

El dolor irruptor, ¿sólo oncológico?

Hace ya más de un cuarto de siglo que Portenoy y Hagen acuñaron el término Dolor Irruptor (DI), definiéndolo como una exacerbación transitoria de dolor que se produce en un contexto, por otra parte estable, de pacientes oncológicos que están recibiendo terapia crónica con opioides (1). En esta definición se contemplan tres elementos esenciales para conformarla: la existencia de un dolor basal debidamente controlado con opioides, presencia de una exacerbación transitoria del dolor y en el contexto de un paciente oncológico.

Con algunas variantes semánticas, pero conteniendo estos tres componentes básicos, la definición de DI se ha venido repitiendo a lo largo de dos décadas con escasas variantes. Así, Coluzzi (2) lo define como un brote transitorio de dolor que se superpone a un patrón de dolor, por otra parte estable, en pacientes oncológicos tratados con opioides, denominando a este tipo de dolor “episódico”, y diferenciando entre dolor incidental, dolor final de dosis y dolor irruptor o dolor en crisis.

En España, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Sociedad Española de Dolor (SED) establecieron un documento de consenso en el que asumieron el equívoco y neologista término “dolor irruptivo”, definiéndolo como una exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA > 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos), que aparece sobre la base de un dolor persistente estable cuando éste se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5) mediante el uso fundamental de opioides mayores, y siempre contemplándolo en el curso de un paciente oncológico (3). Esta idéntica definición se repite en un reciente artículo, en el que el título del mismo no deja lugar a la duda: “Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso” (4).

Podemos decir que, salvo algunas excepciones, en estos cinco lustros, tanto la definición de DI como las perfiladas y estereotipadas características descritas por Portenoy se han mantenido inalteradas, a pesar de la patente constatación en la clínica diaria de la presencia de DI en pacientes con dolor crónico no oncológico y de que sus propiedades no concordaban de forma tan exacta como las descritas en la literatura científica hasta el momento.

No es hasta 2001 cuando Zepetella (5) recoge por primera vez una alta prevalencia de DI (63 %) en pacientes con dolor crónico no oncológico, así como el tipo de DI que presentan y duración del mismo. Posteriormente, otros autores como K. Svendsen, coinciden con la apreciación de Zepetella. Ésta publica otra casuística sobre la existencia de DI en pacientes no oncológicos, atreviéndose a variar la primigenia definición de Portenoy: “Aumento transitorio del dolor en un paciente con un cuadro de dolor basal, controlado o no” (6). Otros artículos vienen a confirmar esta misma apreciación (7,8). El mismo Portenoy, en 2010, publica un artículo en el que recoge la incidencia de DI, tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos, encontrando más prevalencia en estos pacientes (48 frente a 33 %), no hallando diferencia significativa en el número de episodios al día ni en la intensidad de los mismos ni en la duración (9).

Años después, el Estudio Sublime valora la eficacia de un fentanilo sublingual para el tratamiento del DI en pacientes oncológicos y no oncológicos, no apreciándose diferencia significativa en el número de episodios entre ambos grupos, así como no apreciándose tampoco en el inicio del alivio del dolor ni en los efectos adversos. Tan sólo se constata un mayor requerimiento de dosis media del fármaco en los pacientes oncológicos (10).

A pesar de que la evidencia científica y clínica apuntan claramente a la elevada incidencia de DI en pacientes no oncológicos, autores como Manchikanti, después de realizar una revisión, tratan de negar la evidencia, sosteniendo que con lo publicado hasta ahora en la literatura médica no se puede avalar su terminología, prevalencia, características y tratamiento, afirmando que han sido poco descritas y deben seguir siendo objeto de debate. Concluye sosteniendo que su revisión pone de manifiesto que no hay evidencia para afirmar la existencia de cualquier tipo de DI en el dolor crónico no oncológico (11). Gatti, en 2013, aporta algo más de luz al debate y, con un considerable universo, (1.270 pacientes, de los que un 85,5 % se trata de pacientes no oncológicos) llega a la conclusión de que no hay diferencia entre el número de episodios y la intensidad del dolor entre ambos grupos, aportando una novedad al afirmar que muchos de los pacientes describían los episodios con unas peculiaridades que no se ajustaban al perfil clásico descrito por Portenoy (12), algo que en la clínica es observado con elevada frecuencia.

Sí es cierto que, a pesar de la evidente constatación de que los pacientes con dolor crónico no oncológico presentan elevada prevalencia DI, no se han realizado ni publicado muchos estudios al respecto. De hecho, en los dos últimos años, rastreando el buscador de libre acceso PubMed, encontramos 48 estudios relacionados con dolor irruptor, de los que sólo dos abordan la existencia de éste en pacientes no oncológicos. Uno de ellos lo hace de forma selectiva y en él se llega a afirmar categóricamente que: “aunque el dolor irruptivo se definió originalmente en los pacientes con cáncer, posteriormente se identificó el dolor irruptivo en pacientes no oncológicos, con unas características similares para ambos grupos: alrededor del 60 al 75 % de los 2 grupos experimentarán dolor irruptivo, 2-4 veces por día, de duración similar (30-60 minutos)” (13). Mientras, en el otro artículo, se contempla una mayor potencialidad de presentar DI en pacientes no oncológicos que en los oncológicos (14).

