
En respuesta al artículo “Ketamina en el dolor del miembro fantasma”

In response to the article “Ketamine in phantom limb pain”

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Mayo Moldes et al¹ sobre el uso de un antagonista NMDA, como la ketamina, y su uso parenteral en el dolor fantasma.

Tras su lectura, consideramos de interés aportar al citado artículo nuestra experiencia con el uso de ketamina, en particular utilizándola por vía oral, en un paciente diagnosticado con dolor regional complejo, que publicamos en 2007². Aunque el tipo de enfermedad no es la misma, nos ha parecido interesante realizar algunas apreciaciones al respecto.

En primer lugar, la vía oral nos parece más interesante, por su manejabilidad por el paciente y facilidad de administra-

ción, que la vía intravenosa (i.v.), aunque en ocasiones la intensidad del dolor en cada paciente puede precisar de entrada la realización de una infusión i.v. y una continuación por vía oral, con estudios que muestran cómo convertir las dosis de vía parenteral a vía oral^{3,4}. En segundo lugar, nos parece necesario conocer los antecedentes del paciente para determinar la corrección o no del uso de la ketamina, ya que estaría contraindicada en situaciones de riesgo cardiovascular grave, procesos respiratorios graves u otros desórdenes, como consta en nuestro protocolo^{2,3}, datos que no constan en este artículo donde sí expresan una afectación isquémica periférica.

En una revisión reciente⁴ realizada en 22 artículos con corrección metodológica sobre el uso de la ketamina por vía oral, son múltiples las enfermedades, con predominio de dolor neuropático, en las que se ha utilizado este fármaco: neuralgia trigeminal, miembro fantasma, síndrome de dolor regional complejo coincidiendo con nuestra experiencia, neuralgia glossofaríngea, dolor neuropático orofacial, dolor central y periférico, en neuropatía diabética o dolor neuropático oncológico, entre otros.

En esta revisión, en la cual se incluye nuestro trabajo, se plantea de forma general que la dosis de inicio en un paciente sin tratamiento previo con este fármaco sería de 0,5 mg/kg en dosis única de ketamina racémica o 0,25 mg/kg de s-ketamina y evaluar su eficacia. Las dosis se incrementan de forma progresiva en 0,5 o 0,25 mg/kg, dependiendo del fármaco empleado, hasta la mejora de la clínica o aparición de efectos adversos. La frecuencia de la dosis en general se acepta cada 6 u 8 horas.

En la actualidad se plantea el uso de la ketamina tópica como otra opción de tratamiento de dolores neuropáticos más localizados⁵, por lo que se abre un futuro esperanzador en el uso de esta molécula.

Bibliografía

1. Mayo Moldes M, Carregal Rubio A, Fernández Rodríguez A. Ketamina en el dolor del miembro fantasma. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:437-40.
2. Villanueva-Pérez VL, Cerdá-Olmedo G, Samper JM, Mínguez A, Monsalve V, Bayona MJ, et al. Oral Ketamine for the Treatment of Type I Complex Regional Pain Syndrome. *Pain Pract*. 2007;7:39-43.
3. Fitzgibbon EJ, Hall P, Schroder C, Seely J, Viola R. Low dose ketamine as analgesic adjuvant in difficult pain syndromes: a strategy for conversion from parenteral to oral ketamine. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:165-70.
4. Blonk MI, Koder BG, Bemt PM, Huygen FJ. Use of oral ketamine in chronic pain management: A review. *Eur J Pain*. En prensa 2009.
5. Finch P, Knudsen L, Drummond P. Reduction of allodynia in patients with complex regional pain syndrome: a double-blind placebo-controlled trial of topical ketamine. *Pain*. 2009;146:18-25.

V.L. Villanueva Pérez*, J.M. Asensio Samper, G. Fabregat Cid y J. de Andrés Ibáñez

Servicio de Anestesia, Reanimación y Unidad del Dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

*Correo electrónico: vilanueva_vic@gva.es (V.L. Villanueva Pérez).