

lico. Esto implica mayor tasa de aclaramiento intratecal plasmática y hacia la grasa epidural, por lo que se produce rápida disminución de concentración en la punta del catéter. Este hecho, sumado a la menor capacidad de degranulación mastocitaria por parte de fentanilo, deriva en menor riesgo de formación de granuloma respecto a la morfina. Además, la probabilidad de difusión rostral hacia centros superiores será menor que con opioides hidrofílicos, por lo que la aparición de secundarismos motivados por esta vía será menor.

Las recomendaciones de PACC 2016 con respecto a dosificación consisten en administrar dosis iniciales de 25-75 mcg/día, con escalada lentamente progresiva. La dosis máxima 1.000 mcg/día es señalada como un hito de reevaluación puesto que la correlacionan con una situación de falta de eficacia clínica.

La precisión en la dosificación intratecal es crucial para la seguridad del paciente. El sistema Medtronic Synchro-med II ha presentado problemas de precisión con fármacos no aprobados y con terapias combinadas. Sin embargo, en nuestro caso no se ha producido ningún incidente con su uso.

Conclusiones: Fentanilo ha demostrado buen perfil de seguridad empleado a nivel intratecal. Como ventaja frente a morfina presenta una titulación más fácil por la mayor rapidez de inicio de acción y un menor riesgo de formación de granulomas, desarrollo de tolerancia y aparición de efectos adversos supraespinales.

En nuestro caso, el empleo de infusión continua desde la fase de prueba, con una estrategia de dosificación conservadora basada en dosis de inicio bajas con aumentos continuos y progresivos, nos ha reportado resultados satisfactorios.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía recomendada:

1. Pope JE, Deer TR, Amirdelfan K, McRoberts WP, Azeem N. The pharmacology of spinal opioids and ziconotide for the treatment of non-cancer pain. *Curr Neuropharmacol.* 2017;15:206-16.

P-176 ANALGESIA INTRATECAL EN EL DOLOR ONCOLÓGICO: DOLOR INCOERCIBLE

Y. Durán Luis, P. Oliver Forniés, C. Aragón Benedí, B. Moreno Gómez, J. Martínez Andreu, J. A. Girón Mombiela

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: dolor oncológico, bomba intratecal.

Introducción: La administración continua de analgesia vía intratecal ofrece la posibilidad de reducir dosis de

analgésicos al actuar directamente a nivel subaracnoideo, obteniendo óptimos resultados con esa dosis sin necesitar dosis mayores, y por tanto con menor tasa de efectos adversos como ocurre con su administración sistémica (1).

Caso clínico: Paciente de 69 años con diagnóstico de sarcoma de Edwing de alto grado en músculo psoas. En tratamiento quimioterápico hasta su desestimación por parte de oncología. En tratamiento con fentanilo en diferentes presentaciones (Pecfent 400 mcg, Durogesic 175 mcg/h, Abstral 200 mcg) y dolor incoercible tanto en reposo como en movimiento. En uno de sus ingresos se colocó perfusión continua a 7 ml/h de analgesia epidural con levobupivacaína 1,25 mg/ml + 1 mg de cloruro mórfico, mostrando reducción del dolor. Tras su retirada dolor intenso, Escala Visual Analógica (EVA) de 10, planteamos entonces, la administración de analgesia intratecal mediante bomba subcutánea.

Previamente, se colocó un catéter intradural haciendo dosis test con 0,05 mg de morfina durante dos días consecutivos para observar tolerancia, efectos adversos y valorar el dolor mediante EVA. Tras la efectividad del tratamiento se procedió a la colocación de la bomba intratecal, en quirófano en condiciones asépticas. Iniciamos la administración de morfina a 1,5 mg/24 h con bupivacaína 0,75 % en un volumen total de 20 ml; la caquexia de nuestro paciente fue un impedimento para implantar un dispositivo de mayor capacidad. Dada la tolerancia y el incremento paulatino de las necesidades analgésicas, el relleno de la bomba se realizaba cada 15 días, incrementando la dosis de morfina hasta 5 mg de cloruro mórfico y 6 mg de bupivacaína al día, dosis con la cual mostraba una EVA 3, y le aportaba una calidad de vida aceptable sin complicaciones, hasta su fallecimiento.

Discusión: Los sistemas de administración intratecal de fármacos tienen un papel bien establecido en el tratamiento del dolor crónico y la espasticidad. Los fármacos se administran a través de una pequeña bomba programable que funciona con una batería que se implanta bajo el tejido subcutáneo del abdomen y se conecta a un catéter tunelizado cuya punta está a nivel intradural. El dispositivo se debe rellenar periódicamente.

La ventaja es que la morfina (único opioide aprobado por la FDA para este uso) es entregada directamente en los receptores opioides pre- y postsinápticos en el asta dorsal de la médula espinal; el resultado es una mayor tasa de eficacia, con dosis más pequeñas y menos efectos adversos que el suministro sistémico. Debido a la naturaleza invasiva y al alto costo de la implantación, las bombas de infusión intratecal subcutáneas suelen reservarse para pacientes con una esperanza de vida de más de 6 meses, pero puede considerarse para aquellos con una esperanza de vida más corta si tienen dolor intenso o no pueden tolerar los efectos adversos de la analgesia sistémica (1,2).

