



DOLOR ONCOLÓGICO DE DIFÍCIL CONTROL Y PAPEL DEL FENTANILO INTRANASAL CON PECTINA

Diagnóstico: pautas diagnósticas y la adecuada gestión del dolor basal y del dolor irruptivo

Silvia García Adrián^{a,b,*}, David Marrupe González^b, M. Jesús Barrio Alonso^b, Roberto Vargas Torres^a, Rebeca García Rodrigo^a y Rosa Quibén Pereira^a

^aEquipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^bSección de Oncología Médica, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico;
Evaluación;
Dolor basal;
Dolor irruptivo

KEYWORDS

Diagnosis;
Assessment;
Background pain;
Breakthrough pain

Resumen

Hasta hace unos años, el dolor oncológico se consideraba una condición clínica única, pero estudios recientes nos han permitido diferenciar entre dolor basal y dolor irruptivo. Estos tipos de dolor difieren claramente en su forma de inicio, intensidad y duración, lo que condiciona un manejo específico para cada uno de ellos. Una correcta evaluación de las características del dolor, así como de sus causas, nos permitirá un adecuado diagnóstico y un óptimo tratamiento. La ausencia de consenso unánime respecto a la definición de dolor irruptivo ha llevado a dificultades a la hora de estimar su prevalencia real. Se ha descrito en el 33-95% de los pacientes con dolor crónico oncológico. El dolor irruptivo tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es imprescindible que los profesionales sanitarios sepan identificarlo y tratarlo adecuadamente.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnosis: diagnostic criteria and adequate management of background and breakthrough pain

Abstract

Until a few years ago, cancer pain was considered a unique clinical entity. However, recent studies have allowed a distinction to be made between background and breakthrough pain. These types of pain clearly differ in their form of onset, intensity and duration, leading to specific management for each. Adequate assessment of the characteristics of the pain and its causes allows correct diagnosis and optimal treatment.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvia.garciaa@salud.madrid.org (S. García Adrián).

Because of the lack of consensus on the definition of breakthrough pain, it is difficult to estimate its true prevalence. Breakthrough pain has been described in 33%-95% of patients with chronic cancer pain. This type of pain impairs quality of life and it is therefore essential that health professionals are well versed in its correct identification and treatment.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La International Association for the Study of Pain¹ define el dolor como una experiencia sensorial y emocional, de carácter desagradable, que la persona asocia a una lesión real o potencial de algún tejido. Es, por lo tanto, un fenómeno subjetivo que cada paciente experimenta de una forma concreta. Se estima que un 30-40% de los pacientes con cáncer presenta dolor en el momento del diagnóstico, llegando al 70-90% en fases avanzadas de la enfermedad oncológica².

Un adecuado abordaje terapéutico del dolor exige una exhaustiva evaluación previa, que valore las causas y características de este, con el fin de elegir la mejor estrategia de tratamiento en cada caso. Esta evaluación debe repetirse de forma periódica a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Clasificación del dolor crónico oncológico

Un aspecto fundamental para lograr un control adecuado del dolor consiste en entender su fisiopatología, sus causas y sus características clínicas³.

- Desde el punto de vista fisiopatológico el dolor se clasifica en nociceptivo, neuropático y mixto.
 - Dolor nociceptivo. Es el que aparece como resultado de un daño tisular asociado con una lesión identificable a nivel somático o visceral. Se trata de un dolor localizado que suele responder bien a los opioides.
 - El *dolor somático* se produce por la estimulación nociceptiva de estructuras relacionadas con el tejido musculoesquelético, piel o partes blandas. Es característicamente un dolor bien localizado.
 - El *dolor visceral* es consecuencia de la estimulación de nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras, también incluye la afectación de mucosas o serosas. Suele ser un dolor mal localizado, sordo y difuso.
 - Dolor neuropático. Se produce por una lesión o disfunción en el sistema nervioso central o periférico. El paciente suele describirlo como descargas paroxísticas, que se acompañan de alteraciones sensitivas (sensación de quemazón, acorchamiento, etc.).
 - Dolor mixto. Es el que presenta características de más de uno de los subtipos mencionados.

