



NOTA CLÍNICA

Asociación de opioides mayores y paracetamol en un caso de dolor refractario de origen pancreático

Antonio Ortega Morell^{a,*}, Soledad Díaz Lería^b y Rita Isabel Fernández Romero^c

^a *Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España*

^b *Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España*

^c *Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Área Sanitaria Norte de Málaga, Málaga, España*

Recibido el 29 de noviembre de 2010; aceptado el 7 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 15 de febrero de 2012

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal;
Acetaminofen;
Analgésicos opioides;
Fentanilo;
Oxicodona

KEYWORDS

Abdominal pain;
Acetaminophen;
Opioid analgesics;
Fentanyl;
Oxycodone

Resumen

Introducción: La asociación de opioides potentes a dosis bajas puede producir un efecto sinérgico antinociceptivo. Esto en combinación con analgésicos menores como el paracetamol puede potenciar el efecto antiálgico a la vez que se minimizan los efectos adversos.

Caso clínico: Varón de 47 años con cáncer de páncreas y metástasis hepáticas que presenta, como síntoma principal, dolor refractario en hipocondrio derecho, y que encuentra respuesta analgésica con asociación de opioides de tercer escalón.

La retirada del paracetamol ocasiona un empeoramiento claro del dolor.

Conclusiones: En este caso únicamente se consiguió alivio sintomático con la asociación de opioides (fentanilo/oxicodona) y paracetamol, con escasos-nulos efectos secundarios, utilizando dosis recomendadas en Cuidados Paliativos.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Combination of major opioids and paracetamol in a case refractory pain of pancreatic origin

Abstract

Introduction: The combination of strong low-dose opioids can produce a synergistic antinociceptive effect. In combination with minor analgesics, such as paracetamol it may strengthen the analgesic effect as well as minimising adverse events.

Clinical Case: A 47 year-old male diagnosed with pancreatic cancer and hepatic metastases presenting as primary symptom, with refractory pain in right hypochondrium, and an analgesic response found with a combination of third-level opioids. Removal of paracetamol caused a clear worsening of pain.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonioortegaformacion@yahoo.es (A. Ortega Morell).

Discussion Symptomatic relief was only achieved with a combination of opioids (fentanyl/oxycodone) and paracetamol, with few/no adverse events by using recommended Palliative Care doses.

© 2010 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Existen estudios experimentales a favor de la asociación de opioides para mejorar la analgesia¹. La coadministración de dosis bajas de opioides puede producir un marcado efecto sinérgico antinociceptivo con reducción de efectos adversos sobre el sistema nervioso central².

El objetivo de dichos estudios fue evaluar el resultado de añadir un segundo opioide a dosis bajas en pacientes con pobre respuesta a dosis altas de analgésicos.

Por otro lado, existe una significativa variabilidad de los opioides en la inducción de la endocitosis de los receptores de opiáceos. Esta es una propiedad funcional independiente, clínicamente importante, que distingue a los analgésicos como es el caso del fentanilo y que puede tener funciones de protección en la reducción del desarrollo de tolerancia.

El efecto agonista y la endocitosis del receptor tienen efectos opuestos en la señalización mediada por receptor, y el resultado final es la función de ambos procesos (RAVE). Por lo tanto, una combinación de opiáceos con características distintas pueden mutuamente alterar sus RAVES, reduciendo así el potencial de desarrollo de la tolerancia. Si nos referimos al fentanilo, al unirse a receptores μ , producen mayor internalización del receptor, pero no por eso generan mayor tolerancia³.

Si hacemos referencia al grupo de los analgésicos menores, además del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), se encuentra el de los paraaminofenoles, entre ellos el paracetamol, es atípico porque carece de acción antiinflamatoria e inhibe pobremente a la ciclooxigenasa, principalmente en el sistema nervioso central. Es conveniente recordar, que en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pertenece al primer escalón, correspondiente al grupo de los no opioides para el tratamiento del dolor leve y asociado tanto con opioides débiles como potentes para el tratamiento del dolor moderado y severo en el escalón intermedio y superior⁴.

Una estrategia prometedora sería la de usar combinaciones de dosis bajas de opioides con fármacos no opioides, AINE y otros como pueden ser, el paracetamol o acetaminofén y el metamizol. Así se minimizarían los efectos adversos propios de las dosis altas de los compuestos individuales a la vez que se potencian los efectos analgésicos⁵⁻⁷.

Nuestro caso es un ejemplo de lo anteriormente expuesto, el control de dolor difícil, se benefició finalmente con la asociación de opioides y fármacos no opioides como el paracetamol.

Caso clínico

Paciente varón de 47 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador activo de 1 paq/día y con

antecedentes personales de hipertensión arterial, que inició cuadro de epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho con aparición progresiva de ictericia, coluria y acolia, motivo por el que acudió a urgencias. Se realizó estudio analítico, objetivándose: Bilirrubina Total (BT) 5,69, Bilirrubina Directa (BD) 4,87, Transaminasa Glutámicooxalacética (GOT) 167, Transaminasa Glutámicopirúvica (GPT) 269, Fosfatasa Alcalina (FA) 787, Gama Glutamil Transpeptidasa (GGT) 1.447 y Lactato Deshidrogenasa (LDH) 307. La ecografía abdominal mostró hígado aumentado de tamaño con múltiples Lesiones Ocupantes de Espacio (LOES) sólidas en ambos lóbulos y nódulo en hilio esplénico de 4 cm, por lo que se indicó ingreso hospitalario para estudio. La serología para hepatitis B y C fue negativa y los marcadores tumorales, alfa-fetoproteína 2, Antígeno carcinoembrionario (CEA) 233, Ca 19,9 402. La esofagogastroduodenoscopia presentó heterotopia gástrica en esófago cervical y en colonoscopia, con mala preparación, no se identificaron lesiones groseras. TAC Abdominal múltiples LOES hepáticas bilaterales sugerentes de metástasis y nódulo hipodenso en cola pancreática de unos 33 mm compatible con tumor del mismo (figs. 1 and 2).

Se realizó biopsia hepática, diagnosticándose en octubre de 2007 de infiltración por adenocarcinoma bien diferenciado, tubular y desmoplásico, compatible con metástasis de origen pancreato-biliar (cola de páncreas). Se presentó en comité de tumores donde, dado lo avanzado del proceso, el único tratamiento que se valoró fue la quimioterapia paliativa en caso de que la hiperbilirrubinemia mejorara, cosa que no ocurrió.

Realizamos una primera valoración durante el ingreso en planta de Medicina Interna tanto a nivel psicosocial como físico. El paciente conocía la realidad de su situación, Ellershaw (Grado de información del paciente y familia) al