



NOTA CLÍNICA

Uso prolongado de catéter epidural para el manejo paliativo de un paciente con dolor oncológico refractario



Alejandro Vargas-Bermúdez^{a,*}, Jesús González-Barboteo^{b,c} y Miguel Casals Merchán^d

^a Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, San José, Costa Rica

^b Servicio de Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia, Hospital Durà i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Càtedra de Cures Palliatives, Centre d'Estudis Sanitaris i Socials, Universitat de Vic, Vic, Barcelona, España

^d Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 12 de enero de 2015; aceptado el 18 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Dolor refractario;
Analgesia epidural;
Tratamiento del dolor;
Cuidados Paliativos

KEYWORDS

Refractory Pain;
Epidural analgesia;
Pain management;
Palliative care

Resumen Presentamos el caso clínico de un paciente con cáncer renal irresecable, que presentaba dolor intenso de características mixtas (nociceptivo y neuropático), con limitación para actividades habituales y afectación en su calidad de vida. Este caso fue tratado mediante la colocación de catéter epidural lumbar para infusión continua de anestésico local más opioide, con adecuada respuesta a largo plazo y sin complicaciones.

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

Long term epidural catheter for the palliative management of a patient with refractory cancer pain

Abstract A clinical case is presented of a patient with unresectable renal cancer, who had mixed intense pain (neuropathic pain and nociceptive pain), with limitations on ordinary activities and impact on quality of life. This case was treated by lumbar epidural catheter placement for continuous infusion of local anesthetic and opioid, with adequate long-term and uncomplicated response.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drvargas7759@yahoo.es (A. Vargas-Bermúdez).

Introducción

En aproximadamente el 10-30% de los pacientes oncológicos no se logra un adecuado control del dolor con el tratamiento de los 3 escalones propuestos por la Organización Mundial de la Salud en su escalera analgésica, ya sea por los efectos adversos, analgesia inadecuada o una combinación de ambas¹. El uso de las técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor, como la terapia espinal, han demostrado ser efectivas en la reducción del dolor oncológico de forma significativa². Algunas revisiones reportan mejoría en la intensidad del dolor en el 87% de pacientes con analgesia epidural y el 84% con la vía intratecal³. Estas técnicas de analgesia espinal deberían ser consideradas en aquellos pacientes en los que se presente dolor refractario⁴ (tabla 1). En los casos en que se prevé una infusión espinal prolongada, es más recomendable indicar la vía intratecal, ya que por vía epidural se asocia con más frecuencia complicaciones de obstrucción o salida del catéter^{5,6}.

Consideramos relevante presentar este caso clínico porque se trata de un paciente con dolor oncológico refractario tratado con analgesia epidural continua, en el que se obtuvo una adecuada respuesta a largo plazo y sin complicaciones.

Caso clínico

Se trata de un varón de 47 años, sin antecedentes patológicos de importancia, diagnosticado en marzo de 2014 de un carcinoma sarcomatoide renal izquierdo localizado e irresecable. El paciente presentaba dolor de 4 meses de evolución de características mixtas (neuropático por afectación de plexo lumbar, nociceptivo somático por compromiso

de músculo psoas, cuadrado lumbar, pared torácica, arcos costales, pared abdominal, y nociceptivo visceral por afectación de riñón, bazo y diafragma). Localizado a nivel de la zona dorso-lumbar izquierda e irradiación anterior hasta la región inguinal y muslo izquierdo, asociado a déficit motor parcial de extensión de cadera izquierda. El dolor basal tenía una intensidad promedio de 7/10 en Escala Visual Analógica (EVA), con episodios de dolor EVA 10/10 (5-6 crisis en 24 horas) durante la bipedestación y el decúbito lateral izquierdo, que interfería con actividades de la vida diaria, humor y sueño. Al examen físico se evidenciaba abombamiento y distensión de zona lumbar izquierda de consistencia aumentada y dolor que dificultaba la palpación, con signos de afectación de la pared muscular y plano subcutáneo (fig. 1). La TAC realizada el 28 de abril de 2014 describe una gran masa renal izquierda que se origina en el polo superior de 12 cm de diámetro; cranealmente contacta con el diafragma, afecta también la superficie inferior del bazo, el psoas, cuadrado lumbar izquierdo y la pared torácica posterior izquierda con infiltración de 11° y 12° arcos costales (fig. 2).

