

## ¿Qué se puede hacer con el dolor intercurrente?

Para todos los que nos dedicamos al tratamiento del dolor, es muy evidente la frecuente y molesta evidencia, de que con el actual arsenal terapéutico disponible (especialmente los opioides mayores de liberación retardada, orales o transcutáneos), resulta relativamente fácil el control adecuado del dolor crónico, pero no así las crisis de agudización que coexisten con él y especialmente (por su intensidad y dramatismo), las que varias veces al día, suelen acompañar a un dolor crónico oncológico, que por otra parte presenta un buen control basal.

Con la mentalidad pragmática que les caracteriza, ya en 1990 (1), se describe en los Estados Unidos, una entidad nosológica independiente: “*breakthrough pain*”, término que se extiende también a Gran Bretaña y que se define como: “las exacerbaciones transitorias de un dolor oncológico, que se haya bien controlado con la utilización de opioides mayores”.

Mientras tanto, en la Europa continental, no encontramos un término equivalente, hasta mucho después, dispersándonos en disquisiciones acerca del dolor intercurrente, incidental, episódico (2), etc.

En nuestro país, resulta de obligada referencia, el Documento de Consenso que en 2002 firman la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Sociedad Española del Dolor (SED), en el que se establece la definición de dolor irruptivo, como “una exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor persistente estable”. De tal forma que el dolor irruptivo, acontece en el curso de un dolor basal que se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5), mediante el uso fundamental de opioides mayores, presenta un súbita aparición, gran intensidad (EVA > 7) y corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos).

Se acepta la existencia de tres tipos etiológicos de dolor irruptivo:

—Dolor irruptivo incidental. Es el más frecuente y se le relaciona fácilmente con un factor causal (movilización, tos, defecación, etc.).

—Dolor irruptivo idiopático o espontáneo. No se evidencia ningún factor desencadenante.

—Dolor irruptivo por fallo de final de dosis. Como su nombre indica, obedece a una deficiente dosificación del tratamiento opioide de fondo.

La incidencia no está clara (variando del 15 al 95%, según los estudios publicados), aceptándose una prevalencia media en torno al 70% de todos los casos de dolor oncológico. Si tenemos en cuenta su dramática intensidad comprenderemos la importancia del problema, especialmente en términos de alteración de la calidad de vida del paciente y su entorno familiar, incapacidad funcional, alteraciones depresivas y ansiedad (3).

Hasta hace poco, nuestra única arma contra el dolor irruptivo era la prescripción de analgésicos “de rescate”: analgésicos no opioides u opioides menores, en el dolor de moderada intensidad y sobre todo, el sulfato de morfina de liberación inmediata (SMLI), en caso de dolor irruptivo severo: recomendándose la administración de una posología equivalente a 1/6 de la dosis diaria del opioide mayor, utilizado para el dolor de fondo y advirtiéndole al paciente de que en caso de necesitar más de 4 dosis suplementarias diarias, acudiese a su terapeuta para rediseñar el tratamiento (fundamentalmente, para aumentar la dosificación del opioide mayor de liberación retardada).

Si contemplamos las características farmacológicas de los comprimidos del SMLI, habrá que considerar que el inicio de su acción es superior a los 30 minutos, alcanza su pico máximo en torno a la hora y prolonga sus efectos durante 3-4 horas (5). Si esto lo comparamos con la patocronía del dolor irruptivo (inicio súbito y duración inferior a media hora), se entenderá que la evidente discordancia terapéutica, se traduzca en la desgraciada situación que se describe así: “Doctor, cuando me duele tomo un comprimido y como no se me alivia, me tomo otro y entonces lo que ocurre es que me quedo muy dormido durante horas...”, todo ello conduce a un aumento imparable del opioide mayor de liberación retardada (ya sea en formulaciones orales o transdérmicas) con el consiguiente riesgo de sobredosificación relativa y aumento de los efectos secundarios, especialmente sedación excesiva, estreñimiento y náuseas/vómitos.

Tal era la situación hasta que se diseñó el primer analgésico con indicación específica en el tratamiento del dolor irruptivo: el citrato de fentanilo de absorción oral transmucosa (CFOT). Mucho antes (a principio de los setenta) se describen las peculiaridades que, respecto a la absorción de fármacos, presentan los diversos tejidos de la cavidad oral, siendo la mucosa sublingual la de mayor permeabilidad, seguida de la mucosa bucal y de las encías. El CFOT se presenta en comprimidos con una matriz edulcorada, provistos de un mango (bastoncillo) que facilita su frotación sublingual y por la mucosa de las mejillas, de esta forma se produce una doble absorción: transmucosa (25%), responsable de su rápida acción ya que traspasa la barrera hemato-encefálica en 3-5 minutos y de un inicio muy precoz del efecto analgésico (5-10 minutos), que alcanza su máximo en 20-30 minutos y otra parte del producto (25%), se deglute y tras pasar por ciclo entero-hepático, origina una acción más tardía (hasta 1 ó 2 horas) (2). Se estima que el 75% del producto, se absorbe en los primeros 10 minutos y dada su peculiar presentación, si aparecen efectos secundarios basta con retirar el comprimido (4).

En 1998 consigue su registro por la FDA americana, inicialmente para la premedicación anestésica y sedación monitorizada en pequeños actos quirúrgicos, especialmente en niños. Poco después y merced a los pertinentes trabajos, se le reconoce su indicación fundamental en el tratamiento del dolor irruptivo. Entre 2001 y 2002 se introduce en el continente europeo, con esta última indicación.

De todo lo expuesto cabe deducir que el CFOT se acerca mucho a los requisitos que debe cumplir el analgésico ideal para el tratamiento del dolor irruptivo. Además, tiene un amplísimo rango de presentaciones (comprimidos de 200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg, 1.200 µg y 1.600 µg) lo que facilita una rápida titulación, que suele conseguirse en 2 ó 3 días (5).

En el presente número, Trelis y cols. publican un trabajo en el que concluyen que su estudio observacional ha permitido corroborar que CFOT presenta un buen perfil de seguridad, comparable al de otros analgésicos opioides. Adicionalmente, los datos de efectividad obtenidos, pioneros en nuestro entorno, han permitido constatar que CFOT es un fármaco capaz de disminuir, de forma significativamente más

rápida, eficaz y específica el dolor irruptivo que padecen los pacientes oncológicos, que otros tratamientos previamente usados por estos pacientes.

Pero yendo aún más lejos, nos atrevemos a vaticinar, que tal como ya ocurrió con las otras presentaciones de opioides mayores y avalado por su alta eficacia, pronto pasará de su indicación actual exclusiva en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico, a la del tratamiento de cualquier dolor irruptivo, aunque no sea de naturaleza oncológica, ya que es difícil encontrar una objeción farmacológica que lo cuestione.

**F. Collado**

Servicio de Anestesia y Clínica del Dolor.  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Portenoy R, Hagen N. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990; 41: 273-81.
2. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A. Episodic (Breakthrough) Pain. *Cancer* 2002; 94: 832-9.
3. Portenoy R, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 1999; 81: 129-34.
4. Streisand JB, Varvel JR, et al. Absorption and bioavailability of oral transmucosal fentanyl citrate. *Anesthesiology* 1991; 75: 223-9.
5. Trellis J, Pérez Hernández C, Sánchez Domínguez F, Martínez Calderón F, Gracia A, Zsolt I. Citrato de fentanilo oral transmucosa en el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con cáncer en España: Resultados del estudio EDIPAD. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11 (4): 184-96.