

## **Dolor Visceral en Relación a Cáncer**

Ponencia del Dr. Rodrigo Fernández R. en el VI Congreso SED Palmas de Gran Canarias en octubre 2005

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo\*.

El dolor en pacientes con cáncer se manifiesta en un tercio de los enfermos que se encuentran en tratamiento activo y en las dos terceras partes de quienes se encuentran en fase avanzada de la enfermedad.

El estudio de este síntoma, uno de los más frecuentemente encontrados en la clínica, presupone tener presentes sus mecanismos de producción.

La localización o topognosis aduce a la identificación y demarcación del sitio en donde se produce el dolor, acción que ocurre con muy pequeño margen de error cuando el agente doloroso está en la piel o debajo de ésta. El dolor profundo, en cambio, tanto de origen muscular como visceral, especialmente en relación a los órganos del aparato digestivo, ofrece una localización pobre y difusa.

Los órganos pueden producir dolor de tres modos:

- Dolor visceral verdadero.
- Dolor referido.
- Dolor provocado a través del reflejo peritoneocutáneo.

### **Dolor Visceral Verdadero**

Se origina por lesión de órganos inervados por el sistema nervioso simpático, en las terminaciones nerviosas sensitivas de las vísceras.

Puede ser provocado por los siguientes estímulos: espasmos de la fibra muscular lisa de víscera hueca, distensión visceral, isquemia e inflamación, estímulo químico, tracción, compresión y torsión de mesenterios.

El dolor visceral abdominal se manifiesta como una sensación difusa, profunda, urgente, de presión y de localización vaga alrededor de la línea media. Si es agudo, puede ser paroxístico y cólico, asociándose a náuseas, vómitos, diaforesis, alteraciones en la presión sanguínea y frecuencia cardíaca. Los pacientes lo señalan en la región periumbilical

o epigástrica, índistintamente si el estímulo proviene del ciego o del estómago.

### **Dolor Referido**

En el momento en que el impulso sensitivo visceral llega a la segunda neurona por el asta posterior de la médula, puede establecer conexión con las fibras somáticas que se encuentran a ese nivel, ocasionando que al llegar la información a la corteza cerebral, se interprete como proveniente de las zonas cutáneas correspondientes. En este momento, el paciente localiza bien el dolor y lo describe como una sensación viva y aguda; en las áreas así localizadas, se puede producir hiperestesia, hiperbaralgia y defensa muscular; ésta última se ocasiona por las conexiones a nivel medular con fibras eefectoras que inervan los músculos. La contractura muscular resultante es a su vez, fuente de nuevo dolor de tipo somático.

### **Reflejo Peritoneocutáneo**

Dado que el peritoneo parietal y los mesos tienen inervación somática pura, su estimulación genera irradiación segmentaria del dolor. Como respuesta, se origina espasmo de los músculos contiguos a la región afectada. En la génesis del dolor visceral, dependiendo de la magnitud del proceso, pueden intervenir uno, dos o los tres mecanismos señalados.

### **Enfoque diagnóstico**

Los elementos más importantes en el diagnóstico del dolor abdominal son: historia clínica completa y examen físico adecuado. Una historia clínica completa debe incluir una descripción de los síntomas que motivaron la consulta, con sus características como la localización del dolor, progresión del dolor a otras áreas, irradiación, el tiempo de evolución, modo de iniciación, relación con otros eventos (ejercicio, comidas, ingestión de sustancias tóxicas), la presencia de síntomas asociados como náuseas, vómito, fiebre, anorexia, cambios en el hábito intestinal, su relación con la historia menstrual y la presencia de enfermedades crónicas que puedan tener episodios de exacerbación, como ocurre con la pancreatitis crónica.

\* *Anestesiólogo.  
Unidades Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Instituto Nacional de Geriátria Eduardo Frei Montalva Hospital del Salvador, Santiago, Chile.  
Director Liga Chilena Contra el Cáncer.*

De acuerdo a la taxonomía propuesta por IASP, podemos diferenciar regionalmente diversos síndromes dolorosos de origen visceral en relación a cáncer.

