



Colombian Journal of Anesthesiology

Revista Colombiana de Anestesiología

www.revcolanest.com.co

OPEN

Wolters Kluwer

Incidencia de síndrome de dolor postmastectomía en Colombia

Incidence of post-mastectomy pain syndrome in Colombia

Carlos Andrés Cortés-Samacá^a, Henry Jair Mayorga-Anaya^a, Carolina Moreno-Ríos^a, Renzo Lara-Villa^a, Luz Elena Cáceres-Jerez^b, Jairo Estupiñan-Duque^c, Carla Andrea Puche-Cogollo^d, Rafael Tarazona-Bueno^d

^a Departamento de Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

^b Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia.

^c Clínica de Dolor, Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia.

^d Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Palabras clave: Dolor Crónico, Mastectomía, Epidemiología, Síndromes del Dolor Miofascial, Neoplasias de la Mama

Keywords: Chronic Pain, Mastectomy, Epidemiology, Myofascial Pain Syndromes, Breast Neoplasms

Resumen

Introducción: El cáncer de mamá en Colombia es la primera causa de muerte oncológica. El síndrome de dolor post mastectomía es de 13 a 69%; no hay estudios a nivel regional que evalúen su incidencia en nuestra población.

Objetivos: Determinar la incidencia de síndrome de dolor post mastectomía en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sometidas a cirugía oncológica terapéutica en el Hospital Universitario de Santander.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte en el período de enero de 2014 a julio de 2015 durante el seguimiento por Clínica de Dolor que evaluó la aparición de síndrome de dolor post mastectomía.

Resultados: Se realizó seguimiento a 76 pacientes, se encontró una incidencia de síndrome de dolor post mastectomía de 55.3%, de las cuales un 54.8% fueron clasificadas como intensidad leve (Escala visual análoga - EVA < 4), 42,9% como intensidad moderada (EVA 5–7) y 2,4% de intensidad severa (EVA > 8). La característica de dolor el más frecuentemente encontrado fue el de tipo miofascial (42,1%) seguido por el dolor neuropático (34,2%). En el grupo de pacientes con dolor de tipo miofascial se encontró una relación entre la edad menor a 49 años y la presentación de este tipo ($p=0,018$).

Conclusiones: La incidencia de síndrome de dolor post mastectomía es del 55,3%, siendo mayor a diferentes publicaciones a nivel mundial. Encontramos que las pacientes de menor edad, eran mas propensas a presentar síndrome de dolor postmastectomía tipo dolor miofascial.

Cómo citar este artículo: Cortés-Samacá CA, Mayorga-Anaya HJ, Moreno-Ríos C, Lara-Villa R, Cáceres-Jerez LE, Estupiñan-Duque J, et al. Incidencia de síndrome de dolor postmastectomía en Colombia. Rev Colomb Anestesiología. 2018;46:18-22.

Read the English version of this article at: <http://links.lww.com/RCA/A98>.

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Cra. 32 No. 29-31, Universidad Industrial de Santander, Escuela de Medicina, Departamento de Cirugía. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: andres1236@hotmail.com

Rev Colomb Anestesiología (2018) 46:Sup

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000040>

Abstract

Introduction: Breast cancer in Colombia is the first cause of cancer death. Post-mastectomy pain syndrome ranges from 13% to 69%; there are no regional studies evaluating its incidence among our population.

Objectives: Determining the incidence of post-mastectomy pain syndrome in patients diagnosed with breast cancer undergoing therapeutic oncology surgery at Hospital Universitario de Santander.

Materials and methods: Observational, prospective study of a cohort from January, 2014 through July, 2015 during the Pain Clinic follow-up evaluating the occurrence of post-mastectomy pain syndrome.

Results: In all, 76 patients were followed and a 55.3% incidence of the post-mastectomy pain syndrome was identified. Among them, 54.8% were classified as mild intensity (visual analog scale [VAS] <4), 42.9% as moderate intensity (VAS 5–7), and 2.4% severe intensity (VAS >8). The most frequent type of pain identified was myofascial pain (42.1%), followed by neuropathic pain (34.2%). Among the group of patients with this type of pain, a relationship was identified between age below 49 years, and this presentation ($P=0.018$).

Conclusions: The incidence of post-mastectomy pain is 55.3%, higher than various world publications. We found that younger patients were more prone to develop myofascial post-mastectomy pain syndrome.

