



Entrevista

El dolor neuropático requiere un tratamiento específico, donde los analgésicos periféricos no son eficaces e incluso los opioides potentes requieren dosis más altas para serlo

Dr. Javier Vidal Fuentes, Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara

R.G.A.

El doctor Javier Vidal Fuentes, del Servicio de Reumatología Unidad de Dolor Reumático del Hospital Universitario de Guadalajara, profesor asociado de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares y vocal de la Sociedad Española de Dolor, nos comenta algunos datos del bajo consumo de opioides potentes en nuestro país cuando se compara con el resto de Europa. El experto defiende la utilización de estos fármacos más allá de la indicación oncológica y del dolor agudo, por ejemplo, en el dolor musculoesquelético y nos habla del manejo del dolor neuropático con tapentadol, de laboratorios Grünenthal.

El reumatólogo ¿usa habitualmente opioides en sus pacientes con dolor crónico?

—Es difícil contestar con precisión. Los datos del estudio transversal EPIDOR en consultas de Reumatología (2002) señalan que el consumo de opioides tenía lugar en el 6% de los pacientes, siendo sólo el 1% tratamientos con opioides potentes. Estos datos muestran un uso de opioides muy inferior al resto de países europeos. Datos más recientes, obtenidos del estudio REGISPAR, realizado en servicios de Reumatología y en pacientes con artrosis de cadera o rodilla durante el año 2008, mostraban un consumo de opioides, en este tipo de patología, en torno al 22%, fundamentalmente tramadol sólo o asociado a paracetamol.

—¿Son necesarias estrategias en el control del dolor crónico?

—El dolor crónico tiene una prevalencia muy elevada en la población general. Entre un 20 y un 40% de la población sufre diferentes síndromes dolorosos

crónicos, donde al menos la patología del aparato locomotor supone la mitad de los casos. Además, los procesos musculoesqueléticos son la primera causa de invalidez permanente. Diferentes estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que entre un 40 y un 60% de los pacientes no tienen un control satisfactorio del dolor. Esto es debido, en parte, a la complejidad multidimensional del dolor y a la necesidad de una mayor formación en este área de conocimiento por parte de los diferentes especialistas médicos y sanitarios. En el momento actual, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado el desarrollo de un plan estratégico para el abordaje del dolor crónico, con la participación de diferentes sociedades científicas.

—¿Existen recomendaciones para el uso de opioides en el dolor musculoesquelético? ¿Cuáles son?

—Los opioides son los analgésicos más potentes que existen, con un mecanismo de acción tanto a nivel periférico como a nivel del



Dr. Javier Vidal.

sistema nervioso central, del cual dependen tanto su eficacia como su perfil de tolerancia y seguridad. Su uso no es controvertido en el dolor agudo ni en el dolor oncológico, pero en el dolor crónico no oncológico la tolerabilidad, el potencial de dependencia física, psíquica y la tolerancia condicionan su uso. Por ello, se han elaborado diferentes guías y consensos de uso de opioides con el fin de facilitar su utilización. En el año 2006, la Sociedad Española de Reumatología elaboró un consenso específico de utilización

de opioides en patología reumática tras una revisión sistemática de la evidencia en esta patología. La finalidad de las guías no es promover la utilización de opioides de forma indiscriminada sino identificar a los pacientes que realmente pueden necesitar y beneficiarse de un tratamiento con los mismos. En este sentido, antes de rechazar un tratamiento crónico con opioides, deberíamos realizar un test de eficacia y tolerancia en un período corto de tiempo y si el beneficio es el adecuado, decidir entonces mantenerlo o no de acuerdo con el paciente.

–¿Qué necesidades puede cubrir Tapentadol (Palexia® retard) en sus pacientes?

–Tapentadol es un analgésico de acción central potente y como tal su principal indicación es el dolor crónico intenso. Esto tiene lugar en aproximadamente el 17% de los pacientes con procesos reumáticos. El perfil farmacológico de Tapentadol le confiere cualidades de interés para el tratamiento de estos pacientes. Desde el punto de vista farmacocinético, tiene una buena biodisponibilidad oral, su metabolismo es de fase 2, sin intervención del citoplasma de 450 y sin dar lugar a metabolitos activos. Tiene una baja unión a proteínas y, por tanto, una menor posibilidad de interacciones medicamentosas. Su eliminación es fundamentalmente por vía renal. Presenta un novedoso doble mecanismo de acción sinérgico como agonista opioide y como inhibidor de la recaptación de noradrenalina. Una gran parte del desarrollo clínico se ha realizado en modelos de artrosis y lumbalgia, con una eficacia similar a la oxicodona, pero con una menor incidencia de efectos secundarios gastrointestinales (náuseas, vómitos y estreñimiento) inferiores al 50% y también con una menor incidencia de abandonos por ese motivo. Otro aspecto importante de Tapentadol es que la duración de los estudios ha llegado hasta un año de tratamiento, siendo excepcionales las experiencias a largo plazo con otros opioides.

Una gran parte de los pacientes con enfermedades reumáticas tiene una edad elevada, donde la comorbilidad, la polifarmacia y el mayor riesgo intolerancia a los opioides condicionan su uso. Tapentadol, por las características mencionadas, puede desempeñar un papel preferente en aquellos casos en los que sea conveniente la utilización de opioides.

–La nueva presentación de Palexia® retard 25mg, ¿puede aportar algo a sus pacientes?

–Una de las premisas para el tratamiento con opioides en dolor crónico es facilitar su tolerancia al inicio del tratamiento con dosis bajas y con un ajuste de dosis lento y progresivo. Las recomendaciones para el ajuste de dosis y el incremento de las mismas indican que éstos no sean superiores al 25-50% de la dosis anterior y cada 3 a 7 días. Por ello, la posibilidad de empezar por dosis inferiores de 25mg en pacientes con determinadas comorbilidades o ancianos o polimedicados y/o realizar incrementos según las guías es una oportunidad para mejorar la eficiencia en el tratamiento del dolor.

–¿Contribuye Palexia® retard a mejorar la funcionalidad física del paciente?

–En la evidencia sobre la eficacia de los opioides en el dolor musculoesquelético, pone de manifiesto que su efecto sobre el alivio del dolor es importante, pero el efecto sobre la función física es discreto. En el caso de tapentadol los resultados de 2 EC en artrosis de rodilla y lumbalgia crónica han presentado mejoría frente a placebo en los cuestionarios WOMAC función para la artrosis y BPI para la lumbalgia y en los dominios de función física del SF-36 y EuroQuol 5 en unas magnitudes entre el 20 y el 30%.

–¿Es frecuente el dolor neuropático en pacientes que acuden a una consulta de reumatología?

–La verdad es que el dolor neuropático en Reumatología aparece como el gran ausente en

los estudios epidemiológicos y es difícil explicar por qué. Cuando se aplican cuestionarios para el diagnóstico de dolor neuropático como el DN4, un 10% de los pacientes presentan síntomas de dolor neuropático, pero la mayoría de los casos corresponden a cuadros de fibromialgia. Sin embargo, entre un 4 y un 8% de la población presenta cuadros de dolor neuropático. Y si tenemos en cuenta los cuadros de radiculopatía asociada a lumbalgia la proporción se incrementa, de tal manera que un 30% de los casos de lumbalgia presentan cuadros de dolor neuropático de origen radicular. Algo importante en este tipo de procesos es que el dolor es más intenso en al menos 2 puntos en escala numérica del dolor que el dolor nociceptivo y requiere de un tratamiento específico para su control.

–¿Considera Palexia® retard un fármaco adecuado para este tipo de pacientes que sufren dolor neuropático?

–Ya he comentado que el dolor neuropático requiere un tratamiento específico, donde los analgésicos periféricos no son eficaces e incluso los opioides potentes requieren dosis más altas para serlo. Los fármacos de primera elección son los llamados coadyuvantes, entre los que se encuentran los antiepilépticos y los antidepresivos actuando sobre las vías del dolor. En este sentido Tapentadol presenta un doble mecanismo de acción entre el que se encuentra la potenciación de la vía descendente noradrenérgica inhibitoria del dolor. En los modelos animales de dolor neuropático se demuestra que este mecanismo es más importante que el agonista opioide. En un ensayo clínico en polineuropatía diabética ha mostrado que tapentadol es superior al placebo con un porcentaje de respondedores del 64% vs 38%. Otro estudio abierto en lumbalgia con y sin componente neuropático radicular, la eficacia fue similar en ambos grupos, precisando menos dosis cuando existía el componente neuropático y haciéndole desaparecer en la mayoría de los pacientes.