

## MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO DIFÍCIL: A PROPÓSITO DE UN CASO CON ZICONOTIDE

Sánchez Prats, Rocío; Lema Torre, Xabier; Bautista Fernández, Gonzalo; Muñoz Naranjo, Carlos; Martín Grano de Oro, Antonio; Martínez Serrano, Blanca; de Andrés Ares, Javier.  
Unidad del Dolor; Servicio de Anestesiología y Reanimación; Hospital Universitario La Paz, Madrid.

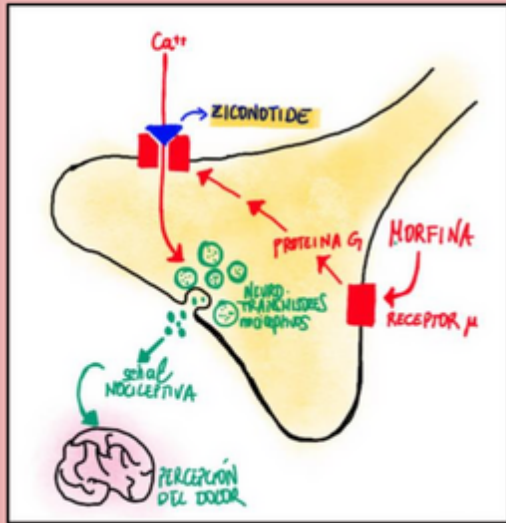
### INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor crónico oncológico refractario a tratamientos convencionales supone uno de los mayores retos clínicos. El **Ziconotide**, en combinación con otros fármacos vía intratecal, ha demostrado en numerosos estudios mejorar el control del dolor en un amplio porcentaje de casos, posicionándose así como una de las mejores opciones para su empleo en este escenario.



Representación gráfica del **Conus magus**. El Ziconotide es el equivalente sintético de un péptido que se halla en su veneno.

### MECANISMO DE ACCIÓN



En las terminales neuronales **presinápticas** abundan los **canales del calcio tipo N voltaje-específico**. La despolarización provocada por un potencial de acción hace que estos canales se abran, permitiendo la entrada de  $Ca^{++}$ , e iniciando la fusión de vesículas y la liberación de neurotransmisores como glutamato, a la hendidura sináptica, quienes son los encargados de transmitir el impulso nervioso a la neurona postsináptica.

El Ziconotide **BLOQUEA** de forma **reversible** estos canales de  $Ca^{++}$  gracias a que sus características químicas lo dotan de una alta afinidad por los mismos.

### BREVE HISTORIA Y FICHA TÉCNICA

El Ziconotide fue descubierto a principios de los años 80, pero no fue aprobado hasta 2004. Se encuentra **indicado** en:

- Dolor crónico grave que precisa la vía intratecal.
- Titulación lenta**. Dosis inicial: 2,4µg/día. Ascenso no superior a 1,2µg/día no más de una vez a la semana. Dosis máxima: 21,6µg/día.

### FARMACOCINÉTICA

#### ADMINISTRACIÓN

INTRATECAL exclusivamente.

#### DISTRIBUCIÓN

Exclusiva en el LCR, donde no sufre transformaciones metabólicas, lo que supone que el 100% se encuentra disponible para realizar su acción.

#### METABOLISMO

Es degradado para su eliminación por peptidasas y proteasas en la circulación sistémica.

#### ELIMINACIÓN

( $t_{1/2}$  = 4,6 h) a través de las vellosidades aracnoideas, con paso posterior a la circulación sistémica.

### CASO CLÍNICO

#### ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 84 años
- Carcinoma ductal infiltrante de mama** con diagnóstico en 1987 tratado mediante cirugía y RT. Diagnóstico en 2010 de **múltiples lesiones óseas** distribuidas en columna, cabeza humeral derecha, escápulas, clavícula izquierda, parrilla costal y pelvis ósea.
  - DM, DL, hipotiroidismo.

#### MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en **miembro inferior** derecho secundario a metástasis blásticas de cáncer de mama

Analgesia de 1er escalón + **Fentanilo** transdérmico 250mcg/72h + **RT**

**MIT** hasta 2mg/24h

No se logra un **buen control**

Se añade Bupivacaína 2mg/día + **ZT** hasta 3.5mcg/día

**Actualmente**, con la triple terapia IT, la paciente refiere mejoría clínica significativa que permite la deambulación con muleta con escasa limitación para las actividades básicas de la vida diaria.

### CONCLUSIONES

La combinación de Ziconotide, Morfina, y Bupivacaína IT, permitió un **buen control del dolor**. La asociación de estos **tres** fármacos puede ser una opción a considerar casos de dolor oncológico refractario de difícil control.