

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(1): 21-23

Manejo de la deprivación de altas dosis de morfina intratecal en el postoperatorio de paciente sometido a retirada de sistema intratecal por infección. Propuesta de manejo

E. del Cojo Peces¹, M. J. Rodríguez Pérez¹, G. Muñoz Rosado¹, C. Fletes Peral², J. Costillo³ y C. Rodríguez Paniagua³

¹Servicio de Anestesiología y Reanimación. Unidad del Dolor. Sección de Tratamiento Intervencionista del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²Servicio de Anestesiología. Hospital General de Ciudad Real. ³Unidad del Dolor. Badajoz

Del Cojo Peces E, Rodríguez Pérez MJ, Muñoz Rosado G, Fletes Peral C, Costillo J, Rodríguez Paniagua C. Manejo de la deprivación de altas dosis de morfina intratecal en el postoperatorio de paciente sometido a retirada de sistema intratecal por infección. Propuesta de manejo. Rev Soc Esp Dolor 2012; 19(1): 21-23.

ABSTRACT

Patients with chronic pain disease, bearers of intrathecal drug release systems, currently pose a challenge of handling, when in the perioperative period, we are forced to discontinue the administration of such drugs, as the clinical case set out sharply. It addresses the problem of countering the effects of the deprivation of high dose of intrathecal morphine in a patient undergoing withdrawal of the intrathecal system, with a proposal for management and clinical outcomes observed.

© 2012 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

El autor Enrique del Cojo Peces ha participado bajo el auspicio de la compañía Bristol Myers Squibb en la realización de cursos de formación en Dolor Agudo Postoperatorio, no existiendo relación contractual con dicha empresa farmacéutica.

Recibido: 30-04-11
Aceptado: 01-06-11

Key words: Postoperative pain. Morphine withdrawal syndrome. Complications of opioid therapy. Intrathecal morphine. Opioid hyperalgesia.

RESUMEN

Los pacientes afectados de dolor crónico, portadores de sistemas de liberación de fármacos intratecales, actualmente plantean un desafío de manejo, cuando por razones perioperatorias, nos vemos obligados a interrumpir de forma brusca la administración de dichos fármacos, como el caso clínico que exponemos. En el mismo se aborda la problemática de contrarrestar los efectos de la deprivación de morfina a altas dosis intratecales en un paciente sometido a retirada del sistema intratecal, con una propuesta de manejo y los resultados clínicos observados.

© 2012 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Síndrome de abstinencia a morfina. Tolerancia a la morfina. Complicaciones de la terapia con opiodes. Hiperalgesia asociada a los opiodes.

INTRODUCCIÓN

Es poco frecuente, pero de muy difícil manejo, el paciente portador de un dispositivo de liberación de fármacos intratecal, que por razones no evitables, tiene

que ser sometido a la retirada del mismo, con la correspondiente consecuencia de privación de los fármacos que se le estaban administrando. Habitualmente el fármaco que más problemas nos puede dar en el postoperatorio inmediato, de aquellos que se usan vía intratecal, como primera y segunda alternativa (morfina, bupivacaina, clonidina, ziconotide, etc.) es la privación de morfina intratecal, sobre todo si se están administrando a altas dosis. En el caso clínico expuesto presentamos a un paciente al que tuvo que retirársele el sistema intratecal, por infección del mismo, que estaba siendo tratado con dosis de 16 mg/día de morfina intratecal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente bajo tratamiento por la Unidad del Dolor afecto de cuadro de dolor crónico por politraumatismo con trauma espinal y fractura T7 de arco posterior. Refiere en la primera consulta en la Unidad del Dolor, dorsalgia, de características mixtas, con localización entre los dermatomas D2 y D7, y en ocasiones puntuales, irradiación de características neuropáticas a miembros inferiores. Escala visual analógica (EVA) de 9. Se decide colocar sistema de infusión intratecal, que mantiene durante dos años, Synchroned II Medtronic 20 ml. Buen control del dolor con EVA máximos de 4 puntos en los periodos de recarga. El paciente paulatinamente fue refiriendo más dolor, y se aumentaron las dosis de morfina, que inicialmente fueron de 4 mg al día, hasta llegar a 16 mg/día más bupivacaina a 12 mg/día. A pesar de que el control del dolor continuaba siendo aceptable, manteniendo el EVA de 4 puntos, la dispersión geográfica característica de Extremadura, y las altas dosis de fármaco requerido, obligaban a recargas muy frecuentes, motivo por el cual se decidió recambio del sistema por uno de mayor capacidad (Synchroned 40 ml).

Bajo anestesia local y sedación, se evidencia durante el proceso, obstrucción parcial del catéter multiperforado, motivo por el cual en el mismo procedimiento se recambia todo el sistema intratecal. El postoperatorio inmediato discurre sin incidencias y se mantienen las dosis de fármacos intratecales con buen nivel analgésico.

