

CONTROVERSIAS EN DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO EN ANCIANOS ¿ OPIOIDES O CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA ?

Miguel Ángel Caramés Álvarez - Unidad de tratamiento del dolor crónico y NCGF del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

En la última década la prescripción de opioides en España se ha incrementado considerablemente, pasando nuestro país de ser uno de los últimos consumidores europeos de opioides a ser uno de los primeros (6º en 2.007). Facultativos que antes huían de la prescripción de opioides como traumatólogos, rehabilitadores o médicos de atención primaria, ahora los recetan con frecuencia para tratar dolores muy prevalentes en el anciano, como los derivados de la degeneración artrósica o las lumbalgias (encuesta epidemiológica sobre el uso de opioides en España). Sin embargo, la utilidad de los opioides en el dolor crónico no está adecuadamente avalada y sí tenemos una idea clara sobre los problemas que pueden ocasionar, la posibilidad de mal uso, adicción o múltiples efectos secundarios. Los efectos secundarios serán más patentes en los ancianos por los cambios fisiológicos que se producen en el cuerpo humano con el paso de los años (afectando a la farmacocinética y a la farmacodinamia), la comorbilidad creciente y la posible interacción de los opioides con los múltiples fármacos que habitualmente precisan..

La Eficacia de los opioides en el tratamiento del dolor crónico no neoplásico parece demostrada, tal y como nos muestra la revisión de Dennis y Turk publicada en 2.002, cuantificando la media de reducción del dolor en el 32%. Sin embargo, los estudios consultados en esta revisión tienen una duración máxima de seguimiento de pocos meses, no pudiendo por ello asegurar que la eficacia se mantiene en el tiempo, ello ha sido certificado por varias revisiones en los últimos años: Deshpande en 2.007, Noble en 2.008, Ballantyne en 2.008 y Chou en 2.003 y 2.008. Este hecho es especialmente patente en el dolor de espalda, uno de los más prevalentes en el paciente anciano, ello lo muestra el metaanálisis publicado por Martell en 2.007 en "Anals of Internal Medicine" en el que se valoran los resultados de 12 estudios, llegando a la conclusión de que " los opioides pueden ser eficaces a corto plazo, pero su eficacia a largo plazo, más de 16 semanas, no está clara. En la misma línea discurre la editorial escrita en "Pain" por VonKorff y Richard Deyo, planteando que " la medicina está volando a ciegas " cuando se prescriben opioides para el dolor músculo-esquelético, por ausencia de evidencia científica sobre el adecuado balance beneficio-riesgo.

Por otro lado, es bien conocida la pobre eficacia de los opioides en ciertos tipos de dolores, tales como: los dolores neuropáticos, el dolor incidental, los síndromes miofasciales o la fibromialgia o cuando existe un elevado componente psicológico, en pacientes afectados de trastornos por ansiedad y depresión. Hemos de tener en cuenta además, como nos recuerdan Franco y Seroana (Rev.Soc.Esp.Dolor, 2011; 8:29-38) que "frecuentemente el anciano refiere como dolor lo que en realidad corresponde a un cuadro de ansiedad o depresión ...", en estos casos, evidentemente, el tratamiento de elección no son los opioides.

Los **problemas asociados al uso de opioides** son bien conocidos, especialmente los efectos secundarios habituales, tales como: el estreñimiento pertinaz, la somnolencia, disminución de reflejos, alteraciones de la capacidad de concentración y la memoria, los delirios, la hiperalgesia, etc.. Los efectos secundarios en el área neurológica son especialmente patentes en el paciente anciano, sobre todo si éste padece enfermedades como el Alzheimer, pacientes en los cuales el incremento de la confusión asociada al tratamiento con opioides está bien documentada. En los últimos años también se ha demostrado un claro incremento del riesgo de fracturas óseas en los pacientes, sobre todo ancianos, tratados con opioides. La prescripción de opioides se asocia al incremento de duración de la incapacidad laboral, la posibilidad de uso inadecuado (tráfico, diversión o falsificación de recetas) y las conductas anómalas en la ingesta del fármaco (abuso, adicción). Aunque estos últimos problemas mencionados tendrán menor incidencia en los pacientes de mayor edad que en los jóvenes.

Entre 1.999 y 2.002 se incrementaron el 91,1% las muertes asociadas con intoxicaciones por opiáceos en EE.UU.. En este mismo país los opioides han desbancado a las benzodiacepinas como primer grupo farmacológico causante de intoxicaciones que obligaron a los pacientes a acudir a los servicios de urgencias.

Merece la pena prestar una especial atención al estudio publicado por Salomon en 2.010 en "Archives of Internal Medicine" (F.I. de 10,64). Se trata de un estudio prospectivo en el cual distribuye

12.814 pacientes con osteoartritis o artritis reumatoide, en tres grupos según se les haya recetado, como único fármaco analgésico, antiinflamatorios no esteroideos no selectivos (nsAINES), antiinflamatorios cox 2 selectivos (coxibs) u opioides. Los tres grupos fueron homogéneos, la edad media fue de 80 años, el reclutamiento duró 6 años y el tiempo de seguimiento de cada paciente fue de un año. El objetivo fundamental era el valorar la seguridad de los tres grupos farmacológicos. Los resultados concluyeron que los pacientes tratados con opioides sufrían significativamente más eventos cardiovasculares que los tratados con nsAINES e igual que los tratados con coxibs, más episodios que requerían hospitalización que en los del grupo nsAINES y tenían mayor riesgo de mortalidad que los de los otros dos grupos. Tomando como 1 el riesgo de los nsAINES, los tratados con opioides tenían: 4,47 veces más riesgo de fractura, el riesgo relativo de infarto de miocardio era de 2,25, 5,34 el riesgo relativo de revascularización cardíaca, 4,87 de obstrucción intestinal y 1,87 de toda causa de mortalidad. Sólo el riesgo de accidente cerebro-vascular y de sangrado intestinal bajo (riesgo relativo de 0,91 y 0,95 respectivamente) eran más bajos que para los tratados con nsAINES.