- Desde el punto de vista de su etiología, el dolor puede clasificarse como:

- Relacionado con el cáncer.
 - Relacionado con el tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia).
 - Sin relación con el cáncer ni el tratamiento. Sería secundario a las comorbilidades que padece el paciente.
- Según su intensidad, el dolor se divide en leve (escala visual analógica [EVA] 0-4), moderado (EVA 5-6) o severo (EVA 7-10)⁴.
 - Según su patrón temporal se clasifica en dolor basal o dolor irruptivo.

Dolor basal

El concepto dolor basal se refiere a la presencia de un dolor continuo, de duración superior a 12 h diarias, que se maneja con analgesia pautada a dosis fijas.

Dolor irruptivo

El término dolor irruptivo fue definido por primera vez por Portenoy y Hagen en 1990 como «una exacerbación transitoria de dolor, que ocurre en un paciente con cáncer con dolor basal estable y en tratamiento crónico con opioides»⁵. Poco tiempo después se hizo evidente que el dolor irruptivo no era ni específico de pacientes con cáncer ni del tratamiento con opioides. Por este motivo, los mismos autores publicaron una definición modificada, en la que describían el dolor irruptivo como «una exacerbación transitoria de dolor, experimentado por un paciente con el dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado»⁶.

La definición más reciente, realizada por la Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, se refiere al dolor irruptivo como «una exacerbación transitoria de dolor que aparece, ya sea espontáneamente o relacionada con un desencadenante concreto, predecible o impredecible, a pesar de existir un dolor estable y adecuadamente controlado»⁷ (fig. 1).

Sin embargo, no hay una definición internacionalmente aceptada de dolor irruptivo. De hecho, ni siquiera hay consenso respecto al término, de forma que algunos autores prefieren referirse a esta situación como dolor episódico, incidental o transitorio.

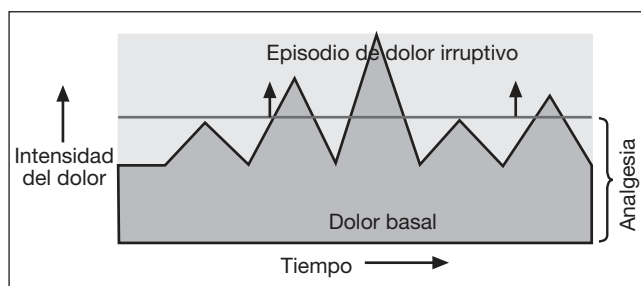


Figura 1 Componentes del dolor oncológico.

Criterios diagnósticos de dolor irruptivo

El dolor irruptivo se asocia a sufrimiento psicológico, deterioro funcional y empeoramiento de la calidad de vida. Los pacientes que padecen estas crisis de dolor suelen mostrarse más insatisfechos con la terapia analgésica, presentan limitaciones funcionales por la existencia del dolor y asocian niveles más altos de depresión y ansiedad. Además, un alivio inadecuado del dolor irruptivo supone una sobrecarga económica para el sistema sanitario, puesto que estos pacientes suelen tener más visitas hospitalarias, más prescripciones farmacológicas y estancias hospitalarias más prolongadas⁷.

Dada la importancia de identificar este tipo de dolor, Davies et al⁸ publicaron un algoritmo diagnóstico (tabla 1) basado en uno previo de Portenoy et al⁹, en el que se plantean 3 preguntas que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial:

1. ¿Tiene usted dolor habitualmente?
2. ¿Está el dolor basal adecuadamente controlado?
3. ¿Presenta usted crisis transitorias de dolor?

Si el paciente contesta sí a las 3 preguntas tiene dolor irruptivo.

Según estos criterios, no se considerarían dolor irruptivo:

- Episodios de dolor intenso sin la existencia de dolor basal (*dolor transitorio*).
- Episodios de dolor intenso en un paciente con dolor basal inadecuadamente controlado (*dolor no controlado*).
- Episodios de dolor durante la titulación de una analgesia opioide.

Clasificación del dolor irruptivo

Tradicionalmente se distinguían 3 subtipos de dolor irruptivo: incidental, idiopático y dolor por final de dosis. Recientemente, algunos autores han excluido este último de la clasificación, ya que este dolor ocurre por una reducción de los valores de analgesia al final del intervalo de dosis, ya sea por una dosis inadecuada o por un intervalo de dosis demasiado prolongado^{8,10,11}. El dolor por final de dosis supone, por tanto, un dolor basal no controlado adecuadamente.

