

# REVISIÓN

Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(3):171-175



## Dolor irruptivo

María Luisa Franco Gay<sup>ab</sup>, Garbiñe Urtusagasti Orue<sup>ac</sup>, Sofía Calvo<sup>a</sup>

(a) *Unidad Multidisciplinar Tratamiento del Dolor, Clínica Praxis Bilbao*

(b) *Unidad del Dolor, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. Bizkaia*

(c) *Unidad del Dolor, Hospital San Eloy, Barakaldo. Bizkaia*

Recibido el 10 de junio de 2015; aceptado el 14 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Dolor irruptivo.  
Dolor oncológico.

#### Resumen:

Dolor irruptivo es aquel aumento brusco del dolor, transitorio, que aparece de forma espontánea o provocada, en un paciente cuyo dolor basal está controlado. A pesar de que no existe un consenso universal sobre el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico, diferentes sociedades científicas están publicando guías de consenso que faciliten el tratamiento de los pacientes con dolor irruptivo.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Breakthrough pain.  
Cancer pain.

#### Breakthrough pain

#### Abstract:

Breakthrough pain is an abrupt transitory rise in pain, that pops-up spontaneously or intentionally in a patient whose basal pain is under control. Although there is no universal consensus concerning optimization of diagnosis and therapeutic treatment, different scientific societies are publishing consensus guides to facilitate treatments for breakthrough pain-affected patients.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

### GILTZA-HITZAK

Min oldarkorra.  
Minbizi mina.

#### Min oldarkorra

#### Laburpena:

Min oldarkorra, min basala kontrolpean duen paziente batean, era espontaneo edo behartuan agertzen den minaren areagotze latza da. Nahiz eta diagnostiko eta tratamendu terapeutikoari hobeto ekiteko adostasun unibertsalik egon ez dagoen, hainbat mediku-elkarte, min oldarkordun pazienteen tratamendua errazteko adostasun-gidak argitaratzen ari dira.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

**Definición**

El dolor irruptivo (DI) se caracteriza por ser una exacerbación transitoria del dolor que aparece ya sea de forma espontánea o bien relacionada con un desencadenante concreto, predecible o impredecible, a pesar de existir un dolor basal estable y adecuadamente controlado<sup>1</sup> (fig 1).

No hay que confundirlo con el dolor que aparece con dosis y fármacos insuficientes<sup>2</sup>. El DI aparece a lo largo de la enfermedad pero es más frecuente en las fases finales y en los pacientes con mal control de la misma<sup>3</sup>.

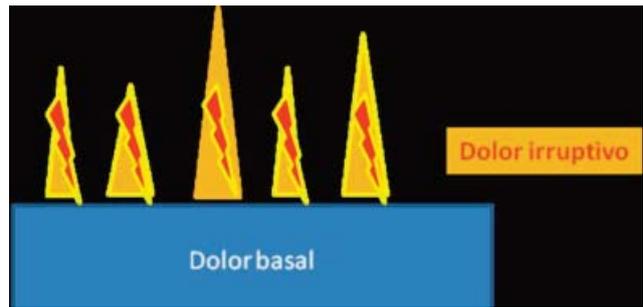
El dolor irruptivo ha sido motivo de controversia en los diferentes países a la hora de establecer el diagnóstico y el tratamiento, lo que ha dificultado el abordaje de los pacientes ante la ausencia de consenso<sup>4,5</sup> (Zeppetella G 2009, Portenoy RK 1990). En la actualidad no existe una definición aceptada de forma universal.

En los últimos años están apareciendo guías de consenso con idea de facilitar el abordaje de los pacientes con DI. Una de las primeras fue la de Sociedad de Medicina de Cuidados Paliativos de gran Bretaña e Irlanda<sup>1,6</sup> (Davies AN 2009, SED 2011).

En España, durante el Congreso de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) celebrado en junio de 2011 en Madrid, se presentó un documento de consenso sobre DI en el que se afrontaba el gran problema sociosanitario, debido a la incidencia del DI por cáncer en nuestro país (400 pacientes por cada 100.000 habitantes/año)<sup>6</sup> ( Rev Soc Esp Dolor 2011).

