www.medigraphic.org.mx

Volumen 11, No. 3
Julio-Septiembre, 1988

Revista Mexicana de Anestesiología
Publicación oficial de la Sociedad Mexicana de Anestesiología, A.C.

Rev Mex Anest
1988; 11:101-102

Artículo Editorial

MANEJO DEL DOLOR CRONICO

El control del dolor crónico hasta hace poco recibía poca atención en relación con la proporción del sufrimiento humano, así como con las pérdidas socio-económicas que ocasiona. Durante las últimas dos décadas avances en neurofisiología y neurofarmacología, así como el crecimiento interés en los mecanismos del dolor han condicionado un mejor entendimiento del problema, así como un abordaje clínico y terapéutico más racional.

La mayoría de los médicos se enfrentan a problemas de dolor, pero los avances diagnósticos y de manejo no se han difundido en forma homogénea, dando como resultado que muchos pacientes son tratados en forma inadecuada, y a veces complicándose aún más la patología de base. El manejo en general puede enfocarse considerando el origen del dolor como 1) debido a malignidad, y 2) no maligno.

Dolor por cáncer. El dolor en el paciente por cáncer puede presentarse por la infiltración tumoral, como resultado del tratamiento para el cáncer o sin relación a éste. Requiere de tratamiento específico del proceso maligno (radioterapia, quimioterapia, cirugía paliativa, etc.), de apoyo psicológico intenso, de suplementación farmacológica si lo requiere, y de control del dolor. La aplicación de las diversas formas de tratamiento debe ser coordinado y organizado con un grupo de especialistas interesados en el control del dolor.

El manejo con analgésicos sistémicos menores proporciona alivio por un tiempo breve, se requiere casi siempre de utilizar analgésicos más fuertes, tipo narcóticos, fundamentalmente, con sus consabidas acciones secundarias o colaterales. El apoyo de psicofármacos, principalmente antidepresivos, a veces es recomendado en combinación con los analgésicos potentes. Por otro lado, un gran número de métodos se han establecido para interrumpir las vías dolorosas, dependiendo de numerosos factores, ej., talamotomía, cordotomía, rizotomía, cirugía de Nashold, etc., o con crioterapia o el empleo de alguna substancia neurolítica. La selección de pacientes para estos procedimientos es muy importante; requiere de experiencia y destreza.

En pacientes con dolor severo diseminado, y particularmente con tumores hormono-dependientes, puede ser candidato a una hipofisectomía química bajo control radiográfico. El dolor visceral responde efectivamente a neurólisis del plexo celiaco bilateral apoyados en un intensificador de imagen.

Dolor en origen no canceroso. El control del dolor de origen no-canceroso frecuentemente es más complicado y difícil. Los mecanismos del dolor en este caso son muy variados, ya que intervienen una serie de factores bastante complejos, además de que el dolor por lo general ha existido por mucho tiempo, requiriéndose alivio sostenido en proporción a la duración del dolor y teniendo en cuenta la extensión posible del elemento psico-afectivo agregado. El empleo de analgésicos por sí solos es una forma insatisfactoria de tratar el dolor crónico severo, el empleo de narcóticos está contrindicado en estos casos ya que fomenta la dependencia y no resuelve satisfactoriamente el problema. Considerando al dolor crónico como una entidad frecuentemente acompañada por depresión el empleo de drogas antidepresivas es ventajosa a pesar de contar también con efectos colaterales variados. En ocasiones y en ciertas neuropatías periféricas se ha empleado con éxito derivados de fenitoin y de carbamazepina.

Muchas condiciones benignas causan espasmo muscular que resulta en dolor y en mayor espasmo muscular formándose un círculo vicioso. El empleo de relajantes musculares centrales

como baclofén, diazepam o dantrolene puede ser de ayuda en estos casos. El síndrome miofascial en espalda, hombros y cuello es una entidad frecuentemente vista en las clínicas del dolor, habitualmente mal manejada por la medicina convencional, que requiere abordaje directo sobre los puntos "gatillo", aplicación de compresas y fisioterapia. Existe una gran variedad de trastornos vasculares periféricos en los que un bloqueo simpático puede ser de utilidad, tanto diagnóstico como pronóstico para los casos potencialmente quirúrgicos. Este tipo de bloqueos también pueden emplearse en casos de distrofia simpática refleja, síndrome Raynaud, etc.

De los métodos terapéuticos no-invasivos disponibles podemos enunciar a la aplicación local de calor/frío, la percusión o vibración, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), etc., la cual concentra su actividad en fibras largas mielinizadas las cuales inhiben la transmisión en la vía del dolor, los impulsos eléctricos a través de electrodos cutáneos deben aplicarse sobre el área con dolor. Este método ha sido útil en algunos casos de dolor del S.N. periférico, así como en casos de dolor post-operatorio. La estimulación eléctrica de raíces dorsales, tálamo y de la substancia gris periacueductal puede ser otro tipo de manejo para pacientes con dolor crónico benigno que no han respondido a tratamientos previos.

La acupuntura también ha sido empleada para el manejo del dolor reportándose beneficios en casos de osteoartrosis de columna, sus efectos se han relacionado con la liberación endógena de opioides. Otras técnicas empleadas como "retroalimentación" o técnicas de relajación han sido descritas como prometedoras, sobre todo en casos de falla a tratamientos convencionales, como lo sería la migraña.

Clínicas del dolor. En los últimos años un gran número de países han desarrollado clínicas y servicios de control del dolor. Funcionando habitualmente como externas en hospitales universitarios. La mayoría de casos tratados por esas clínicas son referidos por el médico familiar cuando es incapaz de proporcionar tratamiento satisfactorio por sí mismo, o de llegar a un diagnóstico correcto. La mayoría de los pacientes tienen en común que la causa del dolor no se ha descubierto o removido, y que el dolor se ha hecho crónico y resistente a tratamientos convencionales.

Debido a la variedad de condiciones causales y de la naturaleza multifacetaria en el dolor por sí mismo, una amplia variedad de especialistas están involucrados en el control del dolor. La relación interdisciplinaria es una parte importante en el manejo correcto de la Clínica del Dolor, en cooperación con personal paramédico como enfermeras, fisioterapeutas, etc. El equipo indica interconsultas apropiadas y establece planes de diagnóstico y tratamiento. Si el paciente llega con la causa del dolor establecida, v.g. dolor por cáncer o dolor por neuropatía post-herpética, se procederá a establecer el esquema terapéutico apropiado. Si la causa del dolor no es clara deberá ésta elucidarse antes de establecer cualquier tipo de modalidad terapéutica. Los centros de control del dolor tienen como objetivos: diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, enseñanza e investigación. Es muy importante que las condiciones del dolor sean abordadas antes de que dolores anormales se perpetúen, y antes de que cambios conductuales o psicológicos aparezcan. La depresión y ansiedad disminuirán la habilidad del paciente para enfrentarse al dolor. El apoyo psicológico entonces, es parte importante del tratamiento.

JOSE ADOLFO ISLAS-VELASCO
Clínica del Dolor.
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"