

Réplica a la carta de V.L. Villanueva

Reply to the letter by V.L. Villanueva

Sr. Director:

En respuesta al comentario realizado por el Dr. Villanueva Pérez et al a nuestro trabajo relativo al caso de un paciente con dolor de miembro fantasma que tras tratamiento con ketamina intravenosa obtuvo gran alivio del dolor¹, agradecemos el interés prestado y valoramos positivamente sus opiniones, aunque quisiéramos expresar algunos comentarios y apreciaciones.

En primer lugar, no hacemos mención alguna a los antecedentes personales del paciente, ya que no nos parecieron relevantes para el caso que nos ocupa, pues no contraindicaban el uso de la ketamina.

En segundo lugar, la administración oral de ketamina nos parece muy interesante, pero sólo realmente factible en los casos donde el servicio de farmacia hospitalario está implicado con la unidad de dolor, ya que no es posible adquirirla en el mercado. Nuestra unidad no tiene la suerte de tener un experto del medicamento en el equipo multidisciplinario del tratamiento del dolor, pero nos parecería muy interesante su colaboración y apoyo para garantizar una elaboración correcta y el cumplimiento de la normativa vigente.

En los casos seleccionados donde la ketamina intravenosa ha tenido una respuesta satisfactoria en el alivio del dolor, y dado que no tenemos ketamina por vía oral, pautamos otro antagonista de los receptores NMDA, el dextrometorfano, que se ha demostrado útil para reducir el dolor neuropático²⁻⁴. La dosis inicial que pautamos es de 0,5 mg/kg 3 veces al día, pudiendo aumentar la dosis según la eficacia hasta 1 mg/kg 3 veces al día.

Aun así, consideramos al igual que el Dr. Villanueva Pérez et al que la vía intravenosa puede ser muy útil en los pacientes con dolor intenso. Las ventajas del uso de la ketamina intravenosa para el tratamiento del dolor neuropático incluyen la inmediatez de la respuesta y la rápida determinación de qué pacientes responden o no al tratamiento.

Consideramos que la ketamina es una opción válida para el tratamiento del dolor neuropático, pero se necesitan más estudios para determinar la dosis óptima, la vía de administración, la duración del tratamiento en estos pacientes y los efectos secundarios a largo plazo.

Bibliografía

1. Mayo-Moldes M, Carregal Rañó A, Fernández Rodríguez T. Ketamina en el dolor del miembro fantasma. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16:437-40.
2. Ilkjaer S, Dirks J, Brennum J, Wernberg H, Dahl JB. Effect of systemic N-methyl-D-aspartate receptor antagonist (dextromethorphan) on primary and secondary hyperalgesia in humans. Br J Anaesth. 1997;79:600-5.
3. Ben Abraham R, Marouani N, Weinbroum AA. Dextromethorphan mitigates phantom pain in cancer amputees. Ann Surg Oncol. 2003;10:268-74.
4. Cohen SP, Chang AS, Larkin T, Mao J. The intravenous ketamine test: a predictive response tool for oral dextromethorphan treatment in neuropathic pain. Anesth Analg. 2004;99:1753-9.

M. Mayo Moldes*, A. Carregal Rañó y T. Fernández Rodríguez

Servicio de Anestesia, Reanimación y Unidad del Dolor, Hospital Meixoeiro, Vigo, España

*Correo electrónico: mayomonica@hotmail.com (M. Mayo Moldes).