Debido a un no adecuado control del dolor a pesar de varios esquemas de tratamiento con analgésicos en titulación rápida y por diferentes vías de administración más coadyuvantes (oxicodona, metamizol magnésico, deflazacort, pregabalina, metadona, dexametasona, midazolam), se decide en sesión clínica multidisciplinar de dolor refractario la colocación de un catéter espinal epidural, tomando en cuenta el pronóstico limitado del paciente. En área quirúrgica se realiza un bloqueo epidural siguiendo el protocolo ICO de implantación⁷, con catéter para infusión continua. El catéter se insertó a nivel de espacio intervertebral L1-L2 con tunelización hasta unos 10 cm hacia el lado derecho y fijación cutánea con seda para evitar su salida accidental. Como dosis test se administra ropivacaína 7,5 mg más 40 mg de triamcinolona más 5 ml de solución fisiológica. Posteriormente se inicia infusión epidural de 5 mg de cloruro mórfico al 1% más 200 mg de ropivacaína al 1% más suero fisiológico hasta un volumen total de 120 ml cada 24 horas, con una velocidad de infusión de 5 ml/hora.

En el control realizado a las 48 horas de la colocación del catéter el paciente manifiesta un mejor control del dolor desde la instauración, con EVA basal de 2/10 y sin crisis en las últimas 24 horas. Mejora el descanso nocturno y deambulación sin limitaciones. Tras mejoría del dolor se consideró candidato a tratamiento quimioterapéutico de segunda línea. En la unidad de hospitalización se decide disminución de dosis de opioide intravenosa (metadona), posteriormente se pasa a vía oral y pudo ser alta a su domicilio. Se realizan controles semanales ambulatorios en la Unidad de Clínica del Dolor para revisión de catéter, además de evolución clínica por el Servicio de Cuidados Paliativos y Oncología. Debido a la adecuada respuesta obtenida con la colocación del catéter se decide mantener la infusión exteriorizada mientras sea efectiva y así evitar un nuevo procedimiento intervencionista.

Los controles ambulatorios fueron posibles durante un período de 5 meses y medio. Posteriormente el paciente precisó ingreso hospitalario por deterioro de su estado funcional secundario a la progresión de su enfermedad. Fue necesario el incremento de cloruro mórfico al 1% hasta 15 mg al día más 300 mg de ropivacaína al 1%, una velocidad de 7 ml

Tabla 1 Indicaciones y contraindicaciones para las técnicas de analgesia espinal

Indicaciones

-No control del dolor con el tratamiento sistémico, debido a analgesia inadecuada o por intolerancia de los efectos secundarios

Contraindicaciones

Absolutas

- Alergia a los medicamentos o a los componentes del equipo de colocación
- Infección sistémica
- Infección en el sitio del catéter o de la colocación de la bomba
- Inadecuado soporte psicosocial

Relativas

- Inmunosupresión
- Coagulopatías
- Terapia anticoagulante
- Trastornos psiquiátricos
- Obstrucción espinal por el tumor
- No cumplimiento del paciente

Las contraindicaciones junto con los datos clínicos (expectativa de vida, localización y mecanismos del dolor) y el costo económico son factores importantes a considerar.

Adaptada de: Kurita et al.¹⁶.

