

## Revista de Revistas

Fernández R., Rodrigo <sup>(1)</sup>

### The Challenge of Chronic Pancreatitis

*IASP, Pain, Clinical Updates Vol XXI. N 4. October 2013*

*El Desafío del Dolor en Pancreatitis Crónica*

En el módulo Clinical Updates de la IASP, correspondiente al mes de octubre del año 2013 se publica una interesante revisión del tema Pancreatitis Crónica y Dolor.

Se presenta esta patología como un cuadro progresivo y potencialmente fatal, que tiene como origen una inflamación y necrosis persistente del páncreas. En él, la causa principal de consulta es un dolor severo, epigástrico que se irradia en forma de cinturón hacia la región dorsal, acompañándose de náuseas, vómitos, pérdida de peso, diarrea y deposiciones oleosas.

El dolor está presente en alrededor del 94% de los casos reportados. Se caracteriza por ser quemante, intermitente, en salvas, sugiriendo la presencia de componentes inflamatorios y neuropáticos. Se atribuye su causa a una sensibilización periférica sostenida, secundaria a daño inflamatorio y neuropático de las terminaciones nerviosas del páncreas como también a sensibilización central. La fibrosis y calcificación de las estructuras pancreáticas generan aumento de la presión ductal e intersticial, acompañándose de secreción y conversión prematura de tripsina al interior del órgano originando una autodigestión, la que actúa como activador primario en la generación de dolor. La estimulación recurrente de la respuesta inmune innata de las células pancreáticas, como también la necrosis celular, promueve la liberación de citoquinas e inflamación tisular.

La inflamación persistente del páncreas se observa preferentemente en personas en que se combina una predisposición genética y conductas de alto riesgo, como abuso de alcohol, tabaco y dieta alta en grasas. En muchos casos, el dolor puede ceder al desaparecer las conductas de alto riesgo. El cuadro de pancreatitis crónica puede acompañarse de diabetes, pérdida de peso, originada por una producción disminuida de insulina, glucagón, tripsina, amilasa y bicarbonato.

En cuanto al tratamiento de la pancreatitis crónica, éste incluye medicación analgésica, fluidos intravenosos, dieta baja en grasas y suplementos enzimáticos, bajo la supervisión de un equipo médico. Recientemente, se ha avanzado agregando procedimientos terapéuticos endoscópicos, que remueven el bloqueo por necrosis del tejido ductal, aliviando en forma considerable el dolor como síntoma primario.

En Estados Unidos, la pancreatitis ocupa el lugar número 11 de causa de muerte asociada a eventos del aparato digestivo en el año 2004, aumentando las hospitalizaciones por este concepto en un 62% entre los años 1988 y 2004, con una estimación de 210.000 admisiones hospitalarias cada año, patología cuya prevalencia aumenta con la edad y que además puede asociarse a la aparición de cáncer.

El artículo continúa con un análisis de los mecanismos biológicos y moleculares de esta patología, la incidencia de esta enfermedad y los riesgos a los cuales se asocia su cronicidad.

El diagnóstico se realiza a través de una evaluación secuencial, en la que se presenta un práctico algoritmo, que incluye asociado a la clínica, estudios bioquímicos de laboratorio, imagenología, ultrasonografía endoscópica y resonancia magnética con colangiopancreatografía.

Finaliza el artículo con la estrategia terapéutica en la que analiza la farmacoterapia poniendo atención a las precauciones en el uso y abuso de opioides y la necesaria prescripción de coadyuvantes. También se comparan los procedimientos intervencionistas desde el punto de vista quirúrgico y endoscópico, tomando como referencia visiones que se contraponen, por un lado una revisión de consenso sueca, australiana, italiana y alemana versus una revisión Cochrane que reúne mas de mil casos clínicos. Mientras una de ellas recomienda que la pancreatitis hereditaria en pacientes jóvenes obtiene un mejor resultado con métodos no quirúrgicos, la otra propicia el intervencionismo en forma temprana. De todas formas no se estableció una diferencia significativa en cuanto a morbilidad y mortalidad, utilizando los procedimientos endoscópicos o los quirúrgicos, sin embargo en muchas ocasiones el procedimiento quirúrgico es necesario luego del endoscópico, obteniendo, por lo tanto, un mayor costo efectividad.

De lo expuesto en el artículo, el que realiza un acabado y completo análisis de esta patología, se concluye que el tratamiento debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, conformado por médicos expertos en dolor, endoscopia, gastroenterología y cirugía, quienes diseñarán una terapia individualizada a los requerimientos de cada paciente.

### Randomized Double-blind Trial of Sublingual Atropine vs. Placebo for the Management of Death Rattle

*J Pain Symptom Manage. 2013;45(1):14-22, Heisler M, Hamilton G, Abbott A, Chengalaram A, Koceja T, Gerkin R.*

*Ensayo Randomizado Doble Ciego de Atropina Sublingual vs. Placebo para el Tratamiento de los Estertores*

Para el tratamiento de los estertores en pacientes agonizantes,

(1) Jefe Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Hospital del Salvador Santiago, Chile

se recomienda el uso de antimuscarínicos. Una reciente revisión Cochrane no encontró evidencia que considerara el uso de estos fármacos, mejor que placebo. Con el objetivo de comparar la eficacia de la atropina sublingual respecto a placebo en la reducción del ruido por estertores, se realizó por parte de estos autores, un estudio clínico randomizado, doble ciego controlado con placebo, en una unidad de Cuidados Paliativos de un hospice de Arizona. El grupo estudiado, desde agosto de 2008 a febrero de 2011, incluyó a pacientes mayores de 18 años con estertores audibles de al menos 1/3 de Back (siendo 0: inaudible, 1: audible muy cerca del paciente, 2: claramente audible al final de la cama del paciente, 3: audible desde la puerta de la habitación), excluyéndose los que habían sido tratados con otros antimuscarínicos durante ese ingreso. Se incluyeron los pacientes que iban presentando estertores, asignándose de modo ciego a uno u otro grupo recibiendo 1mg de atropina en gotas (solución al 1%) o solución salina. Se volvían a evaluar los estertores y la frecuencia cardíaca (como parámetro de seguridad) a las 2 y a las 4 horas, considerándose mejoría la reducción en 1 o más puntos en la escala.

