanas o meses, permitiendo un reintegro del paciente a la vida social.

El procedimiento puede repetirse y frecuentemente se le da al paciente analgésicos vía oral o parenteral, drogas sicotropas.

El uso de espectorantes, broncodilatadores y corticoides y antibióticos esta indicado cuando existe infección, así como el tratamiento general.

En los últimos años han aparecido en la literatura múltiples publicaciones relatando los efectos analgésicos efectivos y prolongados que tiene la aplicación de opiáceos naturales o sintéticos a nivel raquídeo (peridural o subaracnoideo). Desde el punto de vista clínico esto se obtiene mediante colocación de un cateter vía peridural y posterior tunelización subcutánea para inyección de pequeñas dosis de morfina (2 mgrs) sin sustancias conservadoras, (que pueden producir prurito y neurotoxicidad), obteniéndose una analgesia muy intensa y prolongada (entre 12 y 24 horas).

Los neuro estimuladores, son generadores eléctricos de pequeño tamaño que aplicados a la piel o por electrodos implantados en el espacio peridural estimulan las fibras inhibidoras del dolor, produciendo alivio, y son un elemento a tener en cuenta, pues la continua y vertiginosa evolución técnica puede permitir en un futuro inmediato obtener resultados importantes.

La lucha contra el dolor en el neoplásico se ha transformado en un verdadero desafío para tratar de ofrecer al paciente una sobrevida decorosa.

SUMMARY

Pain is a frequent symptom often persistent and difficult to treat. It is caused by mediastinal or thoracic wall invasion where the Pancoast tumor is pointed out.

The different pathogenic mechanisms are studied. When selecting the correct treatment the needs of working in a multidiscipline group is emphasized.

A reasonable use of analgesic drugs is advised as well as the ideal analgesic is defined.

A progressive plan is suggested starting from very mild drugs to the very strong ones, trying to obtain the maximum benefits offered by each product. At the beginning ASS will be administrated and it could be combined with paracetamol or codeine.

The next step is the prescription of synthetic morphinomimetics: D-propoxifeno (Dioxadol) or Pentazocima (sosegón). If pain relief is not obtained, then these drugs will be substituted by narcotics.

The disadvantages of the parenteral usage of these drugs are stressed.

The good results obtained with the morphine products for oral intake are emphasized.

The different types and indications of nervous blockade is exposed. The advancements in pain relief are considerable and one of them are the neurostimulators of very recent usage.