Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2473

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2698 - DOLOR IRRUPTIVO INCIDENTAL

L. Flores Garnica[1], L. Penide Villanueva[2] y S. Toranzo Nieto[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. [2]Médico Anestesista. Unidad del Dolor. Barco de Valdeorras. Orense.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 66 años, con debut de carcinoma e recto T3N0M0, se realizó cirugía: resección anterior baja, quimioterapia y posterior tratamiento oncológico. Tras 4 meses de postoperatorio el paciente relata escozor, presión dolorosa y pinchazos en región anal y abdominal asociado a defecación y sedestación prolongada. EVA 4 basal y en picos EVA 8. DN4 > 5 (indicativo de dolor neuropático). Animo depresivo reactivo. En tratamiento con tramadol-paracetamol sin óptimo efecto.

Exploración y pruebas complementarias: Se revisa abdomen y región anal sin hallazgos interés. Se solicitan valores analíticos en la normalidad. TAC de control no muestra hallazgos sugestivos de complicación o extensión. Control oncología sin cambios.

Orientación diagnóstica: Dolor basal mínimo, pero destacables episodios de dolor irruptivo generalmente de tipo incidental asociado a estímulos como la defecación, o sedestación prolongada. Componente neuropático más frecuente nocturno. Difícil manejo de dolor: se inicia opioide basal fentanilo 50 TD c/72h y citrato de fentanilo SL para manejo dolor irruptivo. Se inicia neuromodulador coadyuvante (pregabalina). Mala tolerancia

Diagnóstico diferencial: Dado los antecedentes del paciente debe descartase recidiva tumoral o complicaciones secundarias a la cirugía, así como otras patologías coloproctológicas intercurrentes. Dado el mal control de dolor, se remite preferente a Unidad de Dolor Intervencionista que propone bloqueo ganglio Walter diagnóstico-terapéutico y en un segundo tiempo radiofrecuencia ablativa de dicho ganglio Impar. Actualmente EVA basal 3 y reagudizaciones mínimas a EVA 4. En tratamiento con tapentadol 50c/12h. Mejoría en estado de ánimo y calidad de vida.

Comentario final: El dolor supone una merma tal de la calidad de vida del paciente que aun superando una grave enfermedad como la detallada el paciente no encuentra motivación alguna. El tratamiento de dolor no es resignarse a vivir con él, es necesario una optima colaboración entre AP y UDO para buscar tratamientos individualizados.

Bibliografía

1. López P. Dolor cronico no oncologico. Bolfarmacoter CLM. 2014;XV(1):1-8.

Palabras clave: Dolor irruptivo. Neuropático. Ganglio impar.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.