



Buprenorfina y tramadol: un dúo atractivo en el manejo de un caso complejo

A.M. Buriticá Aguirre, J.M. Mendoza Villa, M.M. Matute Crespo, M.J. Groizard Botella, M. Aige Cristofol, F.X. Vilà Justribo

Los opioides siguen siendo el pilar fundamental para el manejo del dolor agudo postoperatorio intenso, en especial cuando están contraindicadas las técnicas loco-regionales. Sin embargo, en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias, el uso de opioides supone un reto ante el riesgo de sobredosificación, síndromes de abstinencia, tolerancia e hiperalgesia.

Motivo de consulta: Dolor en úlcera sacra de difícil control

Antecedentes Personales:

Paciente de 21 años con historial de tabaquismo, abuso de cocaína, marihuana y heroína.

Antecedentes de bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad. Ingreso prolongado tras intento autolítico con múltiples lesiones y fractura compleja de pelvis.

Precisó varias cirugías con encamamiento prolongado que desencadenó una úlcera sacra.

Cuadro clínico de dolor:

Dolor en la región sacra descrito como urente, de intensidad 9/10, con irradiación a miembros inferiores en distribución metamérica L5-S1.

Abordaje multimodal con PCA de morfina. La paciente presentó aumento rápido y progresivo en la demanda de los bolos de PCA, rechazando otros medicamentos por supuesta ineficacia. Escasa mejoría del dolor a pesar del incremento en la dosis diaria de morfina (tabla 1). No permitía la realización de curas ni la RHB.

Conductas desadaptativas, inestabilidad emocional y agresividad con el personal sanitario, manifestando dolor intenso. Se pautó parche de fentanilo de 25 mcg/h y se solicitó comité multidisciplinar (Dolor, COT, Salud Mental) ante la escasa mejoría.

Evolución

Desde la Unidad de Dolor ante la sospecha de HIO, se propone:

- Retirada progresiva de la PCA de morfina
- **Rotación** del parche de fentanilo 25 mcg/h a **buprenorfina** de 35 mcg/h
- Bomba elastomérica de **tramadol** 300 mg/día, dexketoprofeno (150 mg/día) y droperidol (0,625mg/día) y paracetamol a dosis fijas.

Tras estos cambios, la paciente presentó mejoría del dolor que permitió curas de la úlcera, inicio de la rehabilitación y la realización de electromiografía de miembros inferiores que evidenció intensa actividad denervativa en territorio L5-S1 por lesión del plexo lumbosacro.

Finalmente se realizó desbridamiento quirúrgico de la úlcera con injerto y se apoyó la **terapia multimodal** con titulación progresiva de gabapentina.

Tabla 1: Uso de la PCA de morfina

Días	1	2	3
Relación bolos solicitados/administrados	1,8	1,6	1,5
Miligramos de morfina	15	28	37

Conclusiones

La buprenorfina se propone como un opioide atractivo en este contexto por su perfil farmacodinámico complejo en el que se ha señalado un **efecto antihiperalgésico**.

La seguridad que ofrece el sistema de administración transdérmico, más su eficacia para prevenir síntomas de abstinencia, hacen de la buprenorfina una opción útil para el manejo de dolor agudo en pacientes con historia de **abuso de sustancias**

Tanto el tramadol como la buprenorfina tienen beneficios reconocidos en el manejo del **dolor neuropático** y se ha sugerido un posible **efecto analgésico aditivo** en su combinación, sin embargo, esto debe ser corroborado en ensayos clínicos aleatorizados.



Bibliografía

- Ward EN, Quaye AN, Wilens TE. Opioid Use Disorders: Perioperative Management of a Special Population. Anesth Analg. 2018 Aug;127(2):539-547
- Shulman M, Wai JM, Nunes EV. Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: An Overview. CNS Drugs. 2019 Jun;33(6):567-580
- Montalvo C, Genovese N, Renner J. The problem of pain: Additive analgesic effect of tramadol and buprenorphine in a patient with opioid use disorder. Subst Abus. 2019;40(2):136-139.