



Cuidados paliativos en el dolor oncológico

Autora: Hilda Gutiérrez, algóloga paliativista adscrita a la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología.

Desafortunadamente el dolor es el destino final de muchas personas que padecen cáncer avanzado: hasta 80% de los pacientes oncológicos presentará dolor de leve a moderado. Además de los síndromes dolorosos crónicos no malignos, estos pacientes también pueden sufrir dolor debido a la progresión primaria o metastásica de su cáncer (fractura patológica, invasión del tumor, compresión de la médula espinal) o a efectos secundarios de sus tratamientos (desaferenciación, dolor neuropático o isquémico).

El control del dolor ha sido pobre en gran parte debido al déficit de control farmacológico. Muchos médicos no tienen experiencia en la prescripción de medicamentos analgésicos fuertes o no conocen adecuadamente los procedimientos auxiliares. Otros están preocupados por la adicción o el resbaladizo camino que lleva a la eutanasia. Como consecuencia, el miedo al dolor no aliviado es un asunto que concierne más a los pacientes y que forma parte del reciente debate en Estados Unidos sobre la eutanasia y el suicidio asistido por un médico. El temor y la desesperanza resultantes del dolor crónico no resuelto, junto con la depresión que se asocia con la enfermedad terminal, ponen a las personas con cáncer en riesgo de planteamientos suicidas. Hablar de las peticiones de suicidio asistido y eutanasia es prematuro cuando aún no está completamente disponible una paliación social y analgésica adecuada.

Parte de la dificultad que los cuidadores tienen en reconocer la importancia del tratamiento paliativo del cáncer es que éste es visto como mutuamente excluyente del tratamiento curativo. En otras palabras, se considera como el paso siguiente al fallo del tratamiento curativo más que una meta en sí mismo. La llegada del cuidado asistencial en Estados Unidos a mediados de los años 70 es parte de la tendencia ➔

Referencias bibliográficas

1. Ashburn M, Lipman A. Management of pain in the cancer patient. *Anesth Analg* 1993;76:402-416.
2. Ashby M. The role radioterapy in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:380-388.
3. Grossman SA. United States: status of cancer pain and palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:437-439.
4. Mercadante S, Armata M, Salvaggio L. Pain characteristics of advanced luna cancer patients referred to a palliative care service. *Pain* 1994;59:141-145.
5. Rubens R, et al. Appropriate chemotherapy for palliating advanced cancer. *Br Med J* 1992;304:305-340.

de paliación social, que refleja el cuidado moderno del enfermo terminal. Así como los esfuerzos médicos y quirúrgicos para curar el cáncer deben valorar las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias, el control de la dolencia debe integrarse también en su cuidado. La paliación terminal -alivio de síntomas sin intento de cura- puede mejorar en gran medida la calidad de vida de un paciente; sin embargo, morir sin dolores y en el ambiente familiar debería ser el objetivo final.

Los pilares fundamentales del tratamiento para el dolor canceroso son los potentes opiáceos de larga actuación y agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE); cuando se utilizan apropiadamente, son capaces de controlar el dolor en más de 90% de esta población. Puesto que el cáncer puede contribuir con otros síndromes del dolor general (dolor neuropático, dolor isquémico), el tratamiento de estos síndromes no es sustancialmente diferente cuando el cáncer es la causa incitante. Este artículo no abordará el uso de opiáceos y AINE, ni procedimientos auxiliares (bloqueo anestésico y neurolítico), ni tratamiento de síndromes de dolor asociado, sino que se enfocará en la radioterapia paliativa, quimioterapia y cirugía.

Radioterapia

El principio fundamental del tratamiento no quirúrgico del cáncer desde principios de este siglo ha sido la radioterapia paliativa. Se trata del envío de radiación ionizante al tejido para reducir el número de células cancerígenas mientras se mantiene la integridad del tejido normal. La radioterapia puede ser interna (a través de la implantación de isótopos radiactivos) o, más comúnmente, mediante irradiación externa con megavoltaje de protones o electrones o rayos gamma.

La irradiación externa se prescribe en dosis de radiación absorbida. La unidad internacional se denomina gray (1 Gy es igual a 100 rads por unidad de volumen de tejido en un campo seleccionado). La dosis total se da normalmente en fracciones; la dosis y el campo están determinados por el volumen del tejido tratado y el objetivo del tratamiento.

