

## TRATAMIENTO DEL DOLOR REBELDE, EN LAS NEOPLASIAS AVANZADAS DEL UTERO

F. CABIESES M. y E. EIDELBERG

*(Del Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas)*

**E**L cáncer uterino constituye no sólo una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio sino uno de los más serios problemas terapéuticos cuando ha avanzado en forma tal que crea complicaciones insolubles por la cirugía radical o la radioterapia. La actitud habitual no sólo no resuelve el problema sino lo agrava aún más. Es evidente que una actitud más decidida en la paliación de las molestias de las enfermas portadoras de estos tumores encuentra mayor justificación en el curso habitualmente largo de la enfermedad, que, como es bien sabido, tiende a la invasión local de las estructuras pélvicas adyacentes, produciéndose tardíamente la diseminación hematógena, que muchas veces no se presenta porque la uremia subsecuente al "ahogamiento ureteral" por el tumor o por la fibrosis post-radiación termina antes con la paciente.

Es el propósito de la presente comunicación exponer nuestra experiencia personal en el Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el tratamiento del dolor en estos casos.

Como premisa indispensable trataremos de exponer someramente la patogenia del dolor. A éste respecto recordaremos que se ha discutido mucho sobre si éste es causado ya sea por el compromiso de fibras y terminaciones simpáticas o de nervios periféricos en su trayecto intrapélvico; la primera teoría es sostenida por la escuela de Lériché (6, 8) y la segunda por la mayoría de autores anglosajones (5, 7, 11). Esto no tiene un interés meramente académico, ya que si se acepta el concepto del origen "simpático" el tratamiento es la neurectomía presacra o simpatectomía hipogástrica, mientras que si el concepto de White (11), Hyndman (5), Scott, Schloessmann (7) y otros es el correcto entonces sólo la cordotomía espinal puede ser la solución lógica. En nuestra experiencia, basada en el cuidadoso examen neurológico de las enfermas y en las observaciones en la mesa de autopsias, el dolor es causado cuando constituye un problema mayor, por el compromiso de los plexos nerviosos periféricos lumbar o sacro, o ambos, al cual pueden agregarse como componentes adicionales la infección pieloureteral o aneural implantados sobre la lesión primaria. Creemos también que los brillantes resultados alegados por Lériché (6), Sousa Pereira (8), y otros con la neurectomía presacra de Cotte en el cáncer uterino son discutibles por dos razones: Primero porque es técnicamente casi imposible la neurectomía presacra en una "pelvis congelada" y segundo porque en ningún caso de los autores mencionados parece haberse definido claramente el mecanismo del dolor preoperatoriamente, mediante un minucioso examen neurológico.

El problema terapéutico es planteado habitualmente en forma disyuntiva por el clínico: "Analgésicos o cirugía". Nosotros no estamos de acuerdo con una discriminación tajante entre uno y otro medio y creemos que no debe nunca someterse a una enferma a métodos operatorios para quitarle su dolor si no se ha ensayado en forma razonable los medios médicos, y, por el contrario, no debe negársele un alivio quirúrgico definitivo de su dolor si éste es severo, si sus condiciones operatorias son aceptables y si la alternativa es la intoxicación con opiáceos, con demanda cada vez mayor de éstos por habituación. Para definir con precisión las indicaciones de cada método es indispensable una sistematización del estudio de cada caso, tratando de desenmarañar el complejo problema del dolor en cada enferma.

#### EVALUACIÓN DE LOS CASOS

En primer lugar es necesario precisar la extensión de la enfermedad y la presencia de las complicaciones directamente relacionadas a ella. Esto puede hacerse mediante un buen examen clínico y los siguientes medios auxiliares: Cistoscopia, urografía excretoria, pruebas de función renal y radiografías de tórax para buscar metástasis. La importancia de estos exámenes para calcular el pronóstico aproximado de supervivencia es evidente. La posibilidad de infecciones sobreagregadas a la hidronefrosis obliga al urocultivo y determinación del aspecto de sensibilidad a antibióticos para un tratamiento adecuado.

La evaluación de la intensidad de un dolor nunca puede ser hecha en forma siquiera aproximada por la impresión subjetiva del observador o por la estimación del paciente, ya que la personalidad de cada uno varía en forma muy amplia. El uso de placebos para "descubrir" a los "simuladores de dolor" y adictos (la clásica inyección de agua destilada) ha sido demostrado concluyentemente como un método errado por el trabajo experimental de Jellinek, Beecher (1) y otros. Nosotros preferimos utilizar analgésicos de potencia creciente "en escalera", dados a horas fijas, registrando en una cartilla la duración del período de analgesia de cada dosis. Nuestra escala está hecha así:

- 1) Aspirina 0.50 gm. v. oral o, si no es tolerada,  
Fenildimetilpirazolana 0.50 gm. i. m.
- 2) Fosfato de codeína 0.06 gm. i. m.
- 3) Meperidina (Pethidine, Demerol): 100 mg. i. m.
- 4) Clorh. de morfina 0.01 gm. i. m.

