



P-361 - CORTICOIDES: ARMA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES NO QUIRÚRGICOS CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Stredel Russian, Pedro Pablo; Barragán Martínez, Jorge; El Yaquine Er Raoudi, El Mostafa; Lario Pérez, Sandra; Sánchez Rodríguez, Juan José; Utrillas Martínez, Ana Cristina; Carrillo Trabalón, Francisco; Casas Sicilia, Estefanía

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: La prevalencia de obstrucción intestinal en pacientes con cáncer avanzado con invasión intraperitoneal, lo que se conoce como obstrucción intestinal maligna (MBO) se estima en un 15%. Constituye una de las principales causas de fallecimiento ya que habitualmente son pacientes no quirúrgicos y la resolución espontánea ocurre únicamente en el 36%. El manejo médico no está estandarizado. Parece que el uso de corticoides puede ayudar con los síntomas agudos y aportar beneficios a corto plazo, sin embargo, la evidencia es escasa. Presentamos el caso de una paciente con obstrucción intestinal a nivel de delgado resuelta con dieta absoluta y corticoides a dosis altas.

Caso clínico: Mujer de 60 años con cáncer gástrico (pT4aN0M0) intervenida en 2020 mediante gastrectomía total con recidiva retroperitoneal irresecable en 2022. Desde entonces con quimioterapia paliativa y enfermedad en progresión. En marzo de 2024 ante colecistitis aguda se realiza colecistectomía subtotal y se evidencia bloqueo de cavidad abdominal con carcinomatosis masiva. Al mes posoperatorio presenta cuadro de oclusión intestinal a nivel de delgado. Dado el contexto clínico se desestima la cirugía y se inicia tratamiento con dieta absoluta, analgesia, fluidoterapia y dexametasona 4 mg cada 6 h durante 5 días. Al segundo día comienza a realizar deposiciones e inicia tolerancia oral. Se da de alta al cuarto día de ingreso con mejoría clínica evidente.

Discusión: El papel de los corticoides en la MBO es complejo y no conocido totalmente. Probablemente tengan un efecto antiinflamatorio y antisecretor, disminuyendo el edema de la pared intestinal, promoviendo la absorción de sal y agua, por tanto, la mejora del dolor agudo, las náuseas y vómitos. Respecto a su uso, la evidencia se basa únicamente en series de casos y tres ensayos clínicos analizados en una revisión sistemática y metaanálisis de Cochrane en 2017 y en una guía publicada recientemente. Todos coinciden en que existe una tendencia a que los corticosteroides pueden ser beneficiosos, sin embargo, en muchos casos se utilizan junto a otros fármacos siendo difícil atribuir la resolución de la MBO únicamente a los corticoides. El metaanálisis también concluye que no existe un efecto de los corticosteroides sobre la mortalidad al mes y que las complicaciones derivadas de su uso son leves, aunque se debe intentar utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible. Respecto a que corticoesteroide utilizar, se recomienda la dexametasona debido a su potencia antiinflamatoria y su baja retención de sodio, a dosis de 4 - 16 mg/día vía intravenosa y en casos de no mejoría sintomática en 3 a 5 días interrumpir el tratamiento. En nuestro caso la paciente fue tratada con la dosis máxima recomendada (16 mg/día) consiguiendo una resolución de la oclusión intestinal al segundo día de tratamiento, mejoría de la sintomatología y presentando una supervivencia mayor de 1 mes. En conclusión, ante un paciente no quirúrgico con una MBO los corticoides deberían considerarse como

opción terapéutica dentro del manejo médico integral cuyo objetivo debe ser siempre minimizar los síntomas angustiantes y maximizar la calidad de vida.