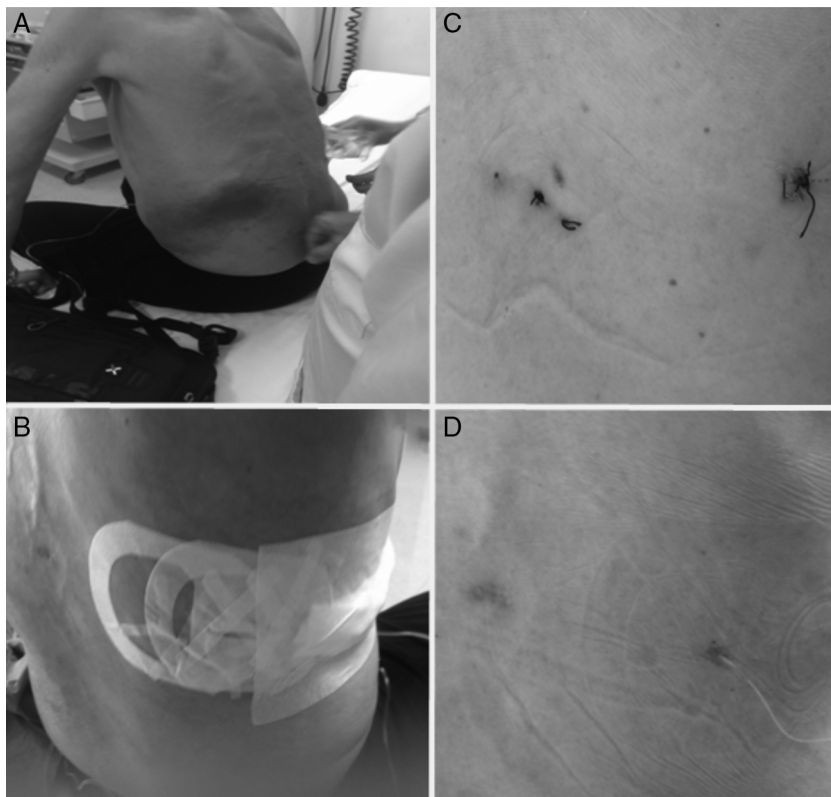


Figura 1 Catéter epidural tunelizado en paciente con cáncer renal izquierdo avanzado e irresecable. A) Abombamiento y distensión de zona lumbar izquierda. B) Colocación del catéter en el lado contralateral a la lesión C) Salida de la tunelización subcutánea a 10 cm y doble sutura con seda. D) A los 180 días posterior a la colocación del catéter (sin suturas).

hora, adicionando a la preparación 100 mcg de clonidina por día, esto debido al incremento en el dolor por progresión de la masa tumoral (no por tolerancia farmacológica). La TAC control del 29 octubre de 2014 evidencia ocupación parcial del canal raquídeo por la lesión, derrame pleural, metástasis pulmonares y mediastínicas. El compromiso de múltiples estructuras le ocasionan edema de la extremidades, disnea multifactorial, delirium con requerimiento de sedación paliativa y posterior fallecimiento.



Figura 2 Imagen de TAC inicial que evidencia masa extensa a nivel izquierdo con compresión de múltiples estructuras.

Discusión

A pesar de que no existen estudios clínicos adecuados que recomienden el uso rutinario de la analgesia espinal en el manejo del dolor oncológico, cada vez es más frecuente el uso de estos procedimientos intervencionistas en pacientes con dolor refractario. Estas técnicas permiten lograr un adecuado control del dolor, disminuir el consumo de opioides y el manejo ambulatorio de los pacientes; favoreciendo así que tengan más autonomía y una mejor calidad de vida². Es importante señalar que antes de realizar cualquier procedimiento intervencionista, el paciente debe someterse a una adecuada valoración por un equipo multidisciplinario⁸ para realizar un abordaje multidimensional y multimodal del dolor. En el caso que presentamos el paciente recibió atención por los equipos de Oncología médica, Radioterapia oncológica, Psico-oncología, Trabajo Social, Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor antes de presentarse en sesión clínica de dolor refractario.

Con la combinación de opioides junto con anestésico local por vía espinal lo que se obtiene es una potenciación del efecto analgésico asociado a una disminución de la tolerancia a la morfina al combinar ambos fármacos⁹⁻¹¹. Esta combinación ha demostrado ser efectiva en el dolor mixto y disminuye el riesgo de neurotoxicidad para su infusión prolongada¹². Para la analgesia espinal se recomienda inicialmente la colocación de un catéter temporal, a modo de prueba, que permita valorar la eficacia y titulación de la medicación intraespinal en el control del

Tabla 2 Comparativa de catéteres epidurales publicados con nuestro caso

	Mejía et al., 2009 ¹⁷		Yeon et al. 2012 ¹⁸		Nuestro caso	
Principales complicaciones	Infección sitio colocación 12,5% Dolor en el túnel 12,5% Depresión respiratoria 6,25% Meningitis 6,25% Rotura del catéter 6,25%		Retiro accidental del catéter 15,6% Infección local, oclusión 14,6% Depresión respiratoria 1%		Ninguna	
Dosis de morfina	Inicial 10,5 mg (3,5-49)	Final 23mg(3,5-92)	Inicial 21,4 ± 20 mg	Final 56,7 ± 61.4 mg	Inicial 5 mg	Final 15 mg
Anestésico local	Bupivacaína Dosis inicial 100 mg (12-340) Final 137,5mg(12-340)		Bupivacaína 12,5-25 mg		Ropivacaína Dosis inicial 200 mg Final 300 mg	
Otros coadyuvantes	Midazolam, ketamina, clonidina (no se menciona dosis)		Ketamina 10-20 mg		Clonidina 100mcg	
Duración	29 días (3 a 150 días)		31,5 ± 55,6 days		181 días	

dolor, el nivel de funcionamiento y su efecto en la calidad de vida del paciente. En caso de uso prolongado (>3 meses) se recomienda la analgesia por vía intratecal^{13,14}. Las principales complicaciones que se asocian a su utilización son la salida del catéter, las infecciones locales, sistémicas, meníngeas y depresión respiratoria¹⁵. En nuestro caso, el uso de la vía epidural permitió un adecuado control del dolor, manejo ambulatorio y sin complicaciones.