En aquellas enfermas con evidente reacción excesiva al dolor agregamos un barbitúrico o clorpro:nazina para sedarlas, con lo que se consigue una marcada reducción en la demanda de analgésicos.

En esta forma, mediante un estudio clínico-farmacológico del dolor, podemos apreciar en forma bastante aproximada no solamente la intensidad de algo tan subjetivo como el síntoma que nos ocupa, sino su componente reactivo cuyo conocimiento es esencial en el tratamiento de estas pacientes. Además, la catalogación de cada paciente dentro de los escalones farmacológicos

propuestos, constituye una base semi-cuantitativa para establecer más adelante comparaciones estadísticas que permitan orientar el futuro de nuestro comportamiento terapéutico.

Es importante tratar de precisar en cada caso el mecanismo productor del dolor, para tratar en lo posible en forma etiológica a éste. Un examen neurológico con especial atención a la exploración de la sensibilidad superficial en los miembros inferiores suele ser de gran ayuda.

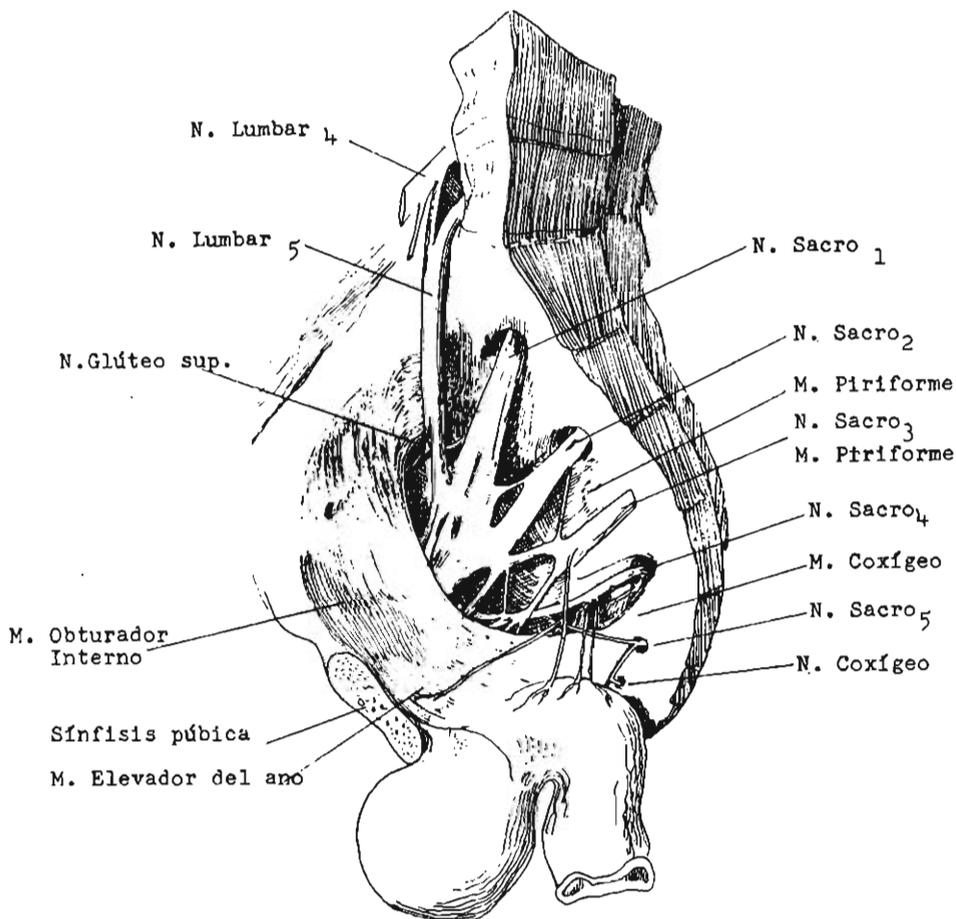
Una vez realizado el estudio clínico del caso, se plantea una serie de interrogantes sobre la situación socioeconómica del paciente, que es necesario definir antes de ir a un tratamiento radical de su dolor. Como ejemplo, muchas veces es necesario operar a una enferma controlable con dos a tres ampollas diarias de codeína simplemente porque no puede sostener éste tratamiento en su casa. Esto es especialmente notable en las enfermas que vienen de provincias.

