



Luces y sombras del tratamiento del dolor con cannabis medicinal

Lights and shadows of treating pain with medical cannabis

Ananda significa “alegría, placer” en sánscrito. Y *anandamida* es el nombre que recibió el primer endocannabinoide descubierto, a mediados del siglo xx, por el grupo de Raphaël Mechoulan [1]. Se abrió así camino el estudio científico del uso del cannabis y de los cannabinoides para el tratamiento de múltiples enfermedades. Pero la historia había empezado mucho antes. En 1833, un joven irlandés, William Brooke O’Shaughnessy, viajó a la India y comenzó a trabajar como médico de la Compañía de las Indias. Entró en contacto con los tratamientos tradicionales que allí se empleaban y se interesó en el uso del opio y del cannabis. Esta última planta era muy popular en Asia, pero prácticamente desconocida en Europa. Fue gracias a este joven médico que en Europa se empezó a conocer el uso de la planta en múltiples enfermedades (antirreumático, anticonvulsivante, antiasmático, hipnótico, oxiótico, analgésico, orexigénico, antiemético, anticolérico...) [2]. A partir de entonces su uso se implantó progresivamente en Europa y formó parte de la farmacopea occidental hasta su prohibición, a mediados del siglo xx, por su creciente empleo como sustancia de abuso.

Desde el aislamiento y caracterización de los principales responsables del efecto del cannabis (el Δ -9-tetrahidrocannabinol y el cannabidiol), de nuevo por el grupo de Mechoulan [3,4], en nuestro entorno ha retomado auge el uso de los cannabinoides, derivados naturales o sintéticos de los productos de la planta, o de la planta en su conjunto (el llamado Cannabis medicinal) para el uso de múltiples patologías.

En los últimos 10 años, el interés por el uso terapéutico del cannabis ha crecido exponencialmente (Figura 1), paralelo e influido por la presión ejercida por los pacientes, quienes, durante demasiado tiempo, se han visto obligados a aliviar sus síntomas sin acceso a productos legales ni a consejo médico especializado. La legalización del cannabis para uso terapéutico abrió la puerta que ahora nos toca cruzar.

Al clínico se le ha colocado entre la espada y la pared, siendo la espada la presión ejercida por los pacientes, por la innegable certeza de que a muchos pacientes les funciona, y

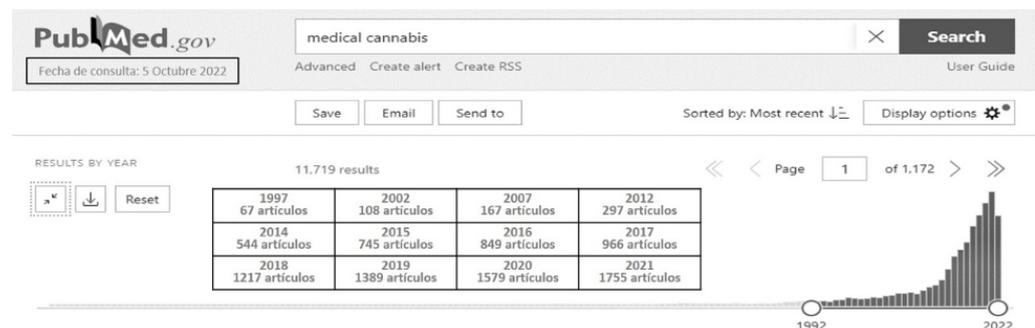


Fig. 1. Artículos encontrados en PubMed con la palabra clave “medical cannabis”. La tabla desgrena los resultados por año de publicación.

por el aparente perfil de seguridad del producto. La pared la constituye la gravísima falta de evidencia científica obtenida de ensayos clínicos rigurosos realizados con pacientes con dolor crónico.

En el campo de la medicina del dolor, por su inherente complejidad y por la falta de algoritmos clínicos validados científicamente, es difícil encontrar un equilibrio entre el sentido común y la empatía necesaria para proporcionar alivio a un síntoma terrible como es el dolor crónico y la indiscutible ausencia de evidencia científica. Desafortunadamente, en el campo de la medicina del dolor, el resultado de sumar 2 + 2 resulta en un valor variable entre 3 y 5. Por si eso no fuera suficientemente complejo, los especialistas tenemos acceso a un nuevo elemento terapéutico que viene acompañado de incluso mayor controversia.

El lector debe tener presente que las posiciones oficiales de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) [5] y la de su propia federación de capítulos europeos (EFIC) [6] respecto al tratamiento del dolor crónico con cannabis medicinal difieren en aspectos significativos, dejando al especialista en un aparente “cruce de caminos”.

El presente número de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* proporciona las herramientas académicas y clínicas mínimas apropiadas para que el lector se prepare para la posible inminente legalización del cannabis con fines terapéuticos en España. En este monográfico, el lector encontrará un resumen de las evidencias obtenidas en los laboratorios, así como las derivadas de los estudios clínicos disponibles. El dolor oncológico y el neuropático son, posiblemente, los síndromes de dolor crónico que presentan mejor potencial de respuesta al cannabis medicinal. El lector podrá consultar un resumen de la literatura disponible sobre estas dos patologías y también las del dolor visceral y el dolor nocioplástico, para así extraer sus propias conclusiones sobre si la evidencia presentada justifica responder a la demanda del paciente con una prescripción de cannabis medicinal analgésico.

El monográfico se complementa con una descripción práctica y simple de los aspectos importantes a tener en cuenta al iniciar el tratamiento. Finalmente, este suplemento concluye con los resultados de una encuesta realizada entre especialistas en el tratamiento del dolor, *sobre sus conocimientos y percepciones relacionadas con el uso de cannabis medicinal para el tratamiento del dolor*.

Las sombras que acompañan a la medicina cannabinoide y la medicina del dolor solo pueden ser iluminadas mediante la aplicación del sentido común, la lectura crítica sin prejuicios de la literatura científica y el desarrollo de investigación clínica rigurosa, que permita mover al cannabis terapéutico del campo de la “herboterapia” e introducirlo en el de la medicina de calidad y precisión.

J. Pérez Martínez¹, C. Goicoechea García²

¹Edwards Chair in Clinical Pain. McGill University. Montreal, Canadá. ²Catedrático de Farmacología. Universidad Rey Juan Carlos I. Madrid, España

Correspondencia: Jordi Pérez Martínez
Jordi.perez@mcgill.ca

BIBLIOGRAFÍA

1. Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*. 1992;258 (5090):1946-9. DOI: 10.1126/science.1470919.
2. O'Shaughnessy WB. On the Preparations of the Indian Hemp, or Gunjah: Cannabis Indica Their Effects on the Animal System in Health, and their Utility in the Treatment of Tetanus and other Convulsive Diseases. *Prov Med J Retrospect Med Sci*. 1843;5(123):363-9.
3. Mechoulam R, Gaoni Y. A Total Synthesis Of Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, The Active Constituent Of Hashish. *J Am Chem Soc*. 1965;87:3273-5. DOI: 10.1021/ja01092a065.
4. Mechoulam R, Shvo Y. Hashish. I. The structure of cannabidiol. *Tetrahedron*. 1963;19(12):2073-8. DOI: 10.1016/0040-4020(63)85022-x.
5. IASP Position Statement of the Use of Cannabinoids to Treat Pain [Internet]. IASP, 2021. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-position-statement-on-the-use-of-cannabinoids-to-treat-pain/>
6. Häuser W, Finn DP, Kalso E, Krceviski-Skvarc N, Kress HG, Morlion B, et al. European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. *Eur J Pain*. 2018;22(9):1547-64. DOI: 10.1002/ejp.1297.