

Dolor Generalizado en Pacientes con Cáncer: Fibromialgia una Posibilidad

Dr. José Alberto Rojas Jiménez, Gerson

*Hospital General de Méjico
Servicio de Oncología
Unidad de Oncología Médica*

*The American British Cowdray Medical Center
Departamento de Medicina Interna*

Introducción

El dolor es quizá el síntoma más temido ante una enfermedad. Los avances en cuanto a fisiología y psicología del mismo han permitido entender el impacto que puede tener este síntoma sobre la capacidad funcional y la capacidad de vida de un enfermo (1).

La frecuencia en la presentación de dolor como síntoma en el paciente con cáncer es alta. En diferentes publicaciones se ha reportado una frecuencia que va de 30% hasta aun 87% (2,3), Daut y De Vita coinciden que tal frecuencia de presentación aumenta conforme progresa el padecimiento. Datos capturados por la Organización Mundial de la Salud sugieren que cada año cuatro millones de pacientes portadores de cáncer mueren con dolor intratable (4). La localización del dolor es variada. Dos tercios de los pacientes usualmente presentan múltiples sitios (4,5).

El mecanismo fisiopatológico de dolor en el paciente con cáncer es polifactorial y puede ser aditivo (1,2,3,4,6). Los mecanismos por medio de los cuales se produce el dolor sería: la neoplasia, por infiltración del tumor (plexos nerviosos, serosas, hueso) (3,4). La terapéutica empleada, puede causar dolor por varios procesos de acuerdo a la naturaleza de la misma como sería los síndromes dolorosos post-quirúrgicos (síndrome post-mastectomía) (3,4). La quimioterapia, Síndromes dolorosos post-

quimioterapia (Neuropatía periférica, Pseudo reumatismo esteroideo)(3,4). La radioterapia produce síndromes dolorosos post-radioterapia como los causados por fibrosis de los plexos nerviosos (ejemp. plexos lumbosacros y braquial)(3,4). Por último molestias sistémicas causadas por factores humorales de la neoplasia (citocinas, factor de necrosis tumoral, prostaglandinas)(3,4,5,6,7). Existen causas de dolor en el paciente oncológico que no son resultado de la neoplasia o su terapéutica y que puede estar en relación a otros padecimientos coexistentes.

Basados en el tipo de dolor y la evolución de éste en el tiempo, el paciente con cáncer y dolor ha sido clasificado dentro de cinco grupos. El primero que incluye los pacientes con dolor "agudo" relacionado a cáncer, incluye el dolor resultante de la terapéutica empleada para el manejo de la neoplasia. El Grupo II que se refiere aquellos pacientes con dolor "crónico", relacionado al cáncer que encierra el dolor secundario a la progresión de la enfermedad, su tratamiento y que debe estar presente por lo menos durante tres meses. El grupo III en el cual se encuentran pacientes con dolor relacionado al cáncer y otro tipo de dolor crónico coexistente. El Grupo IV es un grupo que incluye pacientes con dolor relacionado al cáncer y con historia de abuso de drogas (no terapéuticas, adicción). Por último pacientes terminales con dolor relacionado al cáncer. (4).

Así bien, de acuerdo a la anterior clasificación, existen pacientes portadores de dolor relacionado al cáncer en quienes coexiste dolor crónico que puede tener otro origen diferente a la neoplasia, y que según la descripción original de esta clasificación compromete en forma importante el estado psicológico, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. El dolor crónico a menudo es un problema de diagnóstico y que demanda tiempo. Además es frecuente que la afectación de la esfera psicológica del paciente sea importante. Existen varios factores que pueden producir,

Correspondencia y Separatas
Dr. José Alberto Rojas Jiménez
Hospital General de Méjico
Servicio de Oncología Unidad de Oncología Médica
Presidente Masaryk No. 62, 1er. piso
Col. Polanco México D.F.
CP. 11560
Fax 5 31 03 28

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

perpetuar o exacerbar el dolor crónico. Entre ellos la depresión y enfermedades coexistentes que clásicamente se han relacionado a dolor crónico como la artritis reumatoide, enfermedad articular degenerativa, neuropatía diabética y podría ser el caso de la fibromialgia. La fibromialgia pudiera ser considerada dentro del grupo III. Cobrando así relevancia el poder identificar en estos pacientes una entidad que compromete considerablemente su calidad de vida y funcionalidad (9) además es susceptible de ser tratada.