Indicaciones para la terapia de radiación paliativa

Las indicaciones primarias para la radioterapia en el tratamiento del dolor oncológico son el dolor de huesos debido a la metástasis (con o sin fractura patológica), compresión de la columna vertebral, bloqueo de víscera hueca y disminución del espacio ocupado por las lesiones (particularmente metástasis cerebrales). La radioterapia también es útil para reducir ciertos tumores que están produciendo otros síntomas además del dolor. La Tabla 1 enumera las indicaciones para la radioterapia paliativa.

Radioterapia y control del dolor

Aunque la etiología del dolor óseo secundario a la metástasis del tumor no está clara, la radioterapia es un medio de tratamiento extremadamente efectivo; los índices de respuesta van del 70% al 80%. Las metástasis óseas (más comúnmente asociadas con tumores primarios de la próstata, mama y pulmón) tienden a disminuir más lentamente que sus síntomas dolorosos, los cuales pueden resolverse a las 24 horas de una única fracción de irradiación. La disociación del volumen del tumor y el alivio del dolor sugieren que el mecanismo del dolor óseo no es totalmente secundario al efecto mecánico.

El dolor causado por la invasión del tumor de nervios y tejidos blandos también puede ser tratado con radioterapia; no obstante, con frecuencia el tratamiento requiere dosis mayores de radiación, y el alivio del dolor tiende a correlacionarse con la regresión del tumor. Normalmente se prescribe para tumores que están invadiendo el plexo braquial (por ejemplo, el tumor de Pancoast del pulmón) y en tumores de cabeza y cuello. El dolor producido por metástasis vertebral puede ser el resultado de dolor óseo, compresión de la columna vertebral o compresión radicular.

Tabla I. Indicaciones para la radioterapia paliativa

Alivio del dolor
Dolor de huesos
Infiltración de la raíz del nervio y tejido blando

Control de la hemorragia

Hemoptisis
Hemorragia vaginal
Hematuria
Hemorragia rectal

Control de fungiformación y ulceración
Disnea
Emergencias oncológicas

Obstrucción de la vena cava superior
Compresión de la columna vertebral
Metástasis cerebral que causa un incremento en la presión intracraneal

Alivio del bloqueo de víscera hueca
Reducción de las masas del tumor
Síntomas en virtud del sitio ocupado

Efectos secundarios

Los efectos de la radiación del tejido son tanto localizados como sistémicos. Las reacciones agudas de la piel (a menudo llamadas incorrectamente quemaduras) se deben a un daño transitorio de la capa basal de la epidermis y son severas sólo en la terapia radical. Es posible que exista alopecia por la irradiación de la cabeza; los pacientes deberían estar enterados de que es poco probable que el tratamiento que no afecta al cuero cabelludo produzca este fenómeno. La radiación tardía (lesión de las células de división lenta) normalmente no tiene consecuencia en pacientes enfermos terminales debido a su esperanza de vida limitada.

Hormonoterapia y quimioterapia

Los medicamentos que se administran a un paciente con cáncer sirven a menudo para aliviar los síntomas dolorosos en quienes la

cura no es una meta realista. La reducción en la masa del tumor con medicamentos citotóxicos puede disminuir los síntomas incluso en cánceres que normalmente no se tratan primariamente con terapia medicamentosa. De igual forma, los pacientes con tumores que responden a la supresión de hormonas endógenas o cuyo crecimiento disminuye con la administración de hormonas exógenas deberían experimentar un alivio en los síntomas dolorosos a pesar de la incapacidad de dichos tratamientos para curar el cáncer. Ejemplo de esto son el cáncer de mama (el cual es sensible a receptores de estrógenos o progestágenos y puede ser tratado con ooforectomía, andrógenos, estrógenos y antiestrógenos junto con medicamentos citotóxicos) y el cáncer de próstata, el cual suele responder a orquiectomía, estrógenos y hormona luteinizante.

Cirugía paliativa

Los procedimientos quirúrgicos que intentan disminuir los síntomas dolorosos del cáncer son ➔

Tabla 2. Indicaciones de la cirugía paliativa

Urgente

Hemorragia conspicua
Estenosis severa de una víscera hueca
Perforación intestinal
Compromiso cardíaco
Compresión de la columna vertebral

Tumor de Bulking

Metástasis hepática y pulmonar
Tumores ulcerados y necrosados con metástasis a distancia

Cirugía de las metástasis

Metástasis osteolíticas (con o sin fractura patológica) provocadas por un tumor primario que progresa lentamente

Cirugía ablativa

Ooforectomía
Orquiectomía
Hipofisectomía

una parte de los tratamientos curativo y paliativo. Éstos incluyen la reducción de la masa del tumor, para lo cual se extirpan tejidos cuyos productos endocrinos potencian el crecimiento del tumor primario. También se quitan o estabilizan metástasis óseas y fracturas patológicas. La Tabla 2 enumera las indicaciones para la cirugía paliativa.