- **Dolor incidental.** Representa del 32 al 94% de los casos de dolor irruptivo. Es el que se desencadena tras realizar un movimiento (voluntario o involuntario) o una activi-

Tabla 1 Criterios diagnósticos de dolor irruptivo⁸

- **Presencia de dolor basal.** Presencia de dolor persistente durante al menos 12 h al día durante la semana previa a la evaluación (o existiría si no tomase analgesia)
- **Dolor basal adecuadamente controlado.** No hay dolor, o es leve, durante 12 h al día durante la semana previa a la evaluación
- **Existencia de exacerbaciones transitorias del dolor**

dad física. Incluye 3 subtipos: predecible, impredecible o procedimental. El dolor incidental predecible es aquel en el que hay una clara relación causal con un movimiento (p. ej., levantarse, cambiar de postura, masticar, etc.); el dolor impredecible se desencadena por factores involuntarios (p. ej., espasmos vesicales), y el dolor procedimental está relacionado con una intervención/procedimiento terapéutico (p. ej., al curar una herida)¹¹.

- **Dolor idiopático.** Representa el 28-45% de los episodios de dolor irruptivo. Es el que aparece sin que haya una causa desencadenante conocida. Generalmente, su duración es mayor que la del dolor incidental y su manejo es más complicado debido a que no es posible prevenir su aparición¹¹.

Características clínicas del dolor irruptivo

El dolor irruptivo es un dolor heterogéneo que varía entre individuos e, incluso, dentro del mismo paciente. El episodio típico de dolor irruptivo se caracteriza por un comienzo rápido, a menudo muy severo (EVA ≥ 7), que habitualmente alcanza su máxima intensidad en poco tiempo (habitualmente en los primeros 5 min) y cuya duración media suele estar en torno a los 15-30 min¹². El dolor irruptivo suele localizarse en el mismo lugar que el dolor basal. Los pacientes pueden presentar varios episodios a lo largo del día, 3 o 4 como media, cuyas características pueden modificarse. Se estima que más del 50% de los episodios son impredecibles.

El analgésico ideal para tratar las crisis de dolor irruptivo debería mimetizar las características clínicas de dichos episodios. Por ello debería ser un opioide potente (debido a la intensidad del dolor), de rápido inicio de acción y de duración breve¹³.

Varios estudios sugieren que estas exacerbaciones de dolor siguen un ritmo circadiano. En un estudio reciente realizado por Saini et al¹⁴, el 60% de los episodios de dolor irruptivo ocurrían entre las 10:00 y las 18:00 h. De igual forma, otros estudios muestran una reducción del uso de medicación de rescate durante la noche o primeras horas de la mañana¹⁵.

Evaluación del dolor oncológico

Un manejo óptimo del dolor oncológico requiere una evaluación adecuada, un tratamiento individualizado y una reevaluación periódica que nos permita realizar las modificaciones necesarias. La evaluación inicial del dolor debería incluir la siguiente información:

- Historia clínica completa. El conocimiento de la enfermedad de base, las comorbilidades, la situación funcional, la expectativa de vida, etc., nos será útil en la toma de decisiones.
- Exploración física completa, con especial atención a la evaluación neurológica (déficits sensitivos o motores asociados).
- Características del dolor:
 - Localización.
 - Intensidad (tanto basal como en las crisis).
 - Calidad (opresivo, punzante, urente, cólico, etc.).
 - Irradiación.
 - Factores que lo desencadenan o lo alivian.
 - Patrón temporal (momento de inicio del dolor, duración, etc.).
 - Signos y síntomas asociados.
 - Respuesta al tratamiento analgésico previo y al actual. Efectos secundarios de la medicación.
 - Impacto en el sueño, actividad cotidiana y estado de ánimo.
- Historia previa de trastornos psicológicos o consumo de drogas.

La valoración de la intensidad del dolor es un punto clave en su evaluación, ya que nos orienta en la elección del tratamiento analgésico y nos permite monitorizar la respuesta a este. La intensidad puede medirse por medio de escalas graduadas, tanto verbales como escritas, en las que el dolor se puntúa de 0 a 10. El valor 0 corresponde a la ausencia de dolor y el valor 10 corresponde al peor dolor imaginable. Puntuaciones entre 1-4 se corresponden con dolor leve, entre 5-6 con dolor moderado y puntuaciones de 7-10 con dolor severo⁴. Las escalas de valoración más habitualmente utilizadas son la EVA y la escala verbal numérica.

