

Dolor irruptivo en pacientes con dolor lumbar crónico

Clásicamente se entiende por dolor lumbar aquel que se localiza en la parte posterior del cuerpo, desde el margen inferior de la 12ª costilla hasta los pliegues glúteos, con o sin dolor referido a uno o a ambos miembros inferiores (1). En base a la distribución del dolor podemos diferenciar un dolor axial (generalmente localizado en la zona lumbar) y un dolor radicular (dolor irradiado a las extremidades inferiores), que además servirá de orientación sobre sus posibles causas.

Un dolor axial aparecerá como consecuencia de patología del disco intervertebral (40 %), ocurriendo en pacientes generalmente jóvenes (menores de 45 años) y en relación con aumento de la actividad física (2,3), por artrosis de las articulaciones facetarias (15-30 %) en mayores de 65 años presentando un curso insidioso (3), por afectación de las articulaciones sacroiliacas (15 %) (4) en general después de accidentes de circulación y caídas (5), y por afectación de la musculatura paraespinal que suele aparecer después del ejercicio físico intenso (6).

El dolor radicular obedece a enfermedad herniaria del disco intervertebral (90 % en jóvenes y afectando los espacios discales L4-L5 y L5-S1) (7) y a cuadros de estenosis lumbar que, de forma característica, puede provocar solo dolor axial o cursar con claudicación neurogénica, siendo en ambos casos más frecuente en mayores de 65 años (8).

La mayoría de los episodios de dolor lumbar son autolimitados en el tiempo, considerándose como dolor lumbar crónico cuando su duración excede a las 12 semanas, situación que es más frecuente a medida que aumenta la edad.

El dolor lumbar crónico es la patología que provoca mayor discapacidad y deterioro de la calidad de vida que cualquier otra enfermedad, dato de especial relevancia si tenemos en cuenta el progresivo envejecimiento poblacional (9).

Su prevalencia es difícil de establecer debido, principalmente, a la gran variabilidad de los estudios epidemiológicos existentes, alguno de los cuales incluyen el dolor cervical y dorsal. Se calcula que en Europa occidental, un 15,5 % (14,2-16,9) de varones y un 14,5 % (13,3-15,8) de mujeres padecerán cualquier tipo de dolor lumbar. Si consideramos exclusivamente el dolor lumbar crónico, se calcula que entre un 5,9 y un 18,1 % de personas lo sufrirán (10). En España, entre un 51 y un 80 % de personas padecerán dolor lumbar, siendo crónico entre un 5,9 y un 18,1 % (11).

De manera habitual se utilizan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el tratamiento del dolor lumbar crónico (12). Debido al riesgo gastrointestinal y cardiovascular que conllevan estos fármacos, tenemos que realizar una adecuada selección de los pacientes y del AINE a utilizar, según las recomendaciones recogidas en las guías clínicas existentes (13). Los opioides en España se utilizan relativamente poco en su tratamiento. En el año 2006, un estudio en Alemania puso de manifiesto que el 11 % de pacientes con dolor lumbar crónico recibían opioides frente al 31,7 % que recibían AINE, a pesar de que la satisfacción del paciente con los resultados del tratamiento fue moderada y pobre/muy pobre en el 34,3 %, (14). En la actualidad existe consenso cada vez más fuerte de que los opioides en periodos largos de tratamiento pueden ser de utilidad en pacientes con dolor crónico no oncológico (15).

El dolor irruptivo fue inicialmente definido como un dolor agudo y transitorio, de mayor intensidad que el dolor basal del paciente con cáncer (16). Pero una crisis de dolor de mayor intensidad no solo aparece en los pacientes oncológicos, sino que puede aparecer en otras enfermedades no

malignas, como por ejemplo en dolor neuropático, en dolor músculo-esquelético, visceral y en el dolor postoperatorio. Es, por tanto, un dolor transitorio, en forma de llamaradas intensas que ocurren en el contexto de un dolor basal crónico persistente, pudiendo ser espontáneo o provocado por diferentes estímulos (17-19). Para algunos autores el dolor crónico persistente basal debe ser leve o moderado para poder hablar de dolor irruptivo (17,20), de lo contrario estaríamos ante un dolor incontrolado. Otros autores solo reconocen aquellos casos en los cuales exista un dolor basal controlado por opioides (21). En los pacientes con artrosis, un incremento de su dolor articular puede ser debido a la necesidad de un mayor grado de analgesia.

