



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

410/36 - DOLOR, MALDITO DOLOR

R. Fernández Márquez¹, C. Álvarez López¹, G. Ortiz Quintana²

¹Residente de 4º año en Medicina Interna y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ²Residente de 4º año en Medicina Interna y Comunitaria. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud La Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años, hipertensa y fumadora, diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar primario en estadio IIA, intervenida de lobectomía más vaciamiento ganglionar con buena evolución inicial. 3 semanas después comienza con dolor torácico (hemitórax intervenido), motivo por el cual acude, muy angustiada. Se intentó tranquilizar a la paciente explicándole que el dolor tras dicha intervención era plausible, y comenzar con AINES pautados, junto a la ayuda de otros analgésicos del primer escalón. Nuestra paciente consulta a las dos semanas por incremento del dolor; revisamos el tratamiento y observamos que se ha añadido tramadol a demanda en urgencias sin obtener mejoría respecto al dolor, decidimos; titular dosis de tramadol y solicitar radiografía de tórax urgente. Se cita a la paciente tras el resultado de la radiografía donde no observamos ningún hallazgo que justifique el dolor que padece la paciente, le pasamos la escala EVA (9), y decidimos comenzar con oxicodona/naloxona para control del dolor, además realizamos interconsulta urgente con Cirugía Torácica, quienes solicitan TAC torácico urgente donde se aprecia lesiones compatibles con metástasis óseas múltiples decidiéndose derivar a nuestra paciente a Unidad de Cuidados Continuos para control del dolor así como a unidad de Oncología radioterápica. Se inició tratamiento con fentanilo en parches acompañado de radioterapia paliativa. A pesar de todos los cauces iniciados nuestra paciente permanece con un dolor continuo e invalidante que le impide salir de su domicilio, por lo que comenzamos a realizar visitas domiciliarias para seguir la evolución. Ante la nula mejoría se decide iniciar quimioterapia paliativa para el control del dolor con evolución tórpida de la enfermedad a corto plazo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física, aceptable estado general, estable hemodinámicamente, eupneica en reposo, auscultación cardiaca anodina, auscultación respiratoria se aprecia silencio auscultatorio en lóbulo inferior izquierdo, resto sin hallazgos reseñables. ECG: sin lesiones isquémicas agudas. TAC Torácico: a destacar; se aprecia lesiones con hipercaptantes a nivel de vértebras dorsales 10 y 11 así como en el 8º y 10º arco costal izquierdo.

Juicio clínico: Metástasis óseas costal y vertebral.

Diagnóstico diferencial: Dolor posquirúrgico precoz. Fracturas óseas de estrés. Neumotórax iatrogénico. Derrame pleural.

Comentario final: El dolor es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria, siendo además en el caso de los pacientes oncológicos el primer motivo por el que nos consultan. Por ello hemos de conocer y dominar de forma óptima los tratamientos a nuestro alcance, ya que es un pilar básico en la formación del médico de atención primaria. Hemos de realizar siempre una correcta anamnesis y exploración

física minuciosa ya que, aunque sospechamos el motivo principal de lo que causa el dolor/trastorno por el que nos consultan; siempre hemos de descartar otros procesos concomitantes. Son muy frecuentes, por desgracia, aquellos casos en los que es una infección respiratoria/urinaria, etc. lo que está causando el motivo de consulta y no el proceso oncológico basal. En este caso clínico objetivamos como el dolor que se achacaba a la intervención quirúrgica en realidad era una progresión de la enfermedad oncológica.

Bibliografía

Ford DW, Koch KA, Ray DE, Selecky PA. Palliative and end-of-life care in lung cancer. Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2013;143(Suppl):e498S-512S.

Porta J, et al. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Aran; 2004.

Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously ill. N Engl J Med. 2015;373:747-55.