Esta opción terapéutica no está exenta de riesgos; los derivados de los opioides como depresión respiratoria, estreñimiento, retención urinaria, náuseas/vómitos, sudoración e hiperalgesia, y los efectos adversos derivados de los anestésicos locales incluyen entumecimiento, parestesias, debilidad, disfunción intestinal/vesical y neurotoxicidad. La presencia de efectos adversos constituye la principal causa de complicaciones de la técnica, el siguiente, el mal funcionamiento del catéter, seguido de las infecciones. Además hay que considerar las complicaciones derivadas de la implantación del dispositivo. La tasa general de complicaciones varía del 15 a 40 % (2).

Conclusiones: Los sistemas de liberación intratecal de medicamentos son una gran estrategia en el dolor crónico. Estas terapias se utilizan cada vez más en una estrategia multimodal para el control del dolor y no necesariamente deben reservarse para pacientes en los que han “fallado” terapias más conservadoras.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía:

1. Bolash R, Mekhail N. Intrathecal pain pumps: indications, patient selection, techniques, and outcomes. *Neurosurg Clin N Am.* 2014; 25(4):735-42.
2. Shaparin N, Sim A, Pappagallo M, Gritsenko K, Carullo V, Tsukanov J, et al. Intrathecal analgesia: time to consider it for your patient? *J Fam Pract.* 2015; 64(3):166-72.

P-177 INTOLERANCIA A OPIOIDES EN EL DOLOR ONCOLÓGICO TERMINAL: LA SOLUCIÓN, UNA BOMBA DE INFUSIÓN INTRATECAL

P. Oliver Forniés, Y. Durán Luis, C. Aragón Benedí, F. J. Martínez Andreu, J. A. Sánchez Tirado, C. Garcés Sanjosé

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: dolor oncológico terminal, intolerancia a opioides, bomba de infusión intratecal.

Introducción: El dolor es el síntoma más frecuentemente referido en los pacientes oncológicos (1). La analgesia intratecal surge como una opción de tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico refractario (1,2). Los avances científicos han permitido el uso de opioides y de sistemas de administración intradural en tratamientos prolongados con mínimos efectos secundarios (2).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 63 años con cáncer de mama con metástasis óseas múltiples recidivante desde 1994 que se encuentra en seguimiento por la Unidad del Dolor por dolor oncológico multifocal y radiculopatía.

Sus antecedentes médico-quirúrgicos son miocardiopatía dilatada, hipertensión arterial, dislipidemia y fractura patológica ósea pélvica, apendicectomía, vertebroplastia a niveles torácico T7 y lumbar L4-5 y de mastectomía radical modificada izquierda con vaciamiento ganglionar axilar homolateral. Su tratamiento habitual es Seguril, Emconcor, Eplerenona, Omeprazol, Lexatin y Lormetazepam.

Tras 25 años de seguimiento, su dolor inicial era de tipo oncológico, multifocal y tratado con Neurontin, Targin, Nolotil y Enantyum como tratamiento de rescate.

Progresivamente, fue presentando intolerancia al Primeran y a diferentes opioides (Zaldiar, Targin, Durogesic y Palexia). Todos los opioides pautados se fueron suspendiendo por mareos, aturdimiento, náuseas y dolor abdominal.

Ahora, en consulta, presenta dolor oncológico, multifocal, localizado en pelvis que disminuye con el reposo y con radiculopatía irradiada a la extremidad inferior derecha. Sigue sin tolerar la administración de opioides por efectos secundarios.

Dada la intolerancia de nuestra paciente al tratamiento opioide requerido, su situación terminal y esperanza de vida planteamos la colocación de una bomba de perfusión intradural con la administración de anestésico local.

En primer lugar, realizamos un test de morfina mediante la colocación de un catéter intradural con morfina 0,05 mg en dos días diferentes. Obtuvimos un buen control analgésico sin efectos secundarios excepto ligeros mareos. En este momento, establecimos la dosis intradural de morfina y retiramos el catéter intradural.

En un segundo tiempo, colocamos en quirófano una bomba intratecal implantable para administración intratecal de morfina 0,05 mg/24 h y bupivacaína 0,25 % con inserción lumbar de catéter intradural y abordaje abdominal en fosa iliaca izquierda por los antecedentes de apendicectomía.

Ni durante los procedimientos quirúrgicos, ni en su estancia hospitalaria presentó efectos secundarios de la medicación ni complicaciones médico-quirúrgicas.

Durante el periodo postoperatorio, establecimos semanalmente una consulta de revisión donde no observamos ninguna complicación. Finalmente, aumentamos progresivamente la dosis de morfina (0,02 mg/semana) hasta 0,14 mg/día durante un plazo de 1 mes sin incidencias. La dosis actual es de 0,5 mg/24 h, asintomática y con buena calidad de vida.

Discusión: La bomba de infusión intratecal fue la herramienta terapéutica que nos permitió sortear los efectos secundarios de los requerimientos analgésicos que demandaba nuestra paciente. Nuestro caso cumplía los criterios para la colocación de la misma: imposibilidad de la administración de la analgesia opioide conservadora, buena condición psicosocial de la paciente y una respuesta positiva al test de morfina previo (1,2).