Un aspecto muy importante en la evaluación de cada caso, es el estudio psiquiátrico. Como hemos mencionado en varias oportunidades, el dolor tiene dos componentes: el perceptivo y el reactivo. En el componente reactivo intervienen primordialmente mecanismos psíquicos en el que tiene primordial importancia la personalidad pre-mórbida de la paciente, así como su reacción ante lo que ella sabe o lo que ella cree de su enfermedad primaria. Una falsa orientación del médico en este sentido, puede hacer fracasar el mejor de los métodos de control del componente perceptivo del dolor.

#### TRATAMIENTO

Concluida la primera parte, la evaluación del caso, rara vez es un problema difícil decidir el tratamiento a seguir. La respuesta a los analgésicos, determinada en forma casi cuantitativa, hace obvia la selección del más adecuado en cada caso, y éste puede mantenerse por un plazo relativamente largo ya que lo usual es que aumente el componente reactivo al dolor más que éste mismo, y el uso juicioso de sedantes junto a la psicoterapia superficial que todo médico practica bastan para resolverlo. En los casos en que el dolor es incontrolable por la codeína por más de dos horas debe plantearse el tratamiento quirúrgico como una posibilidad, siempre que las condiciones operatorias de la paciente sean suficientes. Nunca debe esperarse para plantear la intervención antálgica a que el dolor sea rebelde a dosis elevadas de mepredina o morfina, ya que por un lado no es rara la adicción como causa de fondo de las quejas y por el otro que estas enfermas usualmente están en malas condiciones quirúrgicas por la intoxicación con los narcóticos.

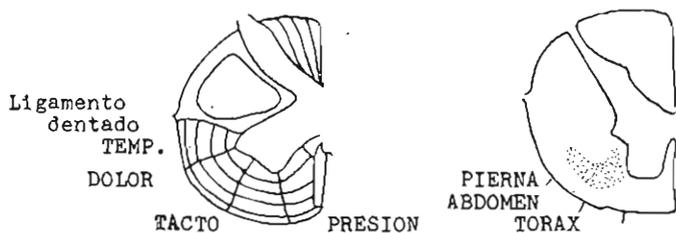
Es muy frecuente oír decir que "si el paciente va a morir de todos modos ¿para qué operarlo?" o "¿cuál es la base lógica de negarle la morfina a un canceroso terminal?" Si se recuerda que muchas veces los pacientes con carcinomas avanzados sobreviven por varios meses y que la demanda de morfina o similares va en aumento continuo por la tolerancia progresiva del organismo y la habituación, llegando a asistirse a verdaderas tragedias por ello, las dos preguntas quedan automáticamente contestadas.



Plexo Lumbo-Sacro (Relaciones intrapélvicas (del Atlas de Anatomía de Henle, 1917).

Por lo demás, el control del dolor mediante analgésicos es, en el mejor de los casos, un control intermitente, en el que intervienen también multitud de factores extraños al dolor mismo, y al que se agregan todos los problemas creados por las acciones farmacológicas secundarias de las drogas utilizadas.

Se ha ideado una serie de intervenciones para suprimir el dolor por neoplasias pélvicas avanzadas, entre las cuales las mejor conocidas son la simpatectomía hipogástrica, la mielotomía comisural media y la cordotomía. Algunos autores han utilizado además la lobotomía frontal o la leucotomía en estos casos. Ya expusimos más arriba nuestra opinión adversa a la simpatectomía; la mielotomía comisural media, utilizada sobre todo por Wertheimer (10), que consiste en una sección longitudinal de la médula en tres o cuatro segmentos a lo largo del rafe medio posterior, tiene escaso éxito, que no llega al 50% en las mejores series, lo que no la convierte en un buen método. Nuestra posición opuesta a la cirugía de los lóbulos frontales por lo incons-



s/. FOERSTER

s/. HYNDMAN y VAN EPPS



s/. WALKER

Composición anatómica del haz espinotalámico (tomado de White, J. C., Surg. Gyn. & Obst. 92:469, 1951).

tante de sus resultados y los graves peligros de alteraciones psíquicas irreversibles que acarrea ha sido planteada en otros trabajos (2, 3). Creemos que la sección de los haces espinotalámicos a nivel de la médula cervical baja o dorsal alta que se denomina cordotomía anterolateral, representa el método de resultados más constantes y de menor riesgo en el tratamiento de dolores por debajo del nivel del diafragma. Bien ejecutada, acarrea un peligro mínimo de trastornos motores o esfinterianos definitivos y se realiza con el menor grado posible de trauma quirúrgico (2, 3).

La cordotomía fué ideada por Spiller y Martin, en 1911 (9) y Foerster (4) poco después sistematizó la técnica de la operación, la que casi no ha variado hasta el momento. Consiste en una laminectomía de tres segmentos vertebrales, usualmente C6, C7, D1, seguida de apertura longitudinal de la duramadre, exponiendo la médula. Cogiendo un ligamento dentado se rota ligeramente la médula y se introduce un cuchillete afilado por delante del ligamento dentado, haciéndolo girar de tal forma que la punta salga a nivel de la emergencia de la raíz anterior. El mismo procedimiento se repite en el lado contrario, separando los dos cortes por un segmento medular en altura a fin de evitar accidentes circulatorios en la médula.

Habitualmente se produce atonía vesical en el post-operatorio inmediato, que debe tratarse instalando un sistema de drenaje intermitente en sifón (aparato de Munro) para acelerar el retorno del automatismo vesical y luego del control voluntario. Es un grave error recurrir al cateterismo intermitente por el peligro de infección, y el uso de sonda permanente con drenaje continuo retarda o impide la recuperación del tono vesical.

El nivel de analgesia obtenido inmediatamente desciende varios seg-

mentos en el curso de dos o tres meses, estabilizándose luego. No se produce ningún trastorno de la sensibilidad profunda ni de la táctil, y rara vez se encuentra déficit motor severo residual en los miembros inferiores.

#### SUMARIO

Se plantea el problema de la patogenia y tratamiento del dolor causado por el carcinoma uterino avanzado. En opinión de los autores es más aceptable la idea de que el dolor es causado por compromiso de los plexos lumbar y sacro en su trayecto intrapélvico y no por compromiso de vías simpáticas.

Se señala la gran importancia de un estudio cuidadoso de la evolutividad de la neoplasia y de la presencia de complicaciones derivadas de ella, así como de una graduación de la severidad del dolor basada en el uso sistemático de analgésicos, complementados en forma razonada por sedantes.

Se señala las razones por las cuales somos opuestos al uso desordenado de opiáceos en pacientes que pueden ser aliviados definitivamente de su dolor por medios quirúrgicos. Se señala la importancia de evitar la adicción a narcóticos, fuente de problemas más graves que el dolor mismo.

Se apoya a la sección de los haces espinotalámicos en la médula espinal (cordotomía ánterolateral), como el método quirúrgico de elección en el dolor por cáncer pélvico avanzado, cuando es incontrolable con dosis moderadas de analgésicos y el paciente presenta un buen "riesgo quirúrgico".

#### SUMMARY

The authors deal with the pathogenesis and the treatment of pain in cases of advanced carcinoma of the uterus. They are inclined to accept that the intense, boring pain is more often due to infiltration of the lumbar and sacral plexuses in their intrapelvic portions than to involvement of the sympathetic pathways.

They emphasize the careful study of the development of the tumor and the exact assesment of its complications, as well as an evaluation of the severity of the pain, based on a methodical use of analgesics and sedatives.

Patients who are in condition to be submitted to radical surgical procedures for the control of their pain, should never be put on a free supply of analgesics. The addiction to narcotics and opium derivatives should always be avoided when possible, even in the so-called intractable cases, since it creates symptoms that surpass in importance the pain problem itself.

Among the methods of surgical control of the pain in these cases, the authors favor anterolateral cordotomy.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Beecher, H. K., Lasagna, L. y Mosteller, F. *Am. J. Méd.* 16:770, 1954.
2. Cabieses Molina, F. *Rev. Per. de Radiología.* 4:45, 1950.
3. Eidelberg, E. Tesis de Bachillerato, 1955.
4. Foerster, O. *Berlin. klin. Wochenschr.* 50:1499, 1913.
5. Hyndman, O. *Am. J. Surg.* 75:187, 1948.
6. Leriche, R. *La Chirurgie de la Douleur*, Masson et Cie. Ed., 1949.
7. Schloessmann, H. *Zentralbl. f. Neurochir.* 10:17, 1950.
8. Sousa Pereira, A. de. *Arch. Surg.* 52:113, 1945.
9. Spiller, W. G. y Martin, E. I. *A. M. A.* 58:1489, 1912.
10. Wertheimer, P. C. R. a le IVème. *Cong. Int. de Neurol.* 3:305, 1949.
11. White, J. C. y Smithwick, R. *The Autonomic Nervous System*, Macmillan, Ed., 1952.