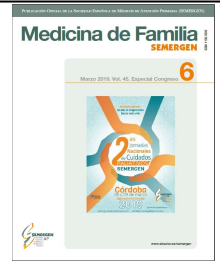




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

410/64 - DOLOR ÓSEO METASTÁSICO EN MUJER CON ADENOCARCINOMA PULMONAR AVANZADO

A. Cabrerizo Carvajal, C. Navarro Arco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años colombiana, familia monoparental, con dos hijas a su cargo, una de ellas gran dependiente por Fibrosis Quística avanzada. Acude a servicio de urgencias por herida en la mano presentando mareo y disnea. Se realizan ECG, Rx tórax y TC torácico donde se evidencian nódulos pulmonares diseminados y derrame pericárdico masivo que requiere drenaje en UCI. Citología de Adenocarcinoma papilar de origen pulmonar. Se inicia tratamiento de gemcitabina y carboplatino y en 2ª línea con taxotere y nintedanib. Dos años después presenta cefalea, desorientación, pérdida de memoria e inestabilidad en la marcha. TC craneal: metástasis supra e infratentoriales múltiples con casi colapso del VL derecho y tercer ventrículo y herniación subfalciana a la izquierda. Se inicia tratamiento con Radioterapia muy bien tolerada, con buena respuesta clínica y CTC de mantenimiento. La paciente realiza seguimiento regular sin visitas a urgencias, con buen control de disnea y dolor, aunque desde el diagnóstico refiere dorsalgia insidiosa. Incluida en plan de Cuidados Paliativos, nunca ha llegado a requerir sus servicios. Los estudios por gammagrafía en estos años son negativos. Desde hace dos meses el dolor dorsolumbar de la paciente se intensifica a pesar de tratamiento con fentanilo transdérmico 100 µg/h, dexametasona 4 g cada 24 horas, dextketoprofeno 25 mg cada 8 horas, diazepam 5 mg cada 12 horas, tramadol 100 mg cada 12 horas. Se reajusta en urgencias recomendando corsé y aumento de dosis de fentanilo transdérmico y tapentadol sin conseguir control. Finalmente se consigue controlar asociando pregabalina, fentanilo transmucoso de rescate, aumentando dosis de dexametasona y programando visitas a domicilio para ajuste de tratamiento y resolución de dudas e incidencias.

Exploración y pruebas complementarias: Situación sociofamiliar: la paciente convive con sus dos hijas y un nieto. Todas informadas de la gravedad. Desde el diagnóstico muestra su determinación de pasar el mayor tiempo posible con ellas. Acude a su país a despedirse del resto de familiares. En medio del proceso tiene un nieto que le proporciona una de las mayores satisfacciones de su vida a pesar de quedar también a su cargo económico. Presenta una actitud optimista y luchadora hasta la aparición del dolor. Exploración: aspecto cushingoide, palidez. Leve taquipnea, tonos cardiacos apagados, disminución MV. TA 150/90, FC 95, sat O₂: 93%. Dolor lancinante, irradiado en cinturón. EVA 8/10. EVA irruptivo 9/10. Rx dorsolumbar y TAC: fractura-aplastamiento en D12, L1 y L2. Gammagrafía: deposito patológico de radiotrazador en D8, D12, L1 y L2 con actividad osteoblástica sugerente de enfermedad metastásica.

Juicio clínico: Fracturas patológicas por enfermedad metastásica ósea en paciente con adenocarcinoma papilar de pulmón estadio IV con afectación SNC.

Diagnóstico diferencial: Fracturas por aplastamiento por osteoporosis en paciente con CTC de larga data, traumatismo espinal, abscesos o espondilodiscitis en paciente inmunodeprimida, hernia discal.

Comentario final: La paciente se ha caracterizado por una gran entereza y es el dolor lo que la ha hecho claudicar. El dolor óseo oncológico por infiltración o metástasis en pacientes en tratamiento con opiáceos y que presentan dolor grave requiere titulación subcutánea o endovenosa, aunque en esta ocasión el aumento de los CTC orales, la asociación de coanalgésicos como pregabalina y la asociación de dosis extra de analgesia en crisis han conseguido controlarlo. Las circunstancias familiares y la incertidumbre del futuro que espera a sus hijas son decisivas en su actitud. Cuando consideramos las dimensiones del dolor, es imprescindible abordar el aspecto social, afectivo y familiar y son el médico y enfermero de familia junto con el trabajador social los decisivos para crear el soporte adecuado. En el momento actual la paciente está a la espera de radioterapia paliativa.

Bibliografía

Benítez- Rosario MA, González Guillermo T. Tratamientos protocolizados en Cuidados Paliativos. Madrid, 2010.