



Etiología del dolor por cáncer

Autora: María del Rocío Guillén Núñez, algóloga adscrita al Servicio de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, México.

Cada año se diagnostican aproximadamente nueve millones de personas con cáncer.¹ El dolor crónico es uno de los síntomas más comunes en los pacientes oncológicos; aunque se trata de una entidad conocida, es limitada en cuestión de registros. No existen reportes concluyentes acerca del número de individuos que sufren dolor por esta enfermedad. La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera al dolor severo secundario por cáncer un problema de salud pública en el mundo. Estadísticas de la OMS demuestran que los pacientes con cáncer experimentan dolor debido principalmente a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración. Según reportes de algunos centros hospitalarios, el dolor es la causa más importante de hospitalización y la prevalencia de este síntoma en pacientes con cáncer varía del 47% al 54%.

El dolor puede ser secundario a la infiltración directa del tumor o al tratamiento. La prevalencia del dolor en los pacientes con cáncer depende por tanto de diversos factores, como el tipo de neoplasia, etapa clínica, presencia de metástasis y modalidad terapéutica. Estimaciones realizadas en 1996 en algunos países señalan que cerca de 160 mil individuos por año experimentaron dolor en Japón, 100 mil a 180 mil en Indonesia y 36 mil en Taiwán.²

La OMS calcula que el número de casos nuevos pasará de 10 millones registrados en el año 2000 a 30 millones antes del 2020 y que cerca de 60% se presentará en los países del tercer mundo. Actualmente el cáncer es la doceava causa de muerte a nivel mundial, con un número anual de fallecimientos de 6 millones. Se espera que para el año 2020 las defunciones por cáncer sumen 10 millones y que este padecimiento se encuentre dentro de las tres primeras causas de muerte. ➔

Referencias bibliográficas

1. Silva HJ. *Manejo Integral del dolor por cáncer*. Primera edición. Azerta Comunicación Creativa, 2003;153-58.
2. Súchel B, Mohar B. Epidemiología del dolor por cáncer en Plancarte S, Mayer R. *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill-Interamericana, 19-31.
3. Plancarte SR, Mille-Loera J, Mayer-Rivera F. *Manejo del dolor en cáncer*. Cir Ciruj 2002; 70: 356-368.
4. www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/dolor/healthprofessional
5. Lesage P, Portenoy R. Trends in cancer pain management. From *Cancer Control Journal of the Moffitt Cancer Center*.

Dolor causado por el proceso oncológico³

- Invasión Del tumor al hueso
- Compresión De raíces, troncos o plexos nerviosos
- Infiltración De vasos sanguíneos
- Obstrucción De víscera hueca o del sistema ductal de dicha víscera
- Oclusión Intestinal
- Tumefacción De una estructura envuelta en fascia, periostio u otras estructuras sensibles al dolor
- Necrosis Infección, inflamación o ulceración de las membranas, mucosas y estructuras sensibles al dolor.

Bonica and Foley. P, Edited By J.J. Bonica, Raven Press, New York 1990.

Dolor agudo asociado con procedimientos diagnósticos

- Diagnóstico Punción lumbar, biopsia de médula ósea, paracentesis
- Terapéutico Pleurodesis, embolización tumoral, inserción de nefrostomía
- Analgésico Síndrome de hiperalgesia por opioides espinales, dolor posterior a la terapia con estroncio-89.

Dolor agudo asociado con terapias

- Quimioterapia Quimioterapia intraperitoneal, mucositis orofaríngea, neuropatía periférica
- Hormonoterapia Ginecomastia dolorosa, dolor agudo inducido por hormonas
- Inmunoterapia Artralgias y mialgias por interferón e interleucina
- Radioterapia Mucositis orofaríngea, enteritis aguda posradiación, proctitis, plexopatía braquial

Dolor asociado con la neoplasia o patología relacionada

- Dolor agudo relacionado con el tumor Colapso vertebral y otras fracturas patológicas, obstrucción aguda, hemorragia intratumoral.
- Dolor agudo asociado con infección Mialgias y artralgias asociadas con sepsis, dolor asociado con abscesos superficiales.

