



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/33 - OPIOIDES Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS

K. Baldeón Cuenca^a, M. García Aroca^b, B. Coll Bass^c, N. San Miguel Martín^b, V. Choquehuanca Núñez^d y A. Nofan Maayah^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años diagnosticada de un adenocarcinoma de ovario estadio IV con metástasis hepáticas y peritoneales. Realizaba tratamiento con quimioterapia paliativa, presentando mala evolución en el último control en las consultas de oncología con progresión de la enfermedad. Tratamiento para el dolor: Morfina de liberación retardada. En el último mes se había ido aumentando progresivamente la dosis y en el momento actual recibe 90 mg cada 12 horas. Los rescates se realizan con 10 mg de morfina de liberación inmediata hasta cada 4 horas. En el momento actual con 2 rescates al día tenía un dolor valorado mediante EVA de 2. Su familia solicita que acudamos para realizar visita domiciliaria. Desde el día anterior presenta dolor abdominal intenso, por lo que le ha tomado los rescates con 10 mg de morfina de liberación inmediata cada 4 horas según lo pautado.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra llegada la paciente se queja de dolor abdominal difuso, continuo con exacerbaciones, más intenso en hipocondrio derecho. Estreñimiento bien controlado con lactulosa. No presenta náuseas ni vómitos. No tiene fiebre ni otros síntomas asociados, salvo ligera somnolencia atribuida al tratamiento con opiáceos. Al no detectar ningún proceso intercurrente que pudiese ser la causa de esta exacerbación del dolor procedemos a administrar 10 mg de morfina subcutánea y a ajustar la dosis de analgesia. Aumentamos aproximadamente un 25% la dosis diaria de morfina que tomaba la paciente: el 25% de 200 mg serían 50 mg; decidimos dejarla con 110 mg de morfina de liberación retardada cada 12 horas y los rescates con la misma pauta si los precisase. Al día siguiente llamamos a la familia para comprobar evolución. Su esposo nos dice que la paciente ha pasado la noche con mucho dolor. Además se encuentra muy nerviosa y agitada, dice cosas sin sentido y presenta contracciones en los músculos de las piernas. Nos ponemos en contacto con la unidad de Cuidados Paliativos para ingreso de la paciente hasta estabilización y ajuste de analgesia.

Juicio clínico: Síndrome de neurotoxicidad inducido por opioides.

Diagnóstico diferencial: Encefalopatía hepática/renal, infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, metástasis cerebrales.

Comentario final: El uso de opioides ha aumentado de forma importante en los últimos años. Más de la mitad de los pacientes con dolor oncológico necesitarán a lo largo de su proceso tratamiento con opioides del tercer escalón de la OMS para ser controlados. El tratamiento del dolor oncológico debe incluir siempre dosis de opioides de rescate para el control del dolor irruptivo. Es muy importante tener siempre en cuenta los posibles efectos secundarios de los opioides para poder prevenirlos o, cuando no hayan podido ser evitados, detectarlos y tratarlos precozmente. Al aumentar el uso de los opioides en los pacientes con cáncer aumenta consigo la aparición de casos de toxicidad neurológica. Los síntomas que aparecen en estas situaciones de neurotoxicidad son los siguientes: alteraciones cognitivas, delirium, alucinaciones, mioclonías, convulsiones, hiperalgesia y alodinia.

Bibliografía

1. Cid ML. Síndrome de neurotoxicidad inducido por opioides (NIO). Rev Soc Esp Dolor. 2013;8:521-6.