**Epidemiología**

La prevalencia del dolor oscila entre 24 Y 95%. Las oscilaciones y disparidad en cuanto a prevalencia del DI



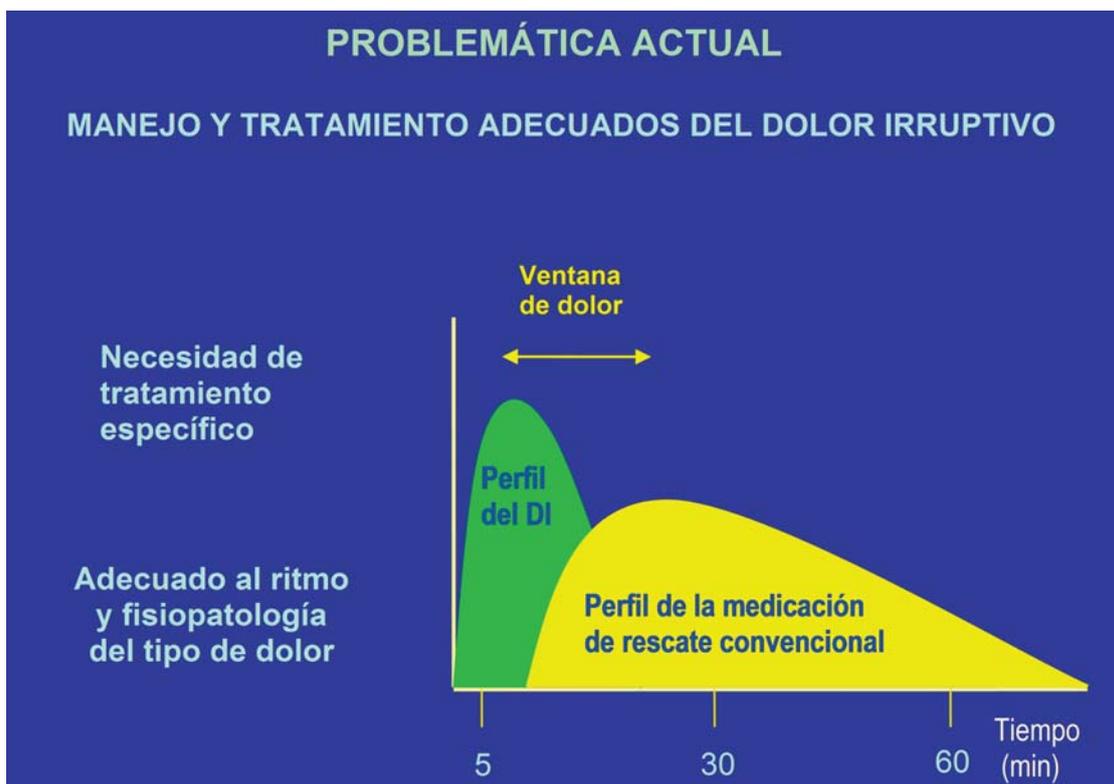
**Figura 1.** diferencia del dolor irruptivo respecto al dolor basal.

son debidas a las diferencias en cuanto a la definición, métodos utilizados y poblaciones estudiadas<sup>7</sup> (Caraceni A 2004). A pesar de la incorporación de nuevos fármacos en la actualidad, el DI sigue estando infradiagnosticado e infratratado<sup>1-7</sup>.