Se obtuvo el consentimiento de 404 pacientes. De ellos, 177 (43%) presentaron estertores, para finalmente incluir a 160. Este grupo que se distribuyó en 84 correspondientes al grupo de atropina (A) y 76 en el grupo placebo (P). A las 2 horas se perdieron 23 pacientes; y a las 4 horas, 9 pacientes por fallecimiento, quedando finalmente 128 pacientes. Los dos grupos eran similares con una mediana de edad de 78 años, de los cuales el 43% correspondía a oncológicos. No se encontró diferencias en los estertores ni en la frecuencia cardíaca en el momento inicial. A las dos horas, se redujeron los estertores en el 37,8% de los pacientes del grupo A y en el 41,3% del grupo P; y a las 4 horas, en el 39,7% de pacientes del grupo A y en 51,7% del grupo P, sin existir diferencias significativas en ambos casos. La frecuencia cardíaca en el momento inicial no presentaba diferencias significativas entre los grupos, aumentando ligeramente a las dos horas +1,1/minuto en A y +3,1/minuto en P, aunque sin significación estadística. No se encontró efectos adversos relevantes. Luego de su análisis, el estudio se interrumpió por futilidad. Se concluye por parte de los autores que, hasta que no haya ensayos que demuestren su eficacia, el uso rutinario de antimuscarínicos puede ser objetado.

#### **Bloqueo y Radiofrecuencia de la Articulación Sacroilíaca.**

López, D; Nieto, C; Perucho González, A; Roca Amatriain, G; De Andrés Ares, J.; *Rev Soc Esp Dolor* 19 (2012);6 :335 – 345

La articulación sacroilíaca (ASI) es una importante fuente de dolor axial y/o radicular (generalmente no más allá de la rodilla), muchas veces infravalorado, contribuyendo en hasta un 15% en dolor crónico. Existen numerosas pruebas diagnósticas, aunque el examen físico y las pruebas radiológicas son insuficientes para el adecuado diagnóstico. El criterio diagnóstico más aceptado es el alivio del dolor de la ASI, tras uno o varios bloqueos diagnósticos intra-articulares con anestésicos locales, realizados de manera adecuada. El proceder ante la positividad del bloqueo es la radiofrecuencia de las ramas que inervan la ASI. En el siguiente artículo de revisión de la revista *Dolor de la SED*, se efectúa por parte de los autores de éste un detallado repaso de la anatomía, el diagnóstico y los distintos tratamientos intervencionistas del dolor de origen sacroilíaco.

Se concluye que esta patología dolorosa suele responder muy bien a técnicas de denervación, siempre que haya uno o varios bloqueos diagnósticos previos positivos. Se describen diversas técnicas de denervación de la ASI, las cuales, realizadas de manera adecuada, logran alivio duradero durante varios meses del dolor. El artículo puede ser una valiosa guía de apoyo que se acompaña de claras ilustraciones para quienes se interesen en este tipo de procedimientos.

#### **Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach**

Libro editado por la IASP (2011, ISBN: 978-0-931092-90-9, tapa blanda, 547 páginas), de los autores Dres. Herta Flor (PhD, del Instituto Central de Salud Mental de la Universidad de Heidelberg, Alemania) y Dennis C. Turk (PhD Departamento de Anestesiología y Medicina del Dolor de la Universidad de Washington, Seattle, EE.UU). En él se efectúa un análisis de cómo los factores cognitivos y del comportamiento juegan un papel importante en la cronificación del dolor, proporcionando en forma detallada una argumentación convincente para su tratamiento desde una mirada multidisciplinaria y bioconductual. Se trata de un manual clínico que se complementa con un CD de métodos de evaluación y protocolos de terapia para el uso por parte de los profesionales de la salud. El libro abarca el estado actual de la ciencia, desde los distintos campos de la generación del dolor, entre los que incluye la neurociencia clínica y la medicina del comportamiento. En su prólogo el Dr. Robert D. Kerns, Director del Programa Nacional para el Manejo del Dolor en los EEUU Veterans Health Administration escribe “Este texto promete mantenerse como la mejor fuente para educadores y para quienes buscan ampliar sus conocimientos en el campo del dolor crónico”. El libro pone énfasis en los factores psicológicos que se asocian al dolor crónico, incluyendo recomendaciones para un plan estructurado de evaluaciones, al tiempo que ofrece ejemplos de casos para guiar a los profesionales en la elaboración de un tratamiento individualizado y eficaz para cada paciente con dolor crónico. de un tratado de dolor de gran valor, por la diversidad de temas que abarca y por la relevancia de sus autores, que corresponden a los profesionales más destacados en sus respectivas áreas como referentes del dolor. En la dirección electrónica de IASP: <http://www.iasp-pain.org/books> se puede obtener la información necesaria respecto de este material informativo docente de primera calidad y que cada uno de nosotros debíamos tener a mano como texto guía de consulta.

**Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.**

#### **Correspondencia:**

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo  
Past President ACHED  
Jefe U. Dolor y Cuidados Paliativos  
Hospital del Salvador, Santiago – Chile  
Encargado Paliativos Sin Fronteras-Chile  
Correo: [rodrigoached@gmail.com](mailto:rodrigoached@gmail.com)