Su prevalencia en pacientes con dolor oncológico, aun siendo elevada, no está totalmente determinada. En aquellos casos de dolor crónico no oncológico, un estudio con 78 pacientes terminales institucionalizados estableció una prevalencia de dolor irruptivo del 63 %, siendo de causa somática el 45 %, visceral el 14 %, neuropática el 25 % y mixta el 15 %. El 60 % de casos fue de intensidad elevada/extrema, con una media de 5 episodios/día y con una duración media de unos 28 minutos, similar a los datos encontrados en otros estudios de dolor en pacientes con cáncer. Es interesante destacar que los sitios más frecuentes de localización del dolor irruptivo fueron las extremidades inferiores en el 42 %, las extremidades superiores en el 25 % y la región lumbar en el 12 % (22). Otro estudio con 228 pacientes con dolor crónico no oncológico tratado con opioides estableció que el 74 % de ellos tuvieron una experiencia de dolor comparable a las que aparecen en pacientes con dolor oncológico. La causa más frecuente fue el dolor lumbar crónico en el 52 %, con una media de 2 episodios por día, de una duración media de 60 minutos (18). El estudio llamado COLUMBUS, que evaluó 1.868 pacientes en Andalucía y Melilla y que se publica en este número de la revista, establece una prevalencia de dolor irruptivo en pacientes con dolor lumbar crónico de un 37,5 % (IC 95 %: 35,3-39,7 %), siendo más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

Clásicamente, para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con cáncer se han empleado los opioides como morfina y oxicodona en formulaciones de acción rápida, añadidos a su tratamiento de base (23). Debido a que estos fármacos tienen un inicio de acción lento (aproximadamente entre 30-40 minutos) y una vida media más larga (4-6 horas) que el episodio de dolor irruptivo (generalmente menos de 2 horas), no parece que sean la mejor opción de tratamiento (24). El difícil manejo de la metadona (inicio de acción de 10-15 minutos y una vida media larga) hace que la morfina parenteral y las formulaciones transmucosas de fentanilo, cuya acción aparece a los 5-10 minutos y su vida media es de 1-2 horas, sean para muchos autores las mejores opciones (25-27).

Las alternativas de tratamiento del dolor irruptivo en pacientes oncológicos se han extrapolado de manera empírica en pacientes con dolor no oncológico, que presentan experiencias de dolor comparables a las que aparecen en pacientes con cáncer (18,22), evitando así un retraso en el alivio del dolor.

En esta línea, el estudio COLUMBUS nos permite conocer y cuantificar el grado de cumplimiento y satisfacción de los pacientes con respecto a los tratamientos contra el dolor, posibilitando así futuras intervenciones terapéuticas y un mejor manejo del problema.

Es nuestra responsabilidad en estas situaciones especiales tener en cuenta los potenciales beneficios y riesgos, que deberán quedar recogidos en la historia clínica del paciente y en el consentimiento informado que tenemos disponible desde la Sociedad Española del Dolor.

A. Oteo-Álvvaro

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid*

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersson GB. Epidemiology of low back pain. Acta Orthop Scand Suppl 1998;281:28-31. DOI: 10.1080/17453674.1998.11744790.
2. Simon J, McAuliffe M, Shamim F, Vuong N, Tahaei A. Discogenic low back pain. Phys Med Rehabil Clin N Am 2014;25(2):305-17. DOI: 10.1016/j.pmr.2014.01.006.