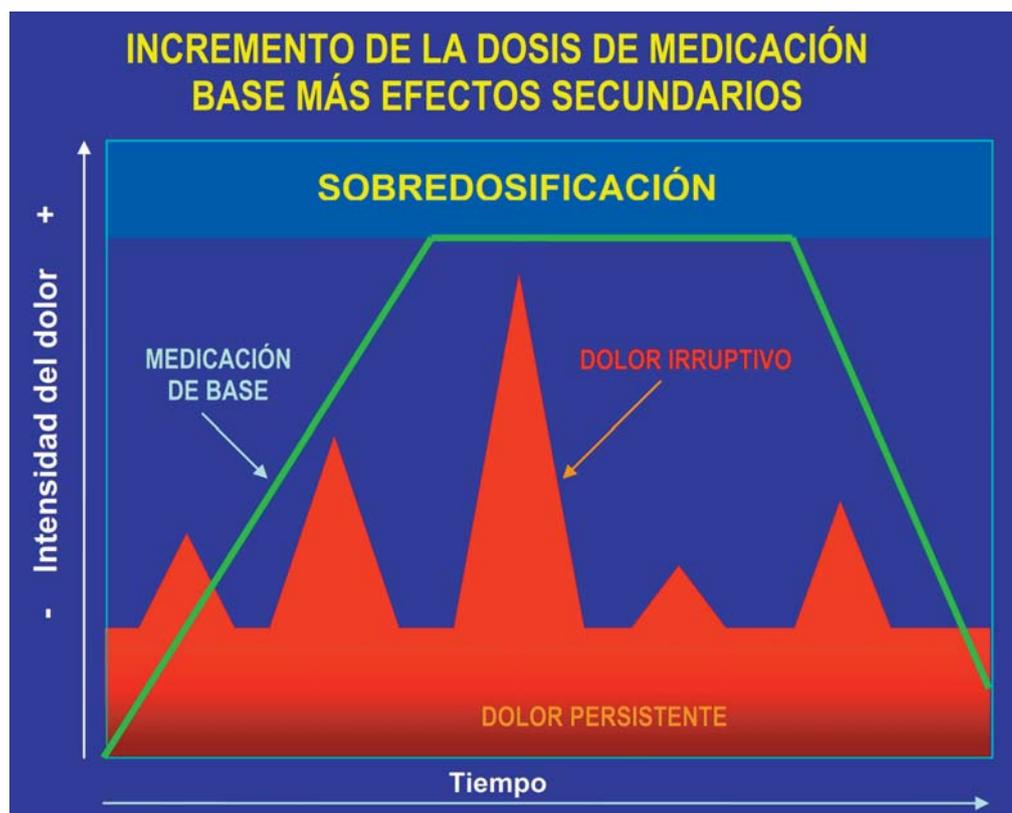
**Características del dolor irruptivo**

- Es imprevisible la mayoría de las veces.
- Tiene una instauración rápida: el 43% en menos de 3-5 minutos.
- La intensidad es severa o muy severa (EVA >7).
- Corta duración: menos de 45 minutos, media de 30 minutos.
- Entre 1 y 4 crisis al día.
- Se manifiesta en cualquier momento.
- Tiene una repercusión grave en la calidad de vida de los pacientes.

El dolor irruptivo puede variar de un paciente a otro y variar asimismo en un mismo paciente durante su pro-



**Figura 2.** La medicación de rescate convencional no cubre la duración ni la intensidad del dolor irruptivo.



**Figura 3.** Si se incrementa la medicación basal para control del dolor irruptivo, se corre el riesgo de presentar efectos secundarios por sobredosificación.

ceso. No es un problema que surja por la existencia de un fallo en la dosificación.

En España los expertos que elaboraron el Consenso sobre dolor irruptivo oncológico<sup>6</sup> (Rev Soc Esp Dolor 2011) estimaron que el 77% de los episodios de DI oncológico no están diagnosticados o son tratados aumentando la dosis del opioide utilizado para el control del dolor basal, la formulación de estos opiodes no son apropiadas para el tratamiento del DI por su lento inicio de acción y larga duración<sup>8</sup>: (LAOS y SAOS, morfina, oxycodona, hidromorfona) (figura 2).

La ausencia de diagnóstico y el mal control del DI tiene efectos negativos tanto a nivel físico como psíquico y funcional, provocando en el paciente un sufrimiento psicológico añadido, debido al deterioro funcional y consiguiente disminución de la calidad de vida. Los pacientes no están a gusto con su tratamiento y además ven que no pueden desarrollar adecuadamente su vida cotidiana ni laboral lo que les provoca ansiedad y depresión<sup>1-3,5</sup>.