A las 72 horas del procedimiento, el paciente acude a consulta con fiebre, leucocitosis con importante desviación izquierda y secreción purulenta por el acceso espinal, sin signos de meningismo. Es intervenido con urgencia, objetivando abundante pus en el bolsillo y en el acceso espinal. Se retira todo el sistema, se pauta antibioterapia intravenosa de amplio espectro (ceftazidi-

ma, vancomicina y rifampicina) y se ingresa en la Unidad de Reanimación, con una estrategia farmacológica para evitar la privación brusca de morfina, que consiste en una perfusión intravenosa de cloruro mórfico a 2-4 mg/día más una perfusión de ketamina 125 mg/día y midazolam 60 mg/día. Se plantean neurolépticos de rescate si apareciera síndrome de abstinencia (tiaprizal y/o haloperidol).

RESULTADOS

El paciente estuvo ingresado en la Unidad de Reanimación durante seis días. En ese periodo, no apareció síndrome de abstinencia a la morfina, acusándose los efectos de la ketamina, pero no siendo estos desagradables para el paciente. No necesitó rescates de neurolépticos. Las dosis de morfina se sustituyeron por fentanilo TTS 50 al tercer día del ingreso y midazolam y ketamina fueron disminuyéndose de forma gradual, hasta su suspensión el quinto día del ingreso.

DISCUSIÓN DEL CASO

Cuando realizamos una revisión bibliográfica sobre los efectos de la privación de morfina intratecal en el perioperatorio en revistas indexadas, el número de artículos que encontramos es escaso. Sí es frecuente encontrar referencias sobre la desintoxicación rápida de opiáceos en Medicina Intensiva (1), pero esto no nos es útil en el contexto de Medicina del Dolor y Cuidados Postoperatorios. En otras ocasiones, descubrimos sugerencias de manejo en pacientes tomadores crónicos de opiáceos (2), pero vía oral, y a dosis mucho menores de las que son utilizadas vía intratecal, y por supuesto en el caso que nos ocupa. Aun así, en la bibliografía se desmitifican muchos conceptos preconcebidos sobre los tomadores crónicos de opiáceos y/o los pacientes adictos a drogas vía parenteral (ADVP).

Indudablemente, no se nos pasa por alto, que pacientes como el expuesto pueden tener una considerable hiperalgesia inducida por los opioides, concepto completamente distinto de la tolerancia a los opioides, aunque no se podría llegar al segundo sin el primero (3).

Teniendo en nuestra mano ciertas referencias bibliográficas (4), vemos lógico pensar que una estrategia óptima para dilapidar la hiperalgesia inducida por los opioides es la ketamina, motivo que nos movió a utilizarla en el postoperatorio. Además de ello, suponíamos razonable el uso de benzodiazepinas para amortiguar el síndrome de abstinencia (4).

No se nos debe pasar por alto, el hecho constatado a la retirada del catéter, de la obstrucción parcial del mismo, posiblemente ocasionada por las altas concentraciones de morfina que recibía (20 mg/ml), afortunadamente no llegándose a producir un granuloma en punta del catéter (5), hecho que hubiera complicado sobremanera el devenir exitoso del paciente durante el procedimiento. Estos eventos ocurren incluso en los casos en los que no necesariamente utilizamos fármacos de primera línea para infusión intratecal (6).

Como conclusión, en nuestra experiencia, la perfusión continua de ketamina y benzodiacepinas apoyadas por neurolepticos en pacientes con altas dosis de morfina intratecal, nos es francamente útil en los casos en los que nos vemos obligados a retirar el sistema por problemas de infección grave, que comprometen seriamente la vida del paciente.

CORRESPONDENCIA:
Enrique del Cojo Peces
C/ Bailén, 10, 1º B
Badajoz
e-mail: delcojo3@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa Berenguel JL, Palazón Sánchez C, Felices Abad F, García Basterrechea JM, Gil Rueda B, Blanco Molina T, et al. Estudio de un protocolo de desintoxicación rápida en pacientes dependientes de opiáceos en una unidad de cuidados intensivos: resultados preliminares. *Med Intensiva* 2001;25:217-22.
2. Alford DP, Compton P, Samet JH. Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Ann Intern Med* 2006;144:127-34.
3. Silverman SM. Opioid induced hyperalgesia: clinical implications for the pain practitioner. *Pain Physician* 2009;12:679-84.
4. Angst MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia. A qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2006;104:570-87.
5. Webb DM, Schneider JR, Lober RM, Vender JR. Granulomatous conduit for intrathecal infusion of morphine and bupivacaine. *Reg Anesth Pain Med* 2011;36:195-7.
6. De Andrés J, Tatay Vivó J, Palmisani S, Villanueva Pérez VL, Mínguez A. Intrathecal granuloma formation in a patient receiving long-term spinal infusion of tramadol. *Pain Med* 2010;11:1059-62.