

Revista El Dolor 50  
75-77; 2008

## Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo\*

El Dolor N° 50, al enfrentar esta nueva edición de nuestra revista, me veo en la necesidad de revisar mi colección de "El Dolor", descubriendo con cierto estupor que el tiempo ha pasado más rápido que lo que imaginaba. En el ejemplar N° 10 me encuentro en la primera página con la foto del profesor John J. Bonica, donde se comunica su fallecimiento en Seattle, Washington, el 15 de agosto de 1994. En la columna vecina se anuncia el nuevo directorio ACHED 1995 - 1996, al que ingresa en calidad de tesorera la Dra. Juanita Jaque, y el suscrito en calidad de Director. A partir de junio de 1995, se me asigna la sección "Revista de Revistas", labor que he cumplido en forma ininterrumpida hasta hoy. Atraído por la curiosidad, hojeo la revista N°1, que tiene fecha octubre de 1991. Consta de nueve páginas, en la portada se representa la Escala Visual Análoga, en su interior aparece la conformación nuestra primera directiva, presidida por el profesor Carlos Paeile, seguido de los Dres. Hernán Saavedra, Norberto Bilbeny y María Antonieta Rico. En calidad de vocales, los Dres. Agustín Espejo, Patricio Tagle y Aliro San Martín. A cargo del Comité Editorial del "Boletín de la Asociación", la Dra. Ana Luisa Muñoz y el Dr. Hernán Ramírez. En este "boletín", se

anuncia también el Primer Congreso Nacional de la ACHED a realizarse en el mes de diciembre, con la asistencia del profesor Franco de Conno. En la sección destinada a la industria farmacéutica, figuran sólo dos fármacos que publican sus cualidades; se trata de piroxicam como AINE y de buprenorifina sublingual como opioide de reciente elaboración.

La publicación sistemática de la revista revela la continuidad en el tiempo de nuestra sociedad, su evolución y madurez, constituyendo un verdadero certificado internacional de calidad científica. En ella destaca una temática variada y novedosa de todos los aspectos relacionados al dolor, como también una visión multidisciplinaria de los Cuidados Paliativos.

Gracias a todas aquellas personas que en estos 13 años, a través de sus valiosos aportes y comentarios, han cooperado con esta sección.

### **Norma Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos 2008**

*Elaborada por la Unidad de Cáncer / Departamento de Enfermedades no Transmisibles / División Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud de Chile.*

Corresponde a la cuarta edición, con una tirada de 1.000 ejemplares, siendo publicada en marzo de 2008. Se oficializó como Norma General Técnica N° 32 por resolución exenta N° 129, del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud (18 de enero 1999), siendo actualizada por resolución exenta N° 97, con fecha 10 de febrero 2006.

Esta norma actualizada y en permanente revisión es el documento

---

*Sección Revista de Revistas*

\* *Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo  
Jefe Unidades Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos  
Hospital del Salvador  
Instituto Nacional de Geriátría Pdte. E. Frei Montalva*

oficial del Ministerio de Salud de nuestro país (MINSAL), que tiene como finalidad servir de base para asegurar la cálida y oportuna evaluación, tratamiento y seguimiento que precisa cada persona con cáncer en etapa avanzada.

El referido documento es el fruto de una ardua labor que en 1994 inició la Comisión Nacional Asesora de Cáncer, en el desarrollo de estrategias de atención integral, teniendo como base el programa de Lucha Contra el Cáncer, auspiciado por OPS/OMS, tomando la decisión de abordar la situación del Dolor por Cáncer Avanzado y recurriendo a la asesoría de un grupo multidisciplinario de profesionales, expertos en el tema.

#### **Pregabalina en Pacientes con Dolor Neuropático Central: Ensayo Clínico Randomizado, Doble Ciego y Controlado con Placebo con Dosis Variables.**

*Vranken JH, Dijkgraaf MGW, Kruis MR, van der Veegt MH, Hollmann MW, Essen M. Pregabalin in Patients with Central Neuropathic Pain; a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of a Flexible-Dose Regimen. Pain. 2008; 136: 150-157.*

El dolor neuropático constituye un verdadero desafío para los especialistas en dolor, mención especial requiere el dolor de tipo central. Se presenta en una cifra cercana al 8% en pacientes con accidente isquémico cerebral, aumentando la cifra en pacientes con lesiones medulares hasta el 40%. La fisiopatología no está totalmente dilucidada, sin embargo las teorías apuntan hacia factores como la hiperexcitabilidad neuronal y a una pérdida del efecto Inhibitorio descendente en la médula espinal.