Como vemos, esta parquedad en la literatura médica de estudios sobre prevalencia, características y tratamiento del DI en pacientes no oncológicos hace que recibamos con gran interés y expectación este artículo que hoy publicamos en nuestra revista (15).

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, cuyo principal y original objetivo es evaluar la variabilidad del DI entre pacientes oncológicos y no oncológicos, e incluso en el mismo paciente. Mientras no se encuentran diferencias significativas en la intensidad de los episodios y en la evaluación del alivio del dolor entre ambos grupos, sí se pone de manifiesto la enorme variabilidad de los episodios en intensidad y duración, no sólo ya entre diferentes pacientes, sino en el mismo paciente, comprobando cómo muchos episodios difieren entre sí dificultando su tratamiento. Entre las importantes novedades que aporta este artículo, se consolida la existencia de DI en pacientes no oncológicos y abre la necesidad de nuevos estudios que confirmen esta enorme variabilidad en los episodios dentro de un mismo paciente.

Debemos recordar que el uso de fentanilo de acción rápida tan sólo tiene indicación para su administración en pacientes oncológicos que presenten DI y, aunque la Sociedad Española del Dolor ha aprobado recientemente un consentimiento para su uso compasivo en pacientes no oncológicos, debería consensuarse una más correcta definición de DI que acogiera a todos los supuestos posibles.

Ignacio Velázquez
Unidad del Dolor de Guadix. Granada

BIBLIOGRAFÍA

1. Portenoy R, Hagen N. Breakthrough pain: Definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-81. DOI: 10.1016/0304-3959(90)90004-W
2. Christie JM, Simmonds M, Patt R, Coluzzi P, Busch MA, Nordbrock E, et al. Dose-titration, multicenter study of oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients using transdermal fentanyl for persistent pain. *J Clin Oncol* 1998;16(10):3238-45.
3. Collado F. ¿Qué se puede hacer con el dolor intercurrente? *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:181-3.
4. Escobar Y, Biete A, Camba M, Gálvez R, Mañas A, Rodríguez A, et al. Diagnóstico y tratamiento del DIO: Recomendaciones de consenso. *RESED*:2013;20(2):61-8.
5. Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in patients with non-malignant terminal disease admitted to a hospice. *Palliative Medicine* 2001;15:243-6. DOI: 10.1191/026921601678576220
6. Svendsen KB, Andersen S, Arnason S, Aenér S, Breivik H, Heiskanen T, et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: A review of prevalence, characteristics and mechanisms. *Eur J Pain* 2005;9(2):195-206. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.06.001
7. Simpson DM, Messina J, Xie F, Hale M. Fentanyl buccal tablet for the relief of breakthrough pain in opioid-tolerant adult patients with chronic neuropathic pain: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clinical Therapeutics* 2007;29(4):588-601. DOI: 10.1016/j.clinthera.2007.04.007
8. Devulder J, Jacobs A, Richar U, Wiggett H. Impact of opioid rescue medication for breakthrough pain on the efficacy and tolerability of long-acting opioids in patients with chronic non-malignant pain. *Br J Anaesth* 2009;103(4):576-85. DOI: 10.1093/bja/aep253
9. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA. Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and non cancer pain, part 1: Prevalence and characteristics. *J Opioid Manag* 2010;6(2):97-108. DOI: 10.5055/jom.2010.0009
10. Trinidad JM, Herrera J, Rodríguez MJ, Contreras D, Aldaya C, Cobo R, et al. Análisis de efectividad del citrato de fentanilo sublingual en pacientes con dolor irruptivo: Estudio Sublime. *Rev Soc Esp Dolor* 2011;18(4):207-18.
11. Manchikanti L, Singh V, Caraway DL, Benyamin RM. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: Fact, fiction, or abuse. *Pain Physician* 2011;14(2):E103-17.
12. Gatti A, Gentili M, Iorno V, Mammucari M, Tufaro G, Lazzari M, et al. Beyond the traditional definition of breakthrough pain: an observational study. *Adv Ther* 2013;30(3):298-305. DOI: 10.1007/s12325-013-0013-8
13. Cánovas L, Rodríguez AB, Castro M, Pérez L, López C, Román R. Tratamiento del dolor irruptivo. *Rev Soc Esp Dolor* 2012;19(6):318-24.
14. SamolskyDekel BG, Remondini F, Gori A, Vasarri A, Di Nino G, Melotti RM. Development, validation and psychometric properties of a diagnostic/prognostic tool for breakthrough pain in mixed chronic-pain patients. *Clin Neurol Neurosurg* 2016;141:23-9. DOI: 10.1016/j.clineuro.2015.12.001
15. Cajaraville JC, Cánovas L, Santos J, Ortega E, Cuello JJ, Alborés R, et al. Inter- and intra-patient variability in breakthrough pain episodes of opioid-treated patients with underlying chronic pain. An observational, prospective and multicenter study. *Rev Soc Esp Dolor* 2016;23(2):6-15.