3. De Palma MJ, Ketchum JM, Saullo T. What is the source of chronic low back pain and does age play a role? *Pain Med* 2011;12(2):224-33. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.01045.x.
4. De Palma MJ, Ketchum JM, Trussell BS, Saullo TR, Slipman CW. Does the location of low back pain predict its source? *PM R* 2011;3(1):33-9. DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.09.006.
5. Cohen SP, Chen Y, Neufeld NJ. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother* 2013;13(1):99-116. DOI: 10.1586/ern.12.148.
6. Vora AJ, Doerr KD, Wolfer LR. Functional anatomy and pathophysiology of axial low back pain: disc, posterior elements, sacroiliac joint, and associated pain generators. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2010;21(4):679-709. DOI: 10.1016/j.pmr.2010.07.005.
7. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007;334(7607):1313-7. DOI: 10.1136/bmj.39223.428495.BE.
8. Katz JN, Dalgas M, Stucki G, Katz NP, Bayley J, Fossel AH, et al. Degenerative lumbar spinal stenosis. Diagnostic value of the history and physical examination. *Arthritis Rheum* 1995;38(9):1236-41. DOI: 10.1002/art.1780380910.
9. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014 Jun;73(6):968-74. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-204428.
10. Hoy D, Bain C, Williams G, Brooks P, Blyth F, Woolf A, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64(6):2028-37. DOI: 10.1002/art.34347.
11. Humbría A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM. Grupo de Estudio EPISER. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol* 2002;29(10):471-8.
12. Rasmussen-Barr E, Held U, Grooten WJ, Roelofs PD, Koes BW, van Tulder MW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:CD012382.
13. Lanás A, García-Tell G, Armada B, Oteo-Alvaro A. Prescription patterns and appropriateness of NSAID therapy according to gastrointestinal risk and cardiovascular history in patients with diagnoses of osteoarthritis. *BMC Med* 2011;9:38. DOI: 10.1186/1741-7015-9-38.
14. Freynhagen R, Baron R, Tölle T, Stemmler E, Gockel U, Stevens M, et al. Screening of neuropathic pain components in patients with chronic back pain associated with nerve root compression: a prospective observational pilot study (MIPORT). *Curr Med Res Opin* 2006;22(3):529-37. DOI: 10.1185/030079906X89874.
15. Trescot AM, Boswell MV, Atluri SL, Deer TR, Abdi S, Jasper JF, et al. Opioid guidelines in the management of chronic non-cancer pain. *Pain Physician* 2006;9(1):1-39.
16. Wincent A, Liden Y, Arner S. Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *Eur J Pain* 2003;7(4):311-21. DOI: 10.1016/S1090-3801(03)00044-2.
17. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41(3):273-81. DOI: 10.1016/0304-3959(90)90004-W.
18. Portenoy RK, Bennett DS, Rauck R, Simon S, Taylor D, Brennan M, et al. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in opioid-treated patients with chronic noncancer pain. *J Pain* 2006;7(8):583-91. DOI: 10.1016/j.jpain.2006.02.003.
19. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, et al; Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: an international survey. *Palliative Med* 2004;18(3):177-83. DOI: 10.1191/0269216304pm8900a.
20. Petzke F, Radbruch L, Zech D, Loick G, Grond S. Temporal presentation of chronic cancer pain: transitory pains on admission to a multidisciplinary pain clinic. *J Pain Symptom Manage* 1999;17(6):391-401. DOI: 10.1016/S0885-3924(99)00023-8.
21. Coluzzi PH. Cancer pain management: newer perspectives on opioids and episodic pain. *Am J Hosp Palliat Care* 1998;15(1):13-22. DOI: 10.1177/104990919801500105.
22. Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in patients with non-malignant terminal disease admitted to a hospice. *Palliat Med* 2001;15(3):243-6. DOI: 10.1191/026921601678576220.
23. Miaskowski C, Cleary J, Burney R, Coyne P, Finley R, Foster R, et al. Guideline for the management of cancer pain in adults and children. *APS Clinical Practice Guidelines Series*, No. 3 ed. Glenview (IL): American Pain Society; 2005.
24. Cabezón-Gutiérrez L, Vilorio-Jiménez MA, Pérez-Cajaraville J, Álamo-González C, López-Trigo JA, Gil-Gregorio P; en representación del Comité de Expertos del Dolor de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Breakthrough cancer pain in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016 Dec 12. pii: S0211-139X(16)30157-3. doi: 10.1016/j.regg.2016.10.003.
25. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* 2009;13(4):331-8. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.06.014.
26. Mercadante S. Breakthrough pain in cancer patients: Prevalence, mechanisms and treatment options. *Curr Opin Anesthesiol* 2015;28(5):559-64. DOI: 10.1097/ACO.0000000000000224.
27. Escobar Y, Mañas A, Julia J, Galvez R, Zaragoza F, Margarit C, et al. Optimal management of breakthrough cancer pain (BCP). *Clin Transl Oncol* 2013;15(7):526-34. DOI: 10.1007/s12094-012-0981-1.