Introducción

El síndrome de dolor post mastectomía (SDPM) es un trastorno que aparece posterior a una cirugía oncológica reciente de mama que se distribuye en pared anterior de tórax, axila y porción medial y proximal de miembro superior secundario a una probable lesión del nervio intercostobraquial y/o intercostales durante la disección a nivel axilar, lo cual explica las características neuropáticas de este dolor, el cual puede persistir por años.¹⁻³ La incidencia de este síndrome ha sido descrita en la literatura con variaciones que oscilan entre el 13 y 69%.³ Vilholm y colaboradores⁴ encuentran al aplicar una encuesta a pacientes en que se había practicado mastectomía oncológica, y compararlo con un grupo de mujeres con cáncer de mama que recibieron tratamiento no quirúrgico, que el 23% padecían dolor crónico compatible con síndrome de dolor post mastectomía, del cual 6% al ser cuestionada por cuanto afectaba su dolor en las actividades diarias respondió como “demasiado” o “bastante”. Similares incidencias fueron previamente descritas en las cohortes estudiadas por Smith y colaboradores 29% y Carpenter y colaboradores 27%.^{5,6} Perkins encuentra una incidencia de dolor crónico en su estudio de 50% para mastectomía.⁷

Existen diferentes factores de riesgos asociados al desarrollo de dolor crónico posterior en cirugía oncológica

de mama,^{8,9} donde las técnicas anestésicas y analgésicas perioperatorias pudiesen cobrar alguna relevancia, como muestran los hallazgos del grupo de Ibarra Martí, donde se comparó la incidencia de dolor postmastectomía en paciente con analgesia paravertebral preincisional y analgesia parenteral convencional aplicando un cuestionario vía telefónica a las pacientes.¹⁰ Así mismo, se ha documentado que entre el 5 al 10% de las pacientes que presentan dolor crónico posoperatorio (cirugía cardíaca, odontológica, mastectomías) presentan intensidad del dolor severo, con repercusión adversa en la calidad de vida.¹¹⁻¹³

Actualmente en Colombia el cáncer de mama es la principal patología oncológica en las mujeres, siendo responsable hasta del 22,3% de las muertes de causa oncológica en la población femenina.^{14,15} Cerca del 50% de las pacientes diagnosticadas en Colombia son intervenidas quirúrgicamente (ya sea cuadrantectomía o mastectomía) como parte del tratamiento del cáncer de mama, sin embargo hasta el momento no contamos con estadísticas nacionales ni regionales sobre la prevalencia de SDPM.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional tipo cohorte prospectiva, en el Hospital Universitario de Santander durante el periodo de enero de 2014 a julio de 2015. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que fueron sometidas a cirugía oncológica terapéutica durante este periodo, con más de tres meses post quirúrgico (rango:4 a 22 meses). Los criterios de exclusión: pacientes que no desearan participar en el estudio y con intervenciones quirúrgicas previas en mama. La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de una encuesta diseñada para detectar dolor crónico en un único momento durante la consulta de seguimiento por Clínica de Dolor (ver Fig. 1). Los datos recolectados se digitalizaron en una base de datos electrónica en el formato Excel, función que ejecutaron dos diferentes digitadores para minimizar el índice de error, posteriormente se verificó la

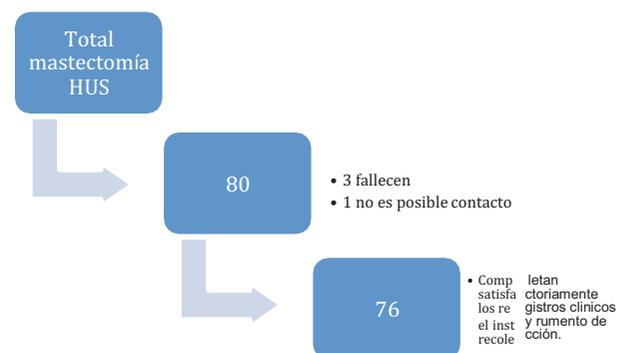


Figura 1. Flujograma de pacientes incluidos en el estudio. Fuente: Autores.

exactitud de los datos registrados, los cuales se transfirieron al Software estadístico Stata 11 para procesamiento y análisis final.

Análisis estadísticos: Se realizó inicialmente un análisis univariado con descripción en porcentajes y medidas de tendencia central, evaluando la distribución de las variables que correspondían al análisis. Se realizó un análisis bivariado según la naturaleza de las variables con prueba de chi2 y exacta de Fisher. Los análisis bivariados entre variables dicotómicas y cuantitativas se realizaron con U de Mann Whitney debido a la naturaleza de las variables.

