



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/47 - CALMAR, SÍ SE PUEDE

A. Fernández Pérez<sup>a</sup>, V. Acosta Ramón<sup>b</sup>, M. Abuhassira<sup>c</sup>, N. Santos Méndez<sup>d</sup> y M. Boada Díaz de Terán<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Continuidad SCS. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Sustituto del Servicio Cántabro de Salud. Centro de Salud Potes. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 57 años de edad, diagnosticado hace 3 semanas de carcinoma epidermoide pulmón izquierdo, estadio IIIB. En tratamiento paliativo. Consulta por crisis de dolor interescapular EVA 9, espontáneas, de unos 40 min de duración, sin que haya causa aparente que las desencadene. Tratamiento: fentanilo 75 µg en parche/72 h. Prednisona 10 mg 1-0-0. Omeprazol 20 1-0-0., Zolpidem 10 mg 0-0-1. Vitamina K. Lactulosa sobres 1-1-1.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes personales. Fumador de 30 cigarrillos al día. Exbebedor y extoxicómano. Hepatopatía avanzada por hepatitis VHC; sangrado por varices esofágicas, y bronquitis de repetición. Lleva meses con astenia y disnea progresiva, junto con un dolor torácico izquierdo. La Rx inicial muestra una imagen tumoral en el hemitórax izquierdo. Tras ser estudiado en Neumología, se diagnostica carcinoma epidermoide pulmonar estadio IIIB. Se desestima la QT debido a la importante afectación hepática. Se le aplica radioterapia en el campo pulmonar y se instaura tratamiento sintomático por dolor de perfil visceral. Anamnesis: peso 53 kg. Disnea de mediano esfuerzo, palidez de las mucosas y subictericia. Se muestra decaído y quejoso de un dolor «que no le deja vivir». Presenta un dolor intenso a la palpación escapular izquierda. El índice de Karnofsky es de 60. Analítica: hemoglobina 9,2. Elevación marcada GGT y FA. BT 2,8.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide de pulmón. Dolor de componente visceral. Dolor irruptivo oncológico. Hepatopatía crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Lesiones y enfermedades musculares y óseas. Infecciones. Anomalías congénitas. Factores psicológicos y posturales.

**Comentario final:** Dolor irruptivo oncológico: exacerbación transitoria del dolor en pacientes cuyo dolor basal está relativamente estable y controlado de forma adecuada. Debemos reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo haremos optimizando la analgesia basal, utilizando fármacos adyuvantes y opioides específicos. En este caso se pautó fentanilo 100 µg en parche/72 h, fentanilo transmucoso oral 200 µg para las crisis de DIO (máximo: 4 veces al día). Resto de medicación igual. 4 semanas después hubo que aumentar la dosis de fentanilo transdérmico, cada 48 horas, y se pautó cloruro mórfico sc de rescate, 5-10 mg hasta cada 4 h. El cáncer pulmonar destaca entre todos los tumores

por generar mucho dolor al paciente. En este paciente se sucedieron diferentes circunstancias ligadas al dolor oncológico: componente visceral + posible componente nociceptivo tisular en parte de carácter inflamatorio + dolor irruptivo espontáneo + hepatopatía importante. En pacientes hepatópatas se desaconseja el uso de AINEs (corticoide como antiinflamatorio y antidisnéico) y se restringen algunos opioides (morfina u oxicodona oral) por la metabolización hepática. El fentanilo transmucoso oral jugó un papel fundamental para cubrir el dolor irruptivo, al ser efectivo, rápido, cómodo e indicado en pacientes hepatópatas, ya que evita el primer paso hepático.

## **Bibliografía**

1. British Pain Society. Cancer Pain Management. BPS. Londres, 2013.
2. Uriol V, Rascón S. Tratamiento integral del dolor oncológico en Atención primaria, 2012.
3. SemFYC. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos. Guía de consulta rápida, 2014.