Supone además un aumento del gasto sanitario por consumo de recursos, debido a la mayor necesidad de visitas a urgencias, consultas médicas adicionales e ingresos hospitalarios<sup>2,7</sup> (Zeppetella G 2009).

### Clasificación del dolor irruptivo

El dolor irruptivo se clasifica en dos tipos principales: incidental y espontáneo o idiopático.

- Dolor incidental: motivado por una causa precipitante que a su vez puede ser
  - Volitiva: provocada por un acto voluntario como el movimiento, toser, reír etc.

- No volitiva: provocado por un acto involuntario: distensión abdominal, espasmo vesical, etc.
- Dolor espontáneo/idiopático: sin causa precipitante, como los dolores neuropáticos provocados por una compresión medular o la neuralgia del trigémino.

### Abordaje del dolor irruptivo neoplásico

El DI debe tener un abordaje específico y diferente al del dolor basal. Es preciso realizar un correcto diagnóstico del dolor irruptivo para evitar sobredosificación, al incrementar las dosis del fármaco basal<sup>6-11</sup> (figura 3).

El abordaje debe ser multidisciplinar e integral, implicando a todos los profesionales que tienen relación con el paciente incluida la atención primaria.

Se debe abarcar tanto la prevención, evitando factores precipitantes o desencadenantes (inmovilización en caso de fracturas etc.) como los tratamientos analgésicos farmacológicos e intervencionistas y las terapias coanalgesicas propias de la enfermedad (radioterapia en caso de metástasis óseas), quimioterapia y cirugía paliativa<sup>4</sup>.

El tratamiento debe ser individualizado en función de las características del paciente, evaluando tanto los aspectos relacionados con la evolución de la enfermedad y el dolor como las condiciones de vida de los pacientes.

Se debe hacer seguimiento de la evolución del paciente y reevaluar el tratamiento si fuera necesario tanto del DI como del dolor basal y el de la enfermedad causal<sup>11</sup>.

Los opiodes de liberación rápida y comienzo de acción inmediata (ROO) son el tratamiento de elección en

el DI, no así los de liberación normal y corta duración (SAO) como la morfina, oxicodona e hidromorfona, que tienen un inicio de acción a los 30-40 minutos y una duración de acción de 4-6 horas<sup>8-11</sup>.

### Características de la medicación de rescate

La medicación de rescate debería reunir las siguientes características:

- Buena eficacia.
- Rápido inicio de acción.
- Corta duración.
- Facilidad de administración.
- Buena tolerabilidad.
- Buena aceptación por el paciente.
- Asequible para el enfermo.

Los fármacos que más se adaptan a estas características son los opiáceos de liberación rápida (ROO) con el fentanilo a la cabeza, administrado por vía transmucosa. La morfina no se adapta a la cinética del DI (figura 2).

El fentanilo al presentar una elevada potencia analgésica, alta lipofilia y corta duración, es el principio activo que más se ajusta a las necesidades analgésicas del dolor irruptivo, con independencia del opioide utilizado para el control del dolor basal.

Actualmente se disponen de 4 presentaciones de fentanilo transmucoso<sup>9-11</sup>.

- CFOT\*: el primero que se comercializó. Revolucionó el manejo del DI. El pico plasmático se alcanza a los 15 minutos. Hay que frotarlo por la mucosa interior de la boca para que se absorba, durante 15 minutos.
- TBF\*: tableta bucal con pico plasmático a los 30-90 minutos con mayor absorción transmucosa que el CFTO. Inicio de acción a los 10 minutos.
- FSL\*: comprimido sublingual, inicio de acción a los 10-15 minutos. Evidencia limitada.
- Fentanilo intranasal: buena absorción debido a su galénica<sup>12-14</sup> (Watts P 2009). Inicio de acción rápido entre 5 y 10 minutos. En los estudios, el 94% de los pacientes no precisaron medicación adicional de rescate<sup>9</sup> (Portenoy RK 2010).