La alternativa en el tratamiento del dolor a los fármacos analgésicos la constituyen numerosas técnicas antiálgicas que habitualmente se aplican en las clínicas de tratamiento del dolor y la cirugía, siendo especialmente valiosa en los pacientes de mayor edad la cirugía mínimamente invasiva. La evidencia científica existente sobre la eficacia de las técnicas intervencionistas antiálgicas ha quedado plasmada en varios trabajos publicados en la revista "Pain Physician (Tabla I).

Una de las causas más frecuentes de dolor e incapacidad funcional en el anciano es la lumbociática crónica secundaria a un canal lumbar estrecho degenerativo o hundimientos vertebrales. Cuando esta patología no se puede controlar con bloqueos epidurales o éstos están contraindicados, existen alternativas como, la foraminotomía, los dispositivos interespinosos y las vértebroplastias y cifoplastias. El implante de dispositivos interespinosos es una cirugía sencilla y con pocas complicaciones, está indicada en canales estrechos en uno o dos niveles y ha mostrado una tasa de mejoría clínica superior al 80% (Mariottini 2.005, Taylor 2007 y Kim 2007). Otra cirugía mínimamente invasiva es la foraminotomía; el abordaje posterolateral del foramen para tratar dolores radiculares secundarios a estenosis foraminal ha revelado resultados excelentes en más del 70% de los pacientes (Chang 2.011).

En las lumbalgias mecánicas como alternativas de tratamiento tenemos los bloqueos facetarios, la radiofrecuencia convencional de los rami mediales de las raíces posteriores lumbares, infiltraciones de las articulaciones sacro-iliacas. TENS y PNT y ozonoterapia paravertebral o infiltración de toxina botulínica cuando hay una alta contribución en el mantenimiento del dolor de la hipercontractilidad muscular.

Para los dolores derivados de la degeneración artrósica de las grandes articulaciones podemos recurrir a las infiltraciones articulares con ácido hialurónico o córticoesteroides, bloqueos nerviosos como el del nervio supraescapular, denervaciones por radiofrecuencia (articulaciones coxo-femoral y sacro-iliaca) y en última instancia a la cirugía protésica. Las prótesis de rodilla y cadera cada vez se indican a pacientes de mayor edad, pues sus complicaciones tienden a ser menores y el dolor al caminar en el anciano activo y con degeneración artrósica severa difícilmente es controlable con opioides.

En una patología tan prevalente como la coxigodínea, pueden estar indicados los bloqueos epidurales caudales, la neurolisis por radiofrecuencia del ganglio de Walther o la estimulación de raíces sacras.

Podemos **concluir** que, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la relación beneficio / riesgo de los opioides para del tratamiento del dolor crónico en los ancianos puede ser débilmente positiva, existiendo alternativas que pueden ofrecer un mayor beneficio. La prescripción de opioides no debe de estar encaminada sólo a disminuir el dolor, la decisión de su uso continuado debe basarse en la búsqueda de la mejoría funcional y sobre todo en la mejoría de la calidad de vida, en la más amplia de sus interpretaciones. De no conseguirse una clara mejoría en la calidad de vida del paciente será preferible buscar el alivio del dolor en otros fármacos, técnicas antiálgicas o cirugía mínimamente invasiva.

TECNICA	EFICACIA A CORTO PLAZO	EFICACIA A LARGO PLAZO
Bloq. facetas cervicales o lumbares	III	
Neurotomía rami medial	III	
Bloq. Epid. interlaminar en radiculopat. L	II	IV
Bloqueo epidural transforaminal	II	III (IV en S. Postlam.)
Epidurolisis Percutánea	II	III
Infiltración Artic. Sacro-Iliaca	III	IV
Neurotomía por Radiofrecuencia de S-I	IV	IV
Radiofrec. convencional intra discal	III	III
Descompresión discal percutánea	III	IV
Vértebroplastia y cifoplastia	III	III
Estimulación Cordones Posteriores en S.Postlaminectomía y SDRC	II	III
Infusión Intra Tecal	II	III

Tabla I: American Society of Interventional Pain Physicians. Pain Physician 2007.10:7-11

Criterios de evaluación de la calidad: Agency for Healthcare Research and Quality criteria , Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies criteria and Cochrane review criteria

EVIDENCIA: I.- Concluyente, II.- Fuerte, III.- Moderada, IV.- limitada y V.- indeterminada

TECNICA	EFICACIA
SCS en síndrome de cirugía fallida de espalda	M
Inyección intra articular de facetas	P
Bloqueo epidural interlaminar o caudal sin HD o radiculitis	P
Infiltración de articulación sacro-ilíaca	P
Radiofrecuencia convencional intradiscal	P
Adesiolisis endoscópica	M
Terapia intratecal	P
Bloqueo de facetas lumbares	B
Bloqueos epidurales caudales en DH y radiculitis	B
Bloqueos epidurales foraminales y neurotomía por radiofrecuencia en radiculitis	M
Adesiolisis percutánea en Síndrome de cirugía fallida de espalda	M

Tabla I: Nivel de evidencia científica en técnicas intervencionistas antiálgicas. Pain Physician 2010.13:E215-E264.