Al revisar otros reportes de casos de la literatura (tabla 2), en un estudio retrospectivo¹⁶ donde se analizaron 96 casos de pacientes oncológicos a los que se les había colocado catéter epidural para analgesia, los autores reportan una media de duración del catéter de 31,5 ± 55,6 días. En otro en el que se analizó retrospectivamente 16 pacientes terminales y a los que se les colocó catéter epidural para el control del dolor de forma ambulatoria¹⁷, la mediana de la infusión fue de 29 días, con un rango de duración del catéter de 3 a 150 días. En el caso que publicamos la duración del catéter fue de 181 días.

Conclusión

Independientemente de la previsión de supervivencia, los catéteres epidurales pueden ofrecer una duración suficiente para un adecuado control del dolor, logrando mejorar la calidad de vida de los pacientes. A pesar de que el reporte de un caso no genera un alto nivel de evidencia, consideramos que la analgesia por vía espinal es una opción terapéutica que debe estar disponible en las Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo de pacientes con dolor refractario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Dacis C, Fallon M, McQuary H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol*. 2001;19:2542-54.
- Burton A, Rajagopal A, Shah H, Mendoza T, Cleeland C, Hassenbusch S, et al. Epidural and intrathecal analgesia is effective in treating refractory cancer pain. *Pain Med*. 2004;5:239-47.
- Ballantyne J, Carwood C. Comparative efficacy of epidural: subarachnoid, and intracerebroventricular opioids in patients with pain due to cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;25:1-26.
- De Coursy J. Interventional techniques for cancer pain management. *Clin Oncol*. 2011;23:407-17.
- Mercadante S. Problems of long-term spinal opioid treatment in advanced cancer patients. *Pain*. 1999;79:1-3.
- De León O. Intrathecal therapy for cancer pain management. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:162-8.
- ICO praxis para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico. [consultado 20 Nov 2014]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/minisite/ico/professionals/documents/arxiu/icopraxis_dolor_2014.pdf
- Yennurajalingam S, Dev R, Walker P, Reddy S, Bruera E. Challenges associated with spinal opioid therapy for pain in patients with advanced cancer: a report of three cases. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39:930-5.
- Mercadante S, Porzio G, Gebbia V. Spinal analgesia for advanced cancer patients: An update. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012;82:227-32.

10. Van Dongen R, Crul J, van Egmond J. Intrathecal coadministration of bupivacaine diminishes morphine dose progression during long-term intrathecal infusion in cancer patients. *Clin J Pain*. 1999;15:166–72.
11. Lawson E, Wallace M. Current developments in intraspinal agents for cancer and noncancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14:8–16.
12. Van Dongen R, Crul B, de Bock M. Long-term intrathecal infusion of morphine and morphine/bupivacaine mixtures in the treatment of cancer pain: a retrospective analysis of 51 cases. *Pain*. 1993;55:119–23.
13. Phan P, Are M, Burton A. Neuraxial infusions. *Tech Reg Anesth and Pain Manag*. 2005;9:152–60.
14. Smyth C, Jarvis V, Poulin P. Brief review: Neuraxial analgesia in refractory malignant pain. *Can J Anesth*. 2014;61:141–53.
15. Ptaszynski A, Huntoon M. Complications of spinal injections. *Tech Reg Anesth Pain Manag*. 2007;11:122–32.
16. Kurita G, Kaasa S, Sjogren P. Spinal opioids in adults patients with cancer pain. A systematic review. A European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) opioid guidelines project. *Palliat Med*. 2011;25:560–77.
17. Mejia G, Plancarte R, Reyes D, Guajardo J. Eficacia y seguridad de catéteres epidurales en pacientes oncológicos terminales ambulatorios. Reporte de casos. *Rev Mex Anest*. 2009;32:186–90.
18. Yeon J, Jung L, Jin C, Eu K, Hong J, Hoon K, et al. Efficacy of epidural analgesia in patients with cancer pain: a retrospect observational study. *Yonsei Med J*. 2012;53:649–53.