Procedimientos ortopédicos

La invasión ósea por tumores primarios o metastásicos es una causa frecuente de dolor en el paciente oncológico. La mayoría de las metástasis óseas son el resultado de carcinomas de próstata, mama y pulmón. Los síntomas pueden ser consecuencia directa de irritación del periostio/endostio, compresión del tejido nervioso contiguo (central o periférico) o fractura patológica.

Las metástasis en la bóveda craneal y la base del cráneo pueden producir dolor localizado, así como síntomas relacionados con su ubicación. Por ejemplo, las metástasis en el clivus suelen generar dolor severo referido a la calota, el cual se exagera por el movimiento y puede estar asociado

con déficit del nervio craneal ipsilateral. Un patrón similar se vincula con el síndrome del foramen yugular; sin embargo, también puede referirse al brazo o al hombro, o bien involucrar al nervio craneal. Estas lesiones a menudo se tratan mejor con radioterapia que con cirugía. El dolor debido a metástasis en un cuerpo vertebral se relaciona con grados y patrones diversos de compresión radicular y de la columna vertebral dependiendo del nivel vertebral. Dichas lesiones pueden progresar a fractura patológica si no se tratan. Mientras que las metástasis óseas responden bien a radiación externa o irradiación intravenosa sistémica, las lesiones que se desarrollan en fracturas pueden requerir estabilización quirúrgica o laminectomía descompresiva o ambas para aliviar los síntomas del paciente.

Procedimientos quirúrgicos generales

La obstrucción visceral es común en pacientes con tumores pélvicos e intraabdominales

y afecta aproximadamente a un tercio de las personas con cáncer de colon o de ovario. Las adhesiones o fibrosis poslaparatomía como resultado de la radioterapia pueden contribuir a una alta incidencia de obstrucción visceral en estos pacientes. La obstrucción provoca dolor, deshidratación, septicemia y fallo de un órgano primario.

El dolor secundario a la obstrucción se mejora con la hidratación intravenosa, la aspiración nasogástrica, opiáceos y antieméticos o a través de los procedimientos de descarga. La obstrucción del tracto gastrointestinal puede tratarse con gastrostomía/yeyunostomía percutánea o por laparotomía con colostomía de descarga. Las obstrucciones del árbol biliar, como ocurre en los carcinomas pancreático y hepático, pueden requerir colocación de un *stent* mediante endoscopia o laparotomía para un *by pass* biliar. De igual forma, las obstrucciones del tracto urinario a menudo pueden ser mantenidas con control cistoscópico como alternativa a una cirugía abierta para *by pass*.

Cuidados asistenciales y domiciliarios

La variedad y calidad de los servicios para los pacientes ambulatorios se han extendido significativamente en las dos últimas décadas. Esto ha permitido que un plan de cuidado supervisado profesionalmente y desarrollado en el hospital o clínica pueda continuarse en casa. La atención hospitalaria de un paciente interno puede ser el primer contacto que su familia tenga con la paliación médica y social. Ésta es, en muchos casos, una fase de transición entre el tratamiento médico del paciente ingresado y el cuidado en casa.

La meta del cuidado paliativo es el mantenimiento subjetivo o mejora de la calidad de vida, lo cual se puede lograr en el hogar. La coordinación de los servicios asistenciales no sería posible sin un equipo de profesionales de la salud bien organizado que incluya enfer-

meras, trabajadoras sociales, clero, voluntarios para el cuidado en casa y farmacéuticos, todos ellos en contacto permanente con el médico del enfermo. Si trabaja conjuntamente, el equipo encargado del cuidado paliativo en casa puede proporcionar al paciente la mayoría de las modalidades para el control del dolor que están disponibles en una institución de salud (narcóticos intraespinales, anestesia epidural, analgesia controlada por el paciente).

Conclusiones

El amplio objetivo del cuidado paliativo del individuo con cáncer refleja el entendimiento de que el cuidado paliativo y el alivio del dolor deben coexistir en el intento de curar, más que considerarlos como el desafortunado fin de un tratamiento afortunado. Factores tales como el bienestar emocional y físico (llamado calidad de vida) con frecuencia son ignorados en los juicios clínicos para la terapia del cáncer. El alivio efectivo del dolor se puede conseguir en la mayoría de los pacientes y debería ser una meta del tratamiento en ambos estadios -primario y terminal- del cáncer. **DOLOR**