El trabajo recientemente presentado en la revista Pain, órgano oficial de la IASP, se conforma de dos grupos de pacientes (n=20). Un grupo recibe placebo y al otro se le administró pregabalina en dosis crecientes (150, 300 o 600 mg/día), en relación al efecto analgésico obtenido. Si la mejoría en la percepción del dolor tenía un resultado < 1,8 puntos en la escala de evaluación analgésica, se procedía a incrementar la dosis (o el número de cápsulas de placebo). La duración de la investigación fue de 4 semanas, finalizándolo 16 pacientes en el grupo placebo y 17 en el de pregabalina. La media del dolor en el grupo placebo fue de 7.4 (+/- 1.0) al inicio y de 7.3 (+/- 2.0) al finalizar el estudio. En el grupo de pacientes que recibió pregabalina, los resultados fueron de 7.6 (+/- 0.8) y de 5.1 (+/- 2.9), respectivamente. Se permitió que los pacientes mantuvieran su terapia analgésica previa (opioides, AINEs, baclofeno, antidepresivos tricíclicos y carbamazepina). En forma paralela, fueron evaluados distintos parámetros de calidad de vida (PDI, EQ-5D y SF-36). Los resultados fueron estadísticamente significativos en el EQ-5D, en la subescala de percepción corporal del SF-36, pero no en el PDI (Pain Disability Score). Los autores concluyen finalmente que el NNT (Number Need to Treat) para pregabalina en este estudio es de 4.0. Int. El estudio resulta novedoso, interesante y atractivo. En él, la pregabalina se muestra como una ayuda real para mejorar el dolor en pacientes que sufren de un cuadro que deteriora tanto la calidad de vida como el dolor neuropático de origen central. Este tipo de dolor tiene un abordaje terapéutico difícil, siendo necesaria la utilización

de fármacos en forma simultánea. Hay diversos aspectos que llaman la atención en esta hipótesis de trabajo. Uno de ellos es que el placebo utilizado no contenía un principio activo capaz de mimetizar los efectos secundarios de la pregabalina. Otro punto de notoriedad es que la función randomizada y el análisis de la mejoría del dolor se hizo en relación a la patología de base y no en función del subtipo de dolor neuropático que presentaba el paciente. Como último punto, no deja de ser notorio que la mejoría parcial pero significativa del dolor en este grupo de pacientes (sólo se abarca 40 pacientes en 2 grupos) no se ve reflejada en otras subcategorías de la escala de calidad de vida SF-36, como pueden ser la vitalidad y los aspectos sociales, emocionales y mentales de los pacientes.

No cabe duda que de la experiencia presentada se abre un horizonte para estudios futuros en la utilización de la pregabalina para mitigar el dolor neuropático de origen central.

#### **Eficacia de Gelclair en Alivio del Dolor en Enfermos en Cuidados Paliativos con Lesiones Orales: Hallazgos Preliminares en Estudio Piloto Abierto.**

*Innocenti M, Moscatelli G, Lopez S. Efficacy of Gelclair in reducing pain in palliative care patients with oral lesions: preliminary findings from an open pilot study. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 456-457*

En pacientes con tratamiento activo por cáncer utilizando quimioterapia o radioterapia, la mucositis de la cavidad oral constituye una complicación frecuente, siendo también recurrente en el área de Cuidados Paliativos. El cuadro de acuerdo a datos publicados, se presenta hasta en un 40% de los pacientes que reciben quimioterapia citotóxica estándar (especialmente 5-fluoracilo) y en un 76% de receptores de trasplante de médula ósea. Si bien la mucositis oral no amenaza la vida, remitiendo gran parte de las lesiones con el paso del tiempo, el malestar y dolor asociado pueden alterar la ingesta oral, pudiendo llevar a anorexia, deshidratación y caquexia, con todas las consecuencias que esto implica.

La estrategia terapéutica utilizada ha sido variada, incluyendo enjuagues con clorhexidina, anestésicos locales, analgesia sistémica, corticoides e incluso preparados magistrales con infusión de Llantén. Si bien no hay un esquema que se pueda considerar estándar, en el presente estudio no controlado, de tipo prospectivo, se presentan los resultados preliminares con el uso de un gel con polivinilpirrolidona y hialurónico con efecto de barrera (Gelclair). El grupo estudiado comprende un número de 30 pacientes que recibieron Gelclair, 10 de ellos (33%) presentaban lesiones orales asociadas a infección por VIH y 11 (37%) lesiones secundarias relacionadas con quimio, radioterapia o cirugía. El seguimiento demostró que, luego de de 5 a 7 horas de uso del preparado, el dolor se redujo de una media de 8,2 a 0,6 sobre un máximo de 10. Transcurrida una semana de tratamiento, el 87% de los pacientes refirió alivio sustancial del dolor y de la capacidad para ingerir alimentos, líquidos y tragar saliva.