La fibromialgia antes conocida como fibrositis fue descrita desde hace aproximadamente 5 décadas por Kelly (10); sin embargo no es si no hasta 1977 que Smythe y Moldofsky aportan bases sólidas para comenzar el estudio ordenado y sistemizado de este complejo sintomático psicológico (11), lo que estimuló la posterior publicación de aproximadamente 68 trabajos de investigación incrementándose así la aceptación clínica de este síndrome (12). En febrero de 1990 el Colegio Americano de Reumatología publicó el trabajo de Federick Wolfe en el cual en base a un consenso y a un estudio comparativo de 558 pacientes se establece la definición y los criterios diagnósticos del Síndrome de Fibromialgia (12). El síndrome de fibromialgia es definido de acuerdo a los criterios dictados por Wolfe como: La conjunción de dolor generalizado y la positividad (dolor) a la palpación digital de 11 de 18 puntos sugeridos. (12).

Durante la evolución de la fibromialgia como síndrome, se han descrito otra serie de signos y síntomas que pueden apoyar al diagnóstico, sin embargo no se requieren formalmente para establecerlo y que habían sido considerados anteriormente como criterios menores. Estas son rigidez matutina, fatiga, trastornos del sueño (12).

Sin duda un aspecto importante desde la primera descripción del síndrome es que existe fibromialgia que ha sido considerada primaria (en ausencia de otras entidades patológicas), y la fibromialgia secundaria la cual coexiste con otro padecimiento siendo éste el problema de base (12,14,15,16), existen pocos estudios que se hayan dedicado a establecer la relación del síndrome como asociación formal con otras patologías (Artritis reumatoide, enfermedad articular degenerativa, síndromes miofaciales, trastornos del sueño).

Sobre fisiopatología del síndrome de fibromialgia se han escrito innumerables artículos, sin embargo hoy por hoy ninguna se ha podido establecer en forma categórica. Se han mencionado factores tales como: Trastornos

disautonómicos, isquemia muscular localizada, alteraciones del sistema inmune, enfocado a células "NK" (Natural Killers), alteraciones en la fase cuatro del sueño, disminución en la disponibilidad de ATP, factores psicológicos, factores hormonales, factores psicopatológicos, trastornos neuroinmunes, isquemia a nivel del tálamo, etc.. Sin embargo actualmente los reportes más frecuentes están relacionados con disautonomías y con trastornos neuroinmunes. (9,10,12,13,14,15,16,17,18,19). En aquellas entidades en las que la fibromialgia se ha mencionado como un proceso secundario se atribuye la génesis de la fibromialgia a una probable relación con el mecanismo psicopatológico del proceso de base.

Así el presente reporte sugiere la posible asociación del síndrome de fibromialgia en pacientes portadores de neoplasia maligna. Es importante el reconocimiento de probable asociación, ya que de ser así, esto redundará en tratar estos pacientes, mejorando su funcionalidad y calidad de vida permitiendo esto sobrellevar en una mejor forma su padecimiento de base.

En 1996 nosotros presentamos nuestros resultados en el primer Congreso Hispano-Cubano de Reumatología en la Habana Cuba y posteriormente en SOLCA en 1997 (20,21,22) en donde mostramos un estudio en el que se analizaron 50 pacientes mayores de 15 años, portadores de neoplasia maligna (Diagnóstico histológico confirmado requisito indispensable) a los cuales se pareó por edad y sexo otro individuo sano. En ellos se buscó en forma intencionada el síndrome de fibromialgia de acuerdo a los criterios dictados por Wolfe en el consenso de 1990. Los datos obtenidos los relacionamos con los estadios clínicos de los pacientes con la edad de presentación, sexo y estado funcional de acuerdo a la escala de Karnofsky. Encontrando que el grupo de pacientes oncológicos el 46% conjuntaban los criterios para fibromialgia vs el 8% de los pacientes del grupo control ($p < 0.001$). Fue más frecuente en los pacientes del sexo femenino siendo la diferencia del 65.2% vs 34.7% también estadísticamente significativo. La edad promedio de presentación fue de 55.2 años. Al relacionar la presencia del síndrome con el Karnofsky de los pacientes con neoplasia, mostró que los individuos con cáncer, sin fibromialgia tenían una calificación promedio de 86.3 puntos vs 73.9 puntos de los pacientes que presentaban el síndrome de fibromialgia todo esto con una diferencia estadísticamente significativa. En forma definitiva que encontramos en estadios clínicos avanzados (III, IV), siendo hasta en un 69.3% vs 26.0% de los pacientes en estadios I y II ($p < 0.001$)