## **Tórax**

### Dolor en Carcinoma de Esófago

El dolor originado por esta patología del esófago es el resultado de la malignización, ya sea del epitelio escamoso de la porción superior del esófago o de la mucosa del esófago inferior.

### Dolor

Inicialmente no está presente, aparece tardíamente, cuando el tumor se extiende mas allá del esófago y se asocia generalmente a disfagia. La ubicación del dolor es retroesternal, continuo e irradiado al dorso.

La evolución del cuadro clínico, si el tumor no es resecado, es hacia la obstrucción. Como síntomas asociados se presenta regurgitación y neumonías recurrentes. Las complicaciones incluyen erosión a bronquio, estenosis broncoesofágica y erosión a la aorta.

Las medidas paliativas para alimentar al paciente, cuando el tumor no es resecable, incluyen instalación de prótesis o sonda de yeyunostomía.

### Dolor en Cáncer de Pulmón

El dolor rara vez se manifiesta en el cáncer de pulmón, a excepción del síndrome de Pancoast (tumor del surco pulmonar superior), en el que se presenta con una incidencia en el 90% de los casos. En este síndrome la causa del dolor está dada por infiltración tumoral del plexo braquial, no correspondiendo por lo tanto al típico dolor visceral. La característica del dolor en el cáncer de pulmón está dada por las estructuras comprometidas, pudiendo corresponder estas a pleura, pared del tórax, plexo braquial, cuerpos vertebrales y espacio epidural. En esta ocasión, sólo corresponde referirse a invasión de pleura.

### Dolor Pleural

La pleura visceral, en íntimo contacto con el pulmón, no tiene nociceptores, a diferencia de la pleura parietal (adyacente a la pared torácica) que sí los tiene presentes. El dolor pleural es generado por una respuesta inflamatoria de la pleura parietal, exacerbándose cuando es traccionada.

### Características

Agudo, se exacerba durante la inspiración, no es bien localizado, referido a puntos cutáneos en espalda, pared torácica u hombros, pudiendo el sitio de referencia no corresponder precisamente al área de invasión tumoral. La farmacoterapia es un buen recurso si se utiliza racionalmente, por lo que se recomienda el escalonamiento analgésico propuesto por la Organización Mundial de la Salud, contemplando también el uso de parches con opioides

transdérmicos y el cuarto escalón correspondiente al uso de opioides por la vía espinal. El tratamiento del dolor en el cáncer de pulmón debe dirigirse en una progresión lógica, basándose en el diagnóstico y en la lesión causal.

## **Abdomen**

### Dolor en Cáncer Gástrico

El dolor puede variar entre una sensación de disconfort a un dolor de tipo sordo constante, que no se alivia con antiácidos y que se sitúa difusamente en el hemiabdomen superior. Se presenta generalmente en personas de edad media o mayores, con antecedentes previos de úlcera gástrica o de gastrectomía parcial.

### Síntomas Asociados

Pérdida de peso y anorexia precoz, hemorragia digestiva, melena. En forma tardía síntomas de obstrucción, distensión gástrica, vómitos y regurgitación.

Se pueden presentar metástasis en hígado, pulmones, o en huesos, agregándose dolor de tipo óseo.

### Dolor en Cáncer de Páncreas

El dolor en el paciente con cáncer de páncreas no es una constante que esté siempre presente. El síndrome doloroso predominante está relacionado a la obstrucción de los conductos, infiltración del tejido conectivo pancreático, capilares, aferentes nerviosos y estructuras retroperitoneales. El área retroperitoneal es rica en inervación y estudios histológicos han demostrado en forma frecuente la presencia de encajonamiento perineural o envoltura por parte del tumor. El mecanismo específico del dolor en esta patología suele ser múltiple, visceral, por desaferenciación y también relacionado a la secreción de péptidos por el tumor.

En el cáncer que afecta la cabeza del páncreas, el dolor está presente en casi el 90% de los pacientes, especialmente si el crecimiento tumoral se desarrolla cercano a la ampolla de Vater. Mientras que en el cáncer del cuerpo y cola del páncreas, el dolor se manifiesta sólo en un 10% y se trata de un hecho más bien tardío.

