



<http://www.elsevier.es/semergen>

410/16 - CUANDO ROTAR ES LA SOLUCIÓN

E. de la Torre Lozano¹, D. Saghin Saghin¹, C. Avón Gómez¹, M. Ruiz Muñoz¹, M. Carrasco Serrano¹, E. Fúnez Ruiz del Valle²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Miguelturra. Ciudad Real.²Enfermera. Centro de Salud de Miguelturra. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 59 años fumador que desde hace 3 meses comienza con dolor en zona dorsal baja izquierda de dudosas características pleuríticas, sin acompañarse de tos, fiebre, ni síndrome constitucional ni sudoración. Tampoco presenta hemoptisis ni ninguna otra sintomatología. Tras estudio radiográfico donde se apreció ensanchamiento mediastínico con mínimo derrame pleural derecho y la palpación en hueco supraclavicular izquierdo de un conglomerado adenopático que se prolonga hacia la cavidad torácica, se derivó a urgencias hospitalarias y se ingresó donde se diagnosticó de un carcinoma microcítico pulmonar estadio IV con afectación pleural. La evolución a pesar de tratamiento quimioterápico ha sido progresiva con mala tolerancia a dichos tratamientos por lo que se decide con el paciente y la familia cuidados paliativos. El dolor no ha terminado en todo este tiempo de controlarse y se empieza a incrementar a pesar de fentanilo transdérmico con dosis crecientes. Se llega hasta 350 ?g cada 72 horas y en un momento dado llega a tomar hasta 5 rescates de citrato de fentanilo transmucoso 800 ?g en un día. Por ello nos planteamos que no está siendo efectiva su analgesia aparte de incremento de efectos secundarios como un importante estreñimiento. Rotamos a morfina de liberación lenta 200 mg cada 12 horas y si precisara le dejamos a utilizar morfina de liberación rápida 60 mg. Espectacularmente en los siguientes días se controla el dolor relajando al paciente sin precisar casi rescates. El paciente evolucionó en su enfermedad y se precisó pasar a vía subcutánea para el tratamiento de morfina iniciando situación de últimos días. En esta etapa estuvo tranquilo y sin dolor ni disnea falleciendo tras unos días.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destacaron las adenopatías supraclaviculares. En la analítica como más destacado aparecieron leucocitos a 15.600 (52% segmentados) y LDH 202. En la radiografía de tórax solicitado en consulta el ensanchamiento mediastínico con derrame pleural derecho. El TAC mostró importante componte adenopático en región torácica con formación de grandes conglomerados a nivel mediastínico, que sugieren proceso linfomatoso como primera posibilidad y presencia de derrame pleural de hasta 50 mm.

Juicio clínico: Dolor torácico secundario a patología tumoral maligna pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria de vías bajas. Neumotórax. Derrame pleural. Patología osteomuscular o cardiovascular.

Comentario final: El cambio de un opioide potente por otro (lo que se denomina rotación de opioides) tiene la finalidad de conseguir un adecuado control analgésico en pacientes en los que el incremento progresivo de dosis de opioides no lo consigue, los efectos adversos limitan el aumento de dosis, o necesitan cambio de vía

de administración por diferentes causas. La rotación debe realizarse de acuerdo con unas dosis equianalgésicas que serán una referencia para luego individualizar en cada paciente. Ante una supuesta toxicidad por opiáceos la rotación no es la única opción (puede probarse con cambiar en la vía de administración, hidratar o reducir la dosis).

Bibliografía

González-Barboteo J, Trelis-Navarro J, Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(13):617-22.

López-Pérez JF, Mínguez-Martí A, Vicario-Sánchez E, Pastor-Clérigues A, J. Sanfeliu-García J, Ortega-García MP. Experiencia clínica en cambio de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Farm Hosp*. 2014;38(5):411-7.