Las sustancias que en forma clara y categórica han resultado eficaces en el tratamiento de la mucositis oral son reducidas. La mayoría de los productos utilizados en combatirla se basan en

un efecto analgésico, local o sistémico, no teniendo como diana combatir el origen de la alteración de la mucosa. El producto objeto del estudio tiene un efecto barrera, que puede ser otra ayuda a tener en consideración en el alivio de la mucositis oral. Los resultados obtenidos encienden una luz en el manejo de este cuadro, aunque se trata de conclusiones de tipo preliminar. Estos, al incluir pacientes con SIDA o en tratamiento oncológico activo, impiden que se pueda extrapolar a los grupos en seguimientos en las Unidades de Cuidados Paliativos por cáncer. Es necesario disponer de resultados a partir de estudios aleatorios, como recalcan los autores de la propuesta, para poder dimensionar el verdadero aporte que este producto puede significar para nuestros pacientes. Existe, además, un sesgo a favor del fármaco en el seguimiento, ya que muchas de estas lesiones tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo. Por estos motivos, como señalan los autores, hace falta esperar los resultados de estudios aleatorizados para conocer realmente lo que puede aportar este producto en nuestros pacientes.

#### **Catéter Peritoneal para Drenaje Continuo de Ascitis en Pacientes con Cáncer Avanzado.**

*Mercadante S, Intravaia G, Ferrera P, Villari P, David F. Peritoneal Catheter for Continuous Drainage of Ascitis in Advanced Cancer Patients. Support Care Cancer. 2008;16:975-978.*

La ascitis, concebida como la presencia de líquido en la cavidad peritoneal, ya sea en forma libre o tabicada, se asocia en un 10% al cáncer, siendo las neoplasias con mayor incidencia (10 - 50%) el cáncer de ovario, mama, colon, estómago y endometrio. En este trabajo se presenta un grupo de 40 pacientes con ascitis por cáncer, refractaria a tratamiento dietético y diurético, a los que se les instala vía paracentesis, un catéter peritoneal. El catéter utilizado es una vía venosa central tipo subclavia. Introducido luego de insertar una guía, dilatación de la piel y tejido celular subcutáneo. El promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 68 años, con una distribución por sexos del 50%. La duración media del ingreso fue de 5 días. La supervivencia media fue de 38.9 días (1-120). Una tercera parte de los pacientes presentó con el catéter algún tipo de problema mecánico, no observándose infección en ninguno de los casos. El trabajo presenta una solución sencilla, de bajo costo y novedosa, para aquellos pacientes con ascitis refractaria y recidivante. La técnica es perfectamente homologable a nuestra realidad nacional, requiriéndose de una implementación mínima en un ambiente estricto de asepsia.

#### **Síndrome de Dolor Miofascial de la Cintura Pélvica.**

*Rodríguez, M J; Aldaya, C; Martínez, G L; Gil, E;: Síndrome de Dolor Miofascial de la Cintura Pélvica. Rev Soc Esp Dolor 14 (2007); 5 :358 - 368*

La publicación es un completo artículo de revisión de la revista de la Sociedad Española del Dolor (SED). Algunos de los autores han sido invitados frecuentes a nuestros congresos, se trata de los Dres. Manuel J. Rodríguez (anestesiólogo) y Carlos Aldaya (neurocirujano), junto a los Dres. Gil y Martínez, de la Unidad

de Dolor del Hospital Carlos Haya de Málaga. En la revisión efectuada se enfrenta con mucha claridad el dolor miofascial de la cintura pélvica, haciendo énfasis en su importancia como diagnóstico diferencial del dolor lumbar, atribuible este último generalmente, a patologías como cirugía fallida de espalda u otros. Su tratamiento, que necesariamente debe pasar primero por un examen acucioso para el diagnóstico adecuado, si bien no es fácil, ha encontrado un gran aliado en el uso de la toxina botulínica. El desarrollo del protocolo propuesto por ellos, logra controlar el dolor durante largos períodos de tiempo, obteniéndose en algunos casos, incluso su desaparición definitiva. La revisión del tema parte definiendo el síndrome miofascial, describe los tres componentes básicos: banda palpable, presencia de punto gatillo (PG) y patrón de dolor. A continuación se analiza la etiopatogenia y factores predisponentes, inclinándose por la sobrecarga muscular inicial, con disfunción de la placa motora, traducida en una liberación excesiva de acetil colina, la que puede ir acompañada de microtraumas, vicios posturales y factores físicos entre otros.

El diagnóstico se logra a través de una historia clínica y examen físico minucioso, destacándose este último por la detección de PG y ciertas características específicas que presenta el músculo involucrado. Se plantean una serie de opciones de diagnósticos diferenciales, acompañados de recuerdos anatómicos de los músculos psoasílicos, cuadrado lumbar y piramidal. El tratamiento debe ser individualizado, comenzando con medidas conservadoras (físicas y farmacológicas), reservando las medidas invasivas, actuando con anestésicos locales o toxina botulínica, una vez que han fracasado las primeras.

La revisión nos muestra un documento metódico en cuanto a todas sus fases de desarrollo, de gran ayuda, recordándonos la posibilidad de diagnosticar una entidad como el dolor miofascial, que suele pasar inadvertido y revelándonos el futuro prometedor que en esta patología puede tener el uso correcto de la toxina botulínica.

#### *Correspondencia*

Dr. Rodrigo Fernández R.  
Anestesiólogo, Hospital del Salvador.  
Jose Manuel Infante 370, Providencia  
(56-2) 235 1612  
rodrigopaliativo@gmail.com