El dolor por cáncer puede deberse a:

- Progresión tumoral y patología relacionada
- Cirugías u otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos invasivos.
- Toxicidad de la quimioterapia y radioterapia
- Infección
- Dolor muscular ocasionado por actividad física limitada.
- Dolor no relacionado con la enfermedad oncológica.

La identificación de la etiología del dolor es esencial para su control. Los clínicos que tratan pacientes

con cáncer deberán reconocer los síndromes comunes de dolor del cáncer, lo cual complementará inferencias sobre la fisiopatología y ayudará a identificar la etiología del dolor, la necesidad de una evaluación adicional y la elección de terapias específicas. Los síndromes dolorosos pueden ser agudos o crónicos. Los síndromes dolorosos agudos usualmente son causados por intervenciones diagnósticas o terapéuticas.⁶

Síndromes comunes del dolor relacionado con el cáncer provocados por lesión del nervio periférico⁴

Síndrome del dolor	Signos y síntomas asociados	Nervios afectados
Infiltración del tumor en un nervio periférico	<ul style="list-style-type: none"> Dolor constante, ardiente, con disestesia en un área de pérdida sensorial El dolor es radicular y, con frecuencia, unilateral 	Nervios periféricos
Diseción posradical del cuello	<ul style="list-style-type: none"> Sensación tensa y ardiente en el área de pérdida sensorial Se pueden presentar disestesias y dolores como choque Puede existir un dolor músculo-esquelético debido a un síndrome de hombro caído. 	Nervios craneales bajos Plexo cervical
Dolor de posmastectomía	<ul style="list-style-type: none"> Dolor tenso, restringente, ardiente, en el brazo posterior, la axila y en la pared anterior del tórax. Dolor exacerbado por el movimiento del brazo, posiblemente debido a disfunción músculo-esquelética o edema. 	Intercostobraquial
Dolor de postoracotomía	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de dolor en la distribución de la incisión con pérdida sensorial con o sin cambios autonómicos. Con frecuencia se presenta ternura viva localizada en los puntos más centrales y sobresalientes de la cicatriz con un punto específico de desencadenamiento en el músculo. 	Intercostal
Dolor de posnefrectomía	<ul style="list-style-type: none"> Adormecimiento, repleción o pesadez en el costado, abdomen anterior y en la ingle. Las disestesias son comunes 	Nervios cutáneos superficiales
Dolor de posamputación	<ul style="list-style-type: none"> Dolor persistente del miembro fantasma en una minoría de pacientes El dolor del muñón se resuelve con la curación de la herida, aunque el dolor asociado con la sensibilidad de la cicatriz puede surgir años más tarde. 	Nervios periféricos y sus proyecciones centrales.
Neuropatía periférica inducida por quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Parestesias y disestesias dolorosas Hiporreflexia Con menor frecuencia existe pérdida motora y sensorial; raramente se presenta disfunción autonómica. Comúnmente relacionada con los alcaloides de la vinca, el cisplatino y el paclitaxel. 	Nervios periféricos (por ejemplo, polineuropatía).
Tumores de nervios periféricos	<ul style="list-style-type: none"> La radioterapia puede promover un fibrosarcoma maligno Masa dolorosa que se agranda en un área previamente irradiada Los pacientes con neurofibromatosis son más susceptibles 	Nervios periféricos
Neuropatías craneales	<ul style="list-style-type: none"> Dolor severo de la cabeza con disfunción del nervio craneal Enfermedad leptomeníngea Metástasis en la base del cráneo 	Los nervios craneales V, VII, IX, X, XI y XII son los más comunes.
Neuralgia aguda y posherpética	<ul style="list-style-type: none"> Parestesia y disestesia dolorosas Dolor constante, ardiente y persistente Choque, como el que se presenta en el dolor paroxístico La inmunosupresión de la enfermedad o del tratamiento es un factor de riesgo; la incidencia de neuropatía posherpética aumenta con la edad. 	Los más comunes son el nervio torácico y el craneal V.