### Características del Dolor

Se ubica, generalmente, en la parte alta del hemiabdomen superior, situándose preferentemente el lado derecho, cuando compromete la cabeza, y el lado izquierdo, cuando afecta a la cola. Sin embargo, esto no es tan así, ya que estudios realizados revelan que la ubicación puede ser variada situándose incluso en el hemiabdomen inferior. El dolor suele comenzar como una sensación de disconfort o dolor vago, insidioso, constante, localizado en región periumbilical o epigástrica, que con el avance de la enfermedad se puede transformar en severo, torturante, pesado, mordiente, transfixiante, irradiado al dorso (25%). Cuando el dolor se irradia al dorso, se ubica en forma típica

en la línea media, en la región lumbar alta o torácica baja, pudiéndose irradiar lateralmente, especialmente si se trata de intensidad severa.

La presencia de dolor dorso lumbar puede indicar:

- Dolor referido por el páncreas.
- Invasión retroperitoneal y de ganglios paraaórticos.
- Penetración a músculos paravertebrales.

El dolor en el paciente con cáncer de páncreas puede llegar a constituir el síntoma dominante de la enfermedad. La intensidad del dolor puede variar con los cambios posturales, cediendo al sentarse y apoyar los codos sobre las rodillas, lo que se transforma en una actitud más o menos característica de esta enfermedad. Se puede acompañar de síntomas como malestar, anorexia, baja de peso e ictericia obstructiva

#### Tratamiento

La paliación del dolor resulta más efectiva cuando se identifican y controlan los problemas asociados. El manejo adecuado de las consideraciones específicas, para el cáncer pancreático incluye el uso del protocolo de la escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de la incorporación vía oral de enzimas pancreáticas, generalmente combinadas con bloqueadores de histamina. En caso de persistir el dolor, se recomienda el uso del cuarto escalón, que corresponde al uso de opioides por vía espinal, procedimiento que, por su rendimiento, ha desplazado cada vez más el uso de técnicas neurolíticas, las que se dejan como última instancia, previo bloqueo diagnóstico.

#### Dolor en Cáncer Hepático

Estudios efectuados (Baines, Kirkham) en pacientes con hepatomegalia, revelan que el dolor está presente en menos del 40% de los pacientes. La ubicación más frecuente, es en el hipocondrio derecho, dolor que se puede exacerbar con la posición de pie o al caminar, originado por tracción de los ligamentos hepáticos.

En cáncer avanzado, la causa más frecuente de dolor es secundaria a la hemorragia intrahepática, con distensión aguda de la cápsula sensitiva que cubre al hígado. El dolor se controla doblando o triplicando las dosis de morfina, para luego ir cediendo en la medida que disminuye la hemorragia o la cápsula hepática se readapta en tamaño. Los requerimientos de morfina vuelven a las dosis utilizadas previas al cuadro de hemorragia en el período de alrededor de una semana. El gran aumento hepático puede generar también disconfort en la base de la jaula torácica, producto del aumento de presión local, síntoma que puede ser controlado en forma efectiva con AINEs o paracetamol. Algunos pacientes presentarán un dolor cortante, intermitente, en el hipocondrio derecho. Este puede deberse a pellizcamiento del peritoneo parietal por parte del hígado aumentado de volumen y el borde inferior de la caja

torácica. El alivio se logrará explicando al paciente el problema, combinando cambios de posiciones y masaje local.

#### Dolor en Pelvis

El dolor intrapélvico está presente en alrededor del 11% de los pacientes con cáncer avanzado (Baines, Kirkham). En más de la mitad se asoció a cáncer recurrente de colon o recto, mientras que una cuarta parte de los pacientes estaban relacionados a cáncer del aparato reproductor femenino.

El patrón doloroso asociado a cáncer intrapélvico es variable:

- **Dolor hipogástrico medial:** se asocia frecuentemente a cáncer de útero y vejiga.
- **Dolor en fosa ilíaca:** se observa frecuentemente, es típicamente unilateral y se asocia a la recurrencia local de adherencias a las paredes laterales de la pelvis. Algunos de estos pacientes se vuelven dependientes a permanecer en cama, ya que deambular produce exacerbación del dolor. Este hecho sugiere infiltración del psoas ipsilateral.
- **Dolor perineal o en genitales externos:** indica recurrencia presacra, con plexopatía lumbosacra.
- **Dolor rectal:** se puede experimentar aún en pacientes a los que se les ha extirpado el recto.
- **Sensación de disconfort al sentarse:** puede aparecer en caso de recidiva local, variando entre una molestia leve tipo presión y un dolor severo tipo puntada, que incluso le impida al paciente mantenerse sentado. También se puede presentar el caso contrario, en que el dolor aparezca al pararse y caminar. En estos casos, la sintomatología sugiere adherencias a estructuras miofasciales.
- **Tenesmo rectal:** sensación dolorosa asociada a plenitud rectal. Dolor relacionado a tumor local del recto, que se presenta como sensación urgente de defecar.
- **Espasmo vesical:** originado por el espasmo del músculo detrusor, que se manifiesta por sensación dolorosa profunda, región suprapúbica y/o referida a la punta del pene. El estudio debe incluir examen de orina, para descartar infección; cistoscopia, para pesquisar cáncer vesical; y resonancia nuclear magnética, para detectar cáncer intramural o extravésical.

#### Dolor en Cáncer de Colon

Dolor persistente y progresivo en el hemiabdomen inferior o región perineal, por lesión proveniente habitualmente del rectosigmoide. Afecta a personas de edad media y mayores, frecuentemente se asocia a anemia. Los mecanismos que originan el dolor pueden ser variados, pero el más común es la obstrucción, que genera distensión del colon.

## Dolor asociado a Alteraciones Funcionales del Intestino

- **Síndrome de Aplastamiento Gástrico:** se observa con cierta frecuencia en el cáncer avanzado. El dolor es epigástrico, originado por una distensión gástrica relativa. Ocurre generalmente en presencia de un hígado aumentado de volumen y alargado, pudiendo o no estar asociado a un estómago patológico. Es importante reconocer la causa de disconfort postprandial, ya que la explicación al paciente es crucial para su manejo. Algunos enfermos, especialmente aquellos portadores de un tubo esofágico, pueden experimentar dolor retroesternal secundario a regurgitación ácida.
- **Estitiquez:** en general, la constipación o estitiquez es indolora, sin embargo, en algunos pacientes puede causar mucho dolor:
  - Cólicos intestinales que se traducen en dolor abdominal.
  - Cólicos rectales, como dolor perineal profundo, en caso de producirse impactación fecal.
- **Dolor en fosa ilíaca derecha:** originado por distensión cecal por gases, secundaria a estitiquez.
- **En el examen abdominal** se podrá palpar heces retenidas en colon descendente, en ocasiones se podrá palpar el colon transversal, encontrándose también sensible el ciego. Esto, acompañado de una historia clínica detallada, facilitará el diagnóstico diferencial.

### Síndrome de Intestino Irritable:

Término usado para referirse a una serie de desórdenes funcionales del tracto gastrointestinal. Afecta a alrededor del 10% de la población, por lo que se presentará también en forma frecuente en los pacientes con cáncer. Los hechos más frecuentes se describen como síntomas intermitentes o continuos:

- Dolor abdominal en diversos sitios, más frecuente en fosa ilíaca izquierda.
- Tipo de dolor cólico, penetrante, quemante, "sensación de bloque".

### **Pesadez postprandial**

El síndrome de intestino irritable se entiende como una hipersensibilidad del tracto gastrointestinal al alimento, el que es percibido como dolor.

## Bibliografía

1. Baines M, Kirkham S R 1989, carcinoma involving bone and soft tissue. In Wall P D, Melzack R Text book of pain. Churchill Livingstone, Edimburgh, pp 390-397
2. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management, 1999, Lippincott-Raven Publishers
3. PainRelief In Advanced Cancer, Robert G Twycross, 1994, Churchill Livingstone
4. Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico, C. Muriel Villoria, J.L. Madrid Arias, 2ª edición 1995, ARAN-
5. Medicina del Dolor, L.M.Torres, 1997, Masson S.A.

### *Correspondencia*

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo  
 Dirección: Pérez Valenzuela 1511 - Depto. 32 - Providencia  
 - Santiago  
 Teléfono (56-2) 235 1612  
 mail: rfernandezr@yahoo.com