Semergen. 2017;43(Espec Congr 14):14

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

269/52 - DOLOR NEUROPÁTICO EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO EN AP

M. Gómez García[a], M. Barroso Delgado[b], M. Ricalde Muñoz[c], E. Bermejo Ruiz[d], S. Sánchez Herrán[e] y M. Ramos Lagüera[f]

[a]Médico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Guriezo. Cantabria. [d]Médico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. [e]Médico de Familia. SUAP Buelna. Los Corrales de Buelna. Cantabria. [f]Enfermera. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 76 años. AP: exfumador desde hace 30 años de 60 paquetes-año. Dislipemia. Ulcus péptico. Pancreatitis. HBP. Litiasis renal. Colecistectomía. Hace 6 meses comienza con episodio de afasia motora y desviación de comisura bucal hacia la izquierda junto con mioclonías en hemicara derecha, disfonía y astenia. Ingresa en Medicina Interna para estudio y tras realizarse TAC corporal, PET, TC y RMN cerebral y broncoscopia se diagnostica de adenoca de pulmón estadio IV (cerebral, hepática, óseas y ganglionares). Inicia tratamiento con dexametasona 4 mg/8h (Fortecortín 4 mg/8h) y se decide radiocirugía sobre lesión cerebral y quimioterapia. Ingresa 3 meses después por dolor lumbar irradiado a MID de 1 mes de evolución que en los últimos días condiciona encamamiento sin pérdida de fuerza ni sensibilidad.

Exploración y pruebas complementarias: ECOG 2, Afebril, TA: 111/60, FC 94 lpm SatO2: 97%. AC: rítmica sin soplos. AP: mvc. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. EEII: no dolor a la palpación de espinosas, Lasègue derecho positivo. Sin pérdida de fuerza y sensibilidad. Hemograma: Hb: 6,5 g/dl, plaquetas: 70 × 10^3/ ?l. Bioquímica: normal. Rx columna lumbosacra: no aplastamientos vertebrales. Se realiza reajuste analgésico con pregabalina, AINEs, aumento de dosis de opioides y corticoides presentando mejor control del dolor Se valora por Radioterapia para irradiación antiálgica ambulatoria y se transfunde por anemia sintomática con mejoría clínica. En tratamiento con oxicodona R/naloxona 30/15 mg/12h, pregabalina 75 mg/12h, dexketoprofeno 25 mg/8h, fentanilo 300 ?g sl si dolor. Alprazolam 1 mg/24h, paracetamol 1 g/8h, omeprazol, metoclopramida, lactulosa y ác. fólico.

Juicio clínico: Dolor neuropático secundario a adenocarcinoma pulmonar estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Neuropatías focales (radiculopatías, síndrome Guillain-Barré...). Polineuropatías (VIH, diabética, vasculítica, tóxica, inflamatoria...). Traumas y tumores de médula espinal. Evolución: Hace un mes refiere episodios de dolor intenso en cadera izda de instauración nocturna que le dificultan el sueño e impiden la bipedestación lo que origina visitas del SUAP de madrugada y tras nuevo PET se evidencia progresión de enfermedad a nivel óseo y hepático proponiéndose nuevamente Radioterapia antiálgica. Se reajusta analgesia en sucesivas visitas por su médico de AP aumentando dosis de opioides con buen control del dolor con Targín 50/25 mg//12h y Abstral 400 ?g para dolor irruptivo hasta hace una semana. Actualmente y tras solicitud de valoración desde Oncología, ha precisado reajustar tratamiento por la UCP (que coordinará el seguimiento junto con su MAP): Fentanilo parches 50 ?g/72h. Abstral 100 ?gs/p. CLM 1%. Pregabalina 25 mg/12h. Dexketoprofeno 25 mg/8h.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario final: Debemos considerar todas las dimensiones del dolor para su correcto abordaje (fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, conductual y sociocultural). Reconocer el tipo de dolor es imprescindible para seleccionar la mejor opción terapéutica. Son indicadores de mal pronóstico de adecuado control, el dolor neuropático y el incidental. El dolor oncológico neuropático suele ser por acción directa del tumor (infiltración, metástasis óseas...) con parestesias continuas, episodios de dolor lancinante, hiperalgesia y alodinia. El tratamiento de elección es la radioterapia y suele ser resistente al tratamiento con opiáceos por lo que es adecuado añadir coanalgésicos (pregabalina, duloxetina...) además de AINEs y opiáceos potentes. El enfoque de tratamiento será multidisciplinar (interacción de AP con diferentes servicios como MI, Radioterapia, Oncología, UCP) con cuidados continuos. El éxito estará en un seguimiento y monitorización adecuados para ajustar la estrategia terapéutica a las necesidades de analgesia en cada momento por lo que el médico de AP, como profesional más cercano al paciente, tiene un papel fundamental

Bibliografía

1. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos de los cuidados Paliativos. Aten Primaria. 2002;29:50-2.
2. Levy MH, Samuel TA. Management of Cancer pain. Semin Oncol. 2005;32:179-93.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.