
Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la revista ATENCIÓN PRIMARIA de noviembre de 2006 (Vol. 38, Extraordinario 2), dedicada al abordaje integral del paciente oncológico avanzado en atención primaria. Desde hace mucho tiempo consideramos que la asistencia al paciente oncológico debe realizarse de forma coordinada, integral y compartida entre atención primaria y especializada, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la fase avanzada, hecho que hemos defendido tanto en congresos como en varias publicaciones que hemos realizado sobre el tema. Por lo tanto, ante todo enhorabuena por la iniciativa y la realización de este monográfico.

En el capítulo dedicado al «Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico» (Benítez Rosario, págs. 29-35), nos ha sorprendido que no se mencione el papel tan importante que tiene la radioterapia paliativa en el control de los síntomas dolorosos, funda-

Palabras clave: Dolor oncológico.
Paciente oncológico. Radioterapia.

mentalmente en el dolor óseo. Tampoco se menciona su indicación en la compresión medular y, sin embargo, se menciona la vertebroplastia, que es una técnica mucho más infrecuente. Tan sólo se sugiere mínimamente el tratamiento radioterápico en el alivio del dolor neuropático y con unas indicaciones más bien confusas.

La radioterapia como tratamiento oncológico es muy eficaz para mejorar el dolor que padecen los enfermos con cáncer, y este dolor es consecuencia, en no pocas ocasiones, de tumores que infiltran localmente plexos nerviosos, y producen dolor de características neuropáticas que puede mejorarse con la administración de tratamiento radioterápico. Además, la mejoría del dolor se obtiene en el 70-80% de los pacientes afectados de metástasis óseas con distintos esquemas de fraccionamiento y dosis total, y hasta una tercera parte llega a alcanzar una respuesta analgésica completa. Este hecho nos permite, en múltiples ocasiones, disminuir las dosis de fármacos analgésicos, en enfermos por lo general polimedcados, con la consiguiente mejora en la calidad de vida y disminución de efectos secundarios¹.

Las metástasis óseas son una complicación catastrófica para los pacientes con cáncer, no sólo porque son causa de un dolor difícil de tratar, sino porque pueden causar fracturas óseas patológicas, compresión medular e hipercalcemia, y exige un abordaje multidisciplinario².

Además, queremos destacar que la indicación de tratamiento radioterápico se extiende también a las metástasis óseas asintomáticas, pues en este caso el objetivo del tratamiento con radioterapia es disminuir el riesgo de fracturas y daño neurológico. Las fracturas patológicas ocurren en un 10% de los pacientes con metástasis óseas, sobre todo por lesiones metastásicas líticas y en huesos que soportan carga. Es importante anticiparse a la fractura, ya que éstas se asocian a elevada morbilidad, encamamiento, reducción de la esperanza de vida y deterioro de la calidad de vida³. La fijación quirúrgica profiláctica está indicada

en lesiones que destruyen más del 50% de la cortical y en lesiones líticas de más de 2,5 cm de diámetro. El tratamiento con radioterapia es recomendable después de la fijación quirúrgica en las fracturas patológicas a fin de disminuir la posibilidad de una reintervención, tratar la enfermedad microscópica y mejorar la evolución funcional⁴. En cuanto a su papel en la compresión medular para prevenir el daño neurológico, ya ha sido evaluado en múltiples publicaciones⁵. Al ser un tratamiento tan efectivo, se debe evitar la situación de los Hospice de Estados Unidos, en los que entre otras razones, debido al desconocimiento de las indicaciones del tratamiento radioterápico en el paciente en fase avanzada, sólo al 1% de los pacientes incluidos en el programa se le administra radioterapia⁶.

Por tanto, nos parece fundamental resaltar la importancia del conocimiento de las indicaciones de radioterapia paliativa en el enfermo oncológico en fase avanzada, puesto que se trata de un tratamiento muy eficaz, con escasos efectos secundarios y que en ocasiones permite disminuir las dosis de fármacos analgésicos.

**Maite Murillo González^a
y Vicente Valentín Maganto^b**

^aGrupo de Cuidados Continuos SEOR. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. España. ^bEquipo de Soporte Hospitalario. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

1. Chow E, Wu JSY, Hoskin P, Coia LR, Bentzen S, Blitzer PH. International consensus on palliative radiotherapy endpoints for future clinical trials in bone metastases. *Radiother Oncol.* 2002;64:275-80.
2. Falkmer U, Jarhult J, Wersall P, Cavallin-Stahl E. A systematic overview of radiation therapy effects in skeletal metastases. *Acta Oncol.* 2003;42:e620-63.
3. Bunting R, Lamont-Havers W, Schweon D, Kliman A. Pathologic fracture risk in rehabilitation of patients with bony metastases. *Clin Orthop.* 1985;192:e222-7.

4. Van der Linden YM, Dijkstra PD, Kroon HM, et al. Comparative analysis of risk factors for pathological fracture with femoral metastases. Results based on a randomised trial of radiotherapy. *J Bone Joint Surg Br.* 2004;86B:e566-73.
5. Prasad D, Schiff D. Malignant spinal cord compression. *Lancet Oncol.* 2005;6:e15-24.
6. Lutz S, Spence C, Chow E, Janjan N, Connor S. Survey on use of palliative radiotherapy in hospice care. *J Clin Oncol.* 2004;22:3581-6.