Así bien, en base a lo anterior (20,21,22) nosotros sugerimos que dentro del protocolo de manejo de dolor en pacientes con cáncer, sean consideradas en forma sistemática otras causas coexistentes relacionadas o no con el problema primero. La Fibromialgia pudiera considerarse en esta circunstancia y de ser tomada en cuenta y tratada puede optimizar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía

- 1.- Cleeland C.S. et al.
The impact of pain on the patient with cancer
Cancer. 1984; 58: 2635 - 41
- 2.- Daut R.L. Cleeland C.S. et al.
The prevalence and severity of pain in cancer
Cancer. 1982; 50: 1913 - 18
- 3.- De Vita Vincet Jr.
Cancer, Principles and practice of oncology
5a. edition
Control of pain in cancer
J.B Lipincott Company. Philadelphia. 1997; 2807 - 2838
- 4.- Calabresi Paul., Philipe S Schein
Medical Oncology
2nd edition
Control of pain in cancer
Mc Graw Hill. 1993; 1128 - 1147
- 5.- Stjernsward J. et al.
Cancer pain relief
Proceedings of the 4th world Congress of Pain
New York, Raven., 555
- 6.- Mc Giveney W. et al.
The care of patients with severe chronic pain in terminal illness.
JAMA., 2, 1984; 251, No. 9: 1182 - 1188
- 7.- Cleeland C.S. et al.
Pain and its streatment in outpatients with metastatic cancer.
The New Engl Jour of Med., 1994; 33: 592 - 96
- 8.- Foley K.M. et al.
The Treatment of cancer pain
The New Engl Jour of Med., 1985; 313: 84 - 95
- 9.- Henrikson C.M. et al.
Longterm effects of fybromyalgia on everyday life
Rheumatology. 1993; 23: 36 - 41
- 10.- Kelly M. et al.
The nature of fibrositis
Ann Rheum Dis., 1946; 5: 69 - 77
- 11.- Smythe HA, et al.
Two contributions to understanding of the fibrositis syndrome
Bull Rheum Dis.,1977; 28: 928 - 931
- 12.- Wolfe F.
The American College of Rheumatology 1990
Criteria for the classification of fibromyalgia
Arth and Rheum., 1990; Vol. 33; No. 2 160 - 72
- 13.- Yunus M. Masi A.t., Callabro J.J.
Primary fibromyalgia
Sem Arth and Rheum., 1981; 11, 151 - 72
- 14.- Thompson J.M. et al.
Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic a its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain syndrome
Mayo Clinic Proc., 1990; 65: 1240 - 40
- 15.- Leavitt F. et al.
Comparasson of pain properties in fibromyalgia syndrome an Rheumatoid Arthritis patients
Arth and Rheum., 1986; 775 - 83
- 16.- Campbell S.M. et al
Clinical characteristics of fibrositis.
Arth and Rheum., 1983; Vol 26 No, 7, 817 - 23
- 17.- Moldofsky H. et al
Sleep, neuroimmune and Neuroendocrine functions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome.
Adv-Neuroinmmunol., 1995; (1): 39 - 56
- 18.- Carrette
Fibromyalgia 20 years later: What have we really accomplished.
The Journal of Rheumatology. 1995; 22:4, 590 - 92
- 19.- Mountz JM et al
Fibromyalgia in women: Abnormalities of regional cerebral Blood flow in The Thalamus an the caudate nucleus are associated with low pain thershold levels.
Arthritis Rheum., 1995; 38(7): 926 - 38

- | | |
|---|---|
| <p>20.- Rojas J. A. y Cols.
Incidencia del Síndrome de Fibromialgia en pacientes
Oncológicos. Estudios comparativo.
Dolor (España) 1996; 11: 10 - 11</p> <p>21.- Rojas J. A. y Cols.
Incidencia del Síndrome de Fibromialgia en pacientes</p> | <p>Oncológicos.
Revista de Medicina Interna de México. 1996; 12: 4 - 108.</p> <p>22.- Gerson y Cols
Prevalencia del Síndrome de Fibromialgia en pacientes
Oncológicos.
Anales Médicos. 1997; 42: 4, 136 - 140</p> |
|---|---|