\* Se precisa de saliva para su correcta absorción y parte del producto se puede desperdiciar al ingerirlo. En consumo prolongado se presentan problemas bucales y alteración dental. La titulación puede ser difícil.

La elección del fármaco se hará en base a la evidencia y a las características del paciente.

Las dosis deben ser individualizadas; se aconseja titulación inicial con dosis bajas. Es necesario titular durante el inicio y a lo largo del proceso si fuera necesario, en base a la eficacia y efectos secundarios<sup>11</sup>.

### Conclusiones

Según los resultados de las recientes publicaciones respecto al tratamiento del dolor irruptivo oncológico, se recomienda como primera opción, la administración de fentanilo de inicio de acción rápida y corta duración. La elección de las diferentes formulaciones de fentanilo se

hará en base a la que mejor se adapte al perfil del paciente. Los otros opioides como morfina, oxicodona de liberación rápida, por su farmacocinética no se adaptan a las características del dolor irruptivo, de instauración rápida, intensidad elevada y corta duración.

### Declaración de autoría

Los autores participan en la búsqueda bibliográfica y en el desarrollo y revisión del trabajo del trabajo.

### Conflicto de intereses

Declaran no tener conflictos de intereses ni financiación externa.

### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del resto del equipo multidisciplinar: M. Jesús Varela, Imanol García; Izaskun de Velasco; Teresa Torralba; y Vanesa Barrueco.

### Bibliografía

- 1 Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zepetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of G. Britain and Ireland. *Eur J Pain* 2009;13:331-38.
- 2 Zepetella G. Impact and management of breakthrough pain in cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009;3:1-6.
- 3 Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes: IASP Task Force on Cancer Pain. *International Association for study of pain. Pain* 1990;82:263-74.
- 4 Zepetella G. Breakthrough pain should be distinguished from background pain. *New Guideline. Guidelines in Practice* 2009; Vol 12.
- 5 Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-81.
- 6 Trinidad JM, Herrera J, Rodriguez 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: 98-17.
- 7 Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. *An International survey Palliative medicine* 2004; 18: 177-83.
- 8 Samper D. optimización del tratamiento del dolor irruptivo: opioides de inicio rápido (ROO) frente a los de acción corta (SAO). XI Reunión anual de la Sociedad Española del dolor. Puerto de la cruz, Tenerife. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 11:7-11.
- 9 Crucciani RA; Soto E. Impacto de los nuevos fentanilos en el tratamiento del dolor irruptivo. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18:203-06.
- 10 Jandhula R; Fullarto JR; Bennet MI. Efficacy of Rapid-Onset oral Fentanyl Formulations vs Oral Morphine for Cancer-Related breakthrough Pain. *A meta-analysis of comparative Trials. Journal Pain and Symptom Management* 2013; 46: 573-80.

- 11 Caraceni A; Davies A; Poulain PH, Cortes de Funes H, Panchal SJ, Fanelli G. Guidelines for the management of Breakthrough Pain in Patients with Cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11:S29-S36.
- 12 Watts P; Smith A. PecSys™: Tecnología de gelificación in situ para optimizar la administración nasal de fármacos. *Expert Opin Drug Deliv* 2009; 6: 643-52.
- 13 Portenoy RK; Burton AW, Gabrail N, Taylor D. A multicenter, placebo-controlled, double-blind, multiple-crossover study of fentanyl pectin nasal spray (FPNS) in the treatment of breakthrough cancer pain. *Pain* 2010;151:617-24.
- 14 Davies A; Site T; Elsner F, Reale C, Espinosa J, Brooks D, Fallon M. Consistency of Efficacy, Patient Acceptability, and Nasal Tolerability of Fentanyl Pectin Nasal Spray Compared with Immediate-Release Morphine Sulfate in Breakthrough cancer Pain. *Journal Pain and Symptom Management* 2011; 41,2: 358-69.