A diferencia del dolor basal, para el que hay numerosas herramientas de evaluación validadas, todavía no se dispone de ningún instrumento validado para la valoración del dolor irruptivo en la práctica clínica. La Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool fue desarrollada por Hagen et al¹⁶, con el fin de valorar el dolor irruptivo en el marco específico de la investigación, y se elaboró a través de un proceso de validación usando un método Delphi y una entrevista a pacientes. Aunque actualmente se sigue con su investigación y validación, su longitud y el tiempo necesario para cumplimentarla hacen poco probable su uso en la práctica diaria. Con el objetivo de superar estas dificultades, Webber et al han publicado recientemente una nueva herramienta de valoración (Breakthrough Pain Assessment Tool)¹⁷, un cuestionario autoadministrado que incluye 14 preguntas (9 de ellas relacionadas con el dolor y 5 relacionadas con el tratamiento analgésico), si bien, como los propios autores reconocen, esta herramienta requiere más estudios para su validación fuera del Reino Unido.

Conclusiones

El dolor irruptivo es muy frecuente en pacientes con cáncer, en los que condiciona un importante deterioro

de su calidad de vida. Estas crisis de dolor se asocian con inmovilidad (el paciente evita movimientos que le provocan dolor), insomnio, ansiedad, depresión, aislamiento, etc.

En todo paciente con dolor crónico se debe valorar si hay crisis de dolor irruptivo. Es especialmente importante saber diferenciar a los pacientes que tienen un dolor basal mal controlado, y experimentan exacerbaciones transitorias de este dolor, de los pacientes con dolor basal controlado que presentan crisis de dolor irruptivo. La importancia de este diagnóstico diferencial radica en que el tratamiento es completamente distinto. En el primer caso, un manejo adecuado del dolor basal puede llevar a la desaparición de las exacerbaciones de dolor, mientras que en el caso del dolor irruptivo se debe buscar un tratamiento analgésico específico para las crisis.

El éxito del manejo del dolor irruptivo se basa en una adecuada evaluación del dolor, así como en una reevaluación periódica, que nos permita valorar la eficacia de los tratamientos administrados y los efectos secundarios de estos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
2. Schrijvers D. Pain control in cancer: recent findings and trends. *Ann Oncol.* 2007;18 Suppl 9:ix37-42.
3. Cherny N. Pain assessment and cancer pain syndromes. En: Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 599-626.
4. Oldenmenger WH, De Raaf PJ, De Klerk C, Van der Rijt CC. Cut points on 0-10 numeric rating scales for symptoms included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45:1083-93.
5. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain.* 1990;41:273-81.
6. Portenoy RK, Forbes K, Lussier D, Hanks G. Difficult pain problems: an integrated approach. En: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 438-58.
7. Zeppetella G. Breakthrough pain. En: Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 654-61.
8. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain.* 2009;13:331-8.
9. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain.* 1999;81:129-34.
10. Mercadante S. Managing breakthrough pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15:244-9.
11. Zeppetella G. Breakthrough pain in cancer patients. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2011;23:393-8.

12. Zeppetella G, Ribeiro MD. Pharmacotherapy of cancer-related episodic pain. *Expert Opin Pharmacother*. 2003;4:493-502.
13. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, et al. Episodic (breakthrough) pain. Consensus conference of an Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Cancer*. 2002;94:832-9.
14. Saini A, Tucci M, Tampellini M, Maina D, Bouraouia K, Giuliano PL, et al. Circadian variation of breakthrough pain in cancer patients. *Eur J Pain*. 2013;17:264-70.
15. Bruera E, Macmillan K, Kuehn N, Miller MJ. Circadian distribution of extra doses of narcotic analgesics in patients with cancer pain: a preliminary report. *Pain*. 1992;49:311-4.
16. Hagen NA, Stiles C, Nekolaichuk C, Biondo P, Carlson LE, Fisher K, et al. The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a delphi process and patient think-aloud interviews. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35:136-52.
17. Webber K, Davies AN, Zeppetella G, Cowie MR. Development and validation of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:619-31.