Los autores del presente estudio manifiestan no tener conflictos de interés y el protocolo del mismo fue presentado al comité de ética del Hospital Universitario de Santander quien lo clasificó como un estudio de bajo riesgo y dió el aval.

Resultados

Se revisaron los registros de procedimientos e historias clínicas del Hospital Universitario de Santander en el periodo de enero de 2014 a julio de 2015 y se eligieron 80 pacientes que habían sido sometidas a cirugía oncológica terapéutica de mama, de las cuales 3 ya habían fallecido en el momento de la consulta de seguimiento y una no se pudo contactar por falta de datos en la historia clínica, teniendo como muestra final 76 pacientes (Fig. 1), con un promedio de edad de 55 años y demás características demográficas que se muestran en la Tabla 1.

En el momento de la entrevista en la consulta de seguimiento, 55,3% de las pacientes, registraron algún tipo de dolor en la pared torácica, brazo, axila o espalda después de la cirugía. Además, se caracterizó el dolor como somático (miosfascial), neuropático y dolor de seno fantasma, y se encontró que 23% de las pacientes reportaron haber presentado más de un tipo de dolor.

El 54,8% de las pacientes que presentaron algún tipo de dolor después de la cirugía lo calificaron como un dolor de intensidad leve (VAS \leq 4) y el 42,9% de las pacientes calificaron el dolor en una intensidad moderada (VAS 5-7). Solo una de las pacientes entrevistadas (2,4%) refirió dolor de intensidad severa.

En cuanto al dolor de características neuropáticas, 26 pacientes (34,2%) del total de la muestra manifestaron haber sentido quemazón, ardor o alodinia en el sitio quirúrgico después del procedimiento.

Se encontró una prevalencia de 42,1% para dolores miofasciales relacionados con la cirugía. De las pacientes que manifestaron haber tenido dolor y contracturas musculares, 56,3% calificaron este dolor de una intensidad leve (VAS \leq 4) y 43,7% lo calificaron de una intensidad moderada (VAS 5-7).

El 19,7% de las pacientes de nuestro estudio refería sentir o haber sentido el seno que ya había sido extirpado quirúrgicamente (seno fantasma) y el 66,7% de ellas refería

Tabla 1. Características generales de la población.

	n	%
Edad		
\geq 55 años	36	47%
<55 años	40	53%
Régimen de servicios de salud		
Subsidiado	68	89%
Contributivo	4	5%
Especial	4	5%
Tipo de Cirugía		
Mastectomía radical modificada o simple ampliada sin implante	60	79%
Cuadrantectomía con o sin vaciamiento	16	21%
Terapia al momento de la entrevista		
Quimioterapia	2	3%
Radioterapia	1	1%
Tiempo Posquirúrgico de seguimiento (meses)	12 (4-22)	

Fuente: Autores.

esta sensación como dolorosa, siendo calificado como dolor de intensidad leve en el 90% de los casos y de intensidad severa en el 10% restante.

Aunque en nuestro estudio se encontró que las pacientes llevadas a mastectomía radical, comparadas con las que fueron llevadas a cuadrantectomía presentan una prevalencia más alta de dolor neuropático y dolor miofascial, esta diferencia no es estadísticamente significativa y puede ser explicada por el tamaño de la muestra (Tabla 2).

Se comparó también la presentación de dolor en las pacientes del estudio según la edad (Tabla 3) y en general

Tabla 2. Análisis bivariado de tipo de dolor vs Procedimiento.

	Cuadrantectomía	Mastectomía	p
Dolor general	10 (58.8%)	32 (54.2%)	0.738
Neuropático	4 (15.4%)	22 (84.6%)	0.292
Miofascial	5 (15.6%)	27 (84.4%)	0.229

Fuente: Autores.

Tabla 3. Presentación de dolor según la edad.

		Edad		
		Mediana	RIQ	p
Dolor general	Si	54	46-61	0.531
	No	56	45-69	
Neuropático	Si	51	45-60	0.214
	No	55	46-67	
Miofascial	Si	49	44-59	0.018
	No	58	49-69	
Miembro fantasma	Si	55	46-61	0.932
	No	54	45-63	

Fuente: Autores.

encontramos que las pacientes con dolor tenían un rango de edad menor comparado con las pacientes asintomáticas, siendo estadísticamente significativo para las pacientes con dolor miofascial, en donde encontramos que la mediana de las pacientes con dolor fue de 49 años vs. 58 años para las pacientes sin dolor ($p=0,018$).

Discusión

La tasa de curación y sobrevida en los pacientes oncológicos se ha incrementado en los últimos años dado el avance en las diferentes estrategias de detección temprana y tratamiento médico-quirúrgico. El objetivo en estos pacientes, además de recuperarse de su patología oncológica, es conservar una adecuada calidad de vida que les permita realizar sus actividades diarias y asumir su rol social sin ningún tipo de limitante. El dolor es uno de los principales síntomas en el paciente oncológico y se presenta hasta en un 20% de los pacientes sobrevivientes de cáncer; de éstos aproximadamente la mitad experimentan dolores considerados de moderados a severos que limitan sus actividades diarias. Parte de este dolor se relaciona con la aparición de dolor crónico post operatorio secundario a las intervenciones quirúrgicas realizadas para el tratamiento de la patología oncológica. A nivel nacional no contamos con estadísticas referentes al SDPM que nos permitan evaluar su magnitud y plantear la posibilidad de intervenciones oportunas e incluso preventivas que permitan disminuir su incidencia. Nuestra percepción de SDPM antes de realizar el estudio en nuestro medio era alrededor de un 30%, pero encontramos una incidencia superior al 50%. Los factores predictivos que describe Krøner⁹ son: severidad de dolor agudo post-operatorio, dolor previo a la cirugía, el tipo de cirugía, la

lesión nerviosa, la radioterapia adyuvante utilizada y los factores psicológicos previos a la intervención. Aunque nuestro estudio no fue diseñado para encontrar factores de riesgo, llama la atención que tiene más incidencia en el grupo de mastectomía vs cuantrectomía, así mismo, otro hecho que llama la atención en nuestro estudio es que la edad actúa como factor protector para el desarrollo de SDPM tipo dolor miofascial.

Conclusiones

El Síndrome de Dolor Postmastectomía es una entidad frecuente en nuestra población, con cifras comparables a otros estudios realizados en otros países, que afecta la calidad de vida de nuestras pacientes. Aunque nuestro estudio fue diseñado para encontrar la incidencia de Síndrome de Dolor Postmastectomía, encontramos que las pacientes de menor edad, eran más propensas a presentar dolor miofascial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Los datos personales de los participantes se manejaron bajo lo estipulado en la Ley 1581 de 2012, garantizándose la intimidad y confidencialidad de la información personal.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

El presente estudio fue financiado por los investigadores y los grupos de investigación que representan.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Brackstone M. A review of the literature and discussion: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach. *Can J Chir* 2016;59:294-295.
2. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anaesth* 2001;87:88-89.
3. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain* 2003;104:1-13.
4. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. *Br J Cancer* 2008;99:604-610.
5. Smith WC, Bourne D, Squair J, Phillips DO, Chambers WA. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain* 1999;83:91-95.

6. Carpenter JS, Andrykowski MA, Sloan P, Cunningham L, Cordova MJ, Studts JL, et al. Postmastectomy/postlumpectomy pain in breast cancer survivors. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1285-1292.
7. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93:1123-1133.
8. Carpenter JS, Sloan P, Andrykowski MA, McGrath P, Sloan D, Rexford T, et al. Risk factors for pain after mastectomy/lumpectomy. *Cancer Pract* 1999;7:66-70.
9. Krøner K, Krebs B, Skov J, Jorgensen HS. Immediate and long-term phantom breast syndrome after mastectomy: incidence, clinical characteristics and relationship to pre-mastectomy breast pain. *Pain* 1989;36:327-334.
10. Ibarra M, Carralero M, Vicente U, Cuartero A, López R, Fajardo M. Comparación entre anestesia general con o sin bloqueo paravertebral preincisional con dosis única y dolor crónico postquirúrgico, en cirugía radical de cáncer de mama. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2011;58:290-294.
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618-1625.
12. Akkaya T, Ozkan D. Chronic post-surgical pain. *Agri* 2009;21:1-9.
13. González-Rendón C, Moreno-Monsiváis M. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14:422-427.
14. Ochoa FL, Montoya LP. Mortalidad por cáncer en Colombia 2001. *Rev CES Med* 2004;18:19-36.
15. Rodríguez J. Descripción de la mortalidad por departamentos. Colombia año 2000 [Internet]. Bogotá: Cendex; [citado 11 Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20016-05.pdf>.