

DOLOR

Vol. 42. Supl. 1 Julio-Septiembre 2019
pp S76-S77

Manejo intervencionista del dolor en el paciente oncológico

Dr. Víctor Alfonso De los Reyes-Pacheco*

* Anestesiólogo-Algólogo-Intervencionista.

El dolor es el síntoma más frecuente y temido en la población oncológica y tiene implicaciones directas en la calidad de vida del paciente y el tiempo de supervivencia. El dolor por cáncer refractario al tratamiento convencional afecta al 10-15% de los pacientes. Por esto, las terapias intervencionistas para el manejo del dolor se introdujeron como el cuarto escalón del modelo de la escalera analgésica modificada de la OMS.

INTERVENCIONES PARA EL DOLOR DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

El dolor es un síntoma común en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC), con prevalencia de hasta el 85% en el diagnóstico. El dolor neuropático se ha reportado en 30% de los pacientes con CCC y hasta 93% presentan dolor mixto. La etiología del dolor puede ser por el tumor mismo, dolor iatrogénico o incidental debido a afecciones coexistentes. Los bloqueos nerviosos que se han empleado con éxito para el dolor de CCC son del nervio trigémino, glossofaríngeo, occipital, vagal, ganglio esfenopalatino y plexo cervical. Un proceso de tres bloqueos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos garantiza la selección adecuada del paciente y permite que el paciente experimente entumecimiento asociado con bloqueos y otros efectos secundarios antes de la neurólisis. Las cefaleas occipitales debidas a la invasión de la base del cráneo se pueden manejar sintomáticamente con bloqueos de nervios occipitales. La rizólisis con radiofrecuencia percutánea del nervio trigémino y sus ramas, el nervio glossofaríngeo y el ganglio esfenopalatino es segura, efectiva y puede emplearse para combatir el dolor intratable de pacientes con CCC.

INTERVENCIONES PARA EL DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN ONCOLÓGICO

El dolor es el síntoma más común de los tumores malignos de la pared torácica y, por lo general, indica una invasión ósea

metastásica. La invasión de tumores de la pared torácica a menudo es incurable, ya que el enfoque del tratamiento es la atención paliativa y el control del dolor. El dolor intratable justifica intervenciones como el bloqueo intercostal, neurólisis, radiofrecuencia pulsada o la implantación de una bomba intratecal.

TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS PARA EL DOLOR VISCERAL ABDOMINAL SUPERIOR POR CÁNCER

Neurólisis del plexo celíaco

La neurólisis del plexo celíaco (NPC) es la intervención para tratar el dolor de tipo oncológico que más se realiza y es altamente efectiva para el dolor visceral abdominal superior.

Desde la introducción de la técnica de NPC percutánea por Kappis en 1914, se han descrito varios enfoques para acceder al plexo celíaco. Se puede realizar con el paciente en posición prona o supina mediante un abordaje anterior o posterior. La guía de imagen incluye la fluoroscopia, ecografía o la tomografía computarizada, ayuda a guiar la colocación precisa de la aguja y reduce las complicaciones durante la BPC percutánea.

Inhibición de nervios espláncnicos (INE)

Este procedimiento se realiza de forma percutánea con el paciente en posición prona con la inserción de la aguja en una vista de túnel en la parte media cóncava del cuerpo vertebral T11. Se ha descrito una técnica novedosa del abordaje transdiscal guiado por TC del bloqueo del nervio espláncnico en pacientes con anomalías anatómicas/organomegalia para reducir las complicaciones de la paraplejía, el neumotórax, el hígado o la punción renal.

Nivel de recomendación: La calidad de evidencia por para NPC por Guyatt, et al. es 2 A +. El nivel de evidencia y recomendación para INE neurolítico es 2 B +.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA EL DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL VISCERAL ASOCIADO AL CÁNCER

Bloqueo neurolítico del plexo hipogástrico superior (IPHS)

El PHS es una estructura retroperitoneal localizada bilateralmente desde L3 hasta el tercio superior de S1, cerca del promontorio sacro y la bifurcación de las venas ilíacas comunes.

Las indicaciones para la IPHS son: dolor visceral pélvico, dolor pélvico crónico no oncológico (endometriosis) y dolor de pene refractario. El abordaje posterior es más común, pero también se ha descrito un abordaje anterior. Plancarte et al. describieron por primera vez la técnica clásica. Las complicaciones incluyen lesiones en los vasos ilíacos comunes, vísceras pélvicas, raíz nerviosa L5 y discitis, que son poco frecuentes y se pueden evitar con la debida atención a la técnica, los antibióticos preoperatorios y la guía de imagen por tomografía y fluoroscopia.

Nivel de recomendación: La calidad de la evidencia publicado por Guyatt et al. es 2 C +.

Bloqueo impar del ganglio y neurólisis

El ganglio impar o Walther es una estructura localizada en la terminación de las cadenas simpáticas lumbosacras bilaterales y suministra fibras nociceptivas y simpáticas al perineo, recto distal, región perianal, uretra distal, vulva/escroto y el tercio distal de la vagina. Plancarte describió por primera vez

la técnica para el bloqueo del impar del ganglio guiado por fluoroscopia introduciendo una aguja modificada a través de la membrana anococcígea insertado en el recto para guiar la aguja y prevenir una lesión rectal. Otros enfoques descritos en la literatura incluyen el abordaje transacrococcígea y transdiscal. Las complicaciones incluyen lesión rectal, lesión de los nervios y neuritis.

Infusión epidural de fármacos

La analgesia epidural puede proporcionar un alivio satisfactorio del dolor en el dolor de cáncer intratable con una eficacia que varía entre el 76 y 100%. Los catéteres pueden insertarse, colocarse en túneles por vía subcutánea, unirse a los sistemas de infusión y mantenerse durante períodos prolongados.

Infusión intratecal de drogas

La infusión intratecal de medicamentos se puede lograr mediante catéteres intratecales externalizados o sistemas de administración de fármacos implantables (IDDS).

Nivel de recomendación: La calidad de las pruebas, según Guyatt et al., para la administración intratecal de medicamentos es 2B + y la administración epidural de medicamentos es 2C +.

Vertebroceomentoplastia

La vertebroceomentoplastia implica la estabilización de las fracturas patológicas mediante la inyección de polimetilmetacrilato de cemento óseo (PMMA). La calidad de las pruebas para el tratamiento de las fracturas vertebrales patológicas dolorosas según el sistema de puntuación de Guyatt et al. es 2B +.

REFERENCIAS

1. Bhatnagar S, Gupta M. Evidence-based clinical practice guidelines for interventional pain management in cancer pain. *Indian J Palliat Care*. 2016;21(2):137-147.
2. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl. 4):iv166-iv191.
3. Hochberg U, Elgueta MF, Perez J. Interventional analgesic management of lung cancer pain. *Frontiers in oncology*. 2017;7:17. doi: 10.3389/fonc.2017.00017.
4. Pak D, Hung JC. Gastrointestinal cancer pain. In: Gulati A, Puttanniah V, Bruel B, Rosenberg W, Hung J (eds). *Essentials of interventional cancer pain management*. Springer, Cham, 2019.
5. Amr SA, Reyad RM. Comparison between radiofrequency ablation and chemical neurolysis of thoracic splanchnic nerves for the management of abdominal cancer pain, randomized trial. *Eur J Pain*. 2018.
6. Silverman JE, Gulati A. An overview of interventional strategies for the management of oncologic pain. *Pain Manag*. <https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0022>.
7. Hwang S, Clark M. Cancer-related pelvic pain. In: Gulati A, Puttanniah V, Bruel B, Rosenberg W, Hung J (eds). *Essentials of interventional cancer pain management*. Springer, Cham, 2019.
8. Kikuchi S, Kuroda S. Comparison of the effects of epidural analgesia and patient-controlled intravenous analgesia on postoperative pain relief and recovery after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2018.
9. Khimani N, Narang S. Intrathecal drug delivery system trialing for cancer pain management. In: Gulati A, Puttanniah V, Bruel B, Rosenberg W, Hung J (eds). *Essentials of interventional cancer pain management*. Springer, Cham, 2019.
10. Khan MA, Deib G, Deldar B, Patel AM, Barr JS. Efficacy and safety of percutaneous microwave ablation and cementoplasty in the treatment of painful spinal metastases and myeloma. *Am J Neuroradiol*. 2018; 39.