



## 160/2480 - 7 AÑOS CON DOLOR... MIELOMA MÚLTIPLE

J.A. Ávila Rivera<sup>a</sup>, E.M. Fernández Moreno<sup>b</sup>, V. Rodríguez Navarro<sup>c</sup>, A. Cuesta Plata<sup>d</sup>, J.J. Castro Moreno<sup>e</sup>, A. Medina Osuna<sup>f</sup>, A. Almario López<sup>g</sup>, R.M. Beltrán Mesa<sup>h</sup>, F. Leal Vallejo<sup>i</sup> y A. Ortiz Arjona<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Ángel Villamor. UGC La Carlota. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba. <sup>d</sup>Enfermera. Centro de Salud de La Carlota. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. UGC La Carlota. Córdoba. <sup>f</sup>Médica DCCU La Carlota. Córdoba. <sup>g</sup>Trabajador social. Terapeuta Proyecto Hombre Málaga. <sup>h</sup>Trabajadora Social. Programa de intervención social en barriadas en exclusión social. Cáritas Málaga. <sup>i</sup>Licenciado en Medicina UMA.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años sin hábitos tóxicos, intolerante a clavulánico; antecedentes personales: mieloma múltiple tipo Bence-Jones estadio III-A; osteoporosis clínica con fracturas vertebrales D2-D12-L1-L3; HTA grado II sin lesiones de órganos diana y anillo de Sctazky. Portador de Porthacath. Paciente diagnosticado de fracturas osteoporóticas por RNM/Rx y de mieloma múltiple desde 2008-9; desde entonces policonsultador en atención primaria; sobre todo debido al dolor como motivo de consulta principal. Se comenzó tratamiento con fármacos acorde a la escala del dolor de la OMS; pero llegado al punto en el cual cada vez se precisaban más fármacos de rescate, se procede a su derivación a la unidad del dolor de nuestro hospital de referencia. Como resumen del seguimiento en la unidad del dolor, observamos cómo se va aumentando la analgesia, hasta llegar a puntos en los cuales el paciente se administra fentanilo transmucoso 1.200 µg cada 6-8 horas; fentanilo 100 µg parches cada 72 horas; oxicodona 10 mg/naloxona 5 mg cada 12 horas; metamizol 575 mg cada 12 horas; gabapentina 600 mg cada 8h; junto con medicación para resto de patologías. En estos últimos 6 meses, el paciente acude a urgencias centro de salud, por dolor, solicitando la administración de dolantina SC junto con metamizol, que solicita por vía IV ya que refiere que es lo que mejor le va. En un principio las consultas ocurrían cada semana o 5 días; habiéndose recortado el periodo interconsulta incluso hasta cada 1-2 días. Se procede por nuestra parte a adelantar la cita de revisión con la Unidad del Dolor y a pedir cita con Cuidados Paliativos para valorar el problema del paciente. En el momento actual: en estudio y seguimiento por cuidados paliativos, junto con valoraciones periódicas de Unidad del Dolor cuya última visita indica: fentanilo 300/72h; oxicodona 10 mg/naloxona 5 mg 1 comprimido cada 12h y subir a doble dosis si fentanilo transmucoso 1.200 µg es usado para dolor disruptivo en más de 5 diarios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Cociente, orientado, colaborador, palidez mucocutánea, nervioso. Dolor a palpación a nivel torácico. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos. Abdomen: globuloso, molestia generalizado sin foco (similar previas). SNC: sin hallazgos. Movilidad conservada muy dolorosa, no fracturas.

**Juicio clínico:** Mieloma múltiple tipo Bence-Jones estadio III-A. Osteoporosis clínica. Fracturas osteoporóticas D2-D12-L1-L3. Dolor oncológico.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor oncológico. Dolor por fracturas osteoporóticas. Dependencia y tolerancia a fármacos analgésicos.

**Comentario final:** Mi contacto con el paciente fue en urgencias centro de salud, solicitaba dolantina y metamizol Iv, tratamiento que parecía excesivo e incluso incompatible añadirlo. Planteamos un paciente joven con patología muy dolorosa, evolución de 7 años, siendo estimada tras tratamiento quimioterápico 3-5 años. En evolutivo del tratamiento, observamos que no se ha planteado rotación de opioides y analgésicos, como posible mejora de respuesta al tratamiento con menor dosis. Si un paciente dice que le duele, es cierto, hay que aliviar ese dolor.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. www.cancer.org
2. PubMed [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [fecha de acceso 18 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>
3. Porta-Sales J, Nabal-Vicuna M, Vallano A, Espinosa J, Planas-Domingo J, Verger-Fransoy E. Have We Improved Pain Control in Cancer Patients? A Multicenter Study of Ambulatory and Hospitalized Cancer Patients. J Palliat Med. 2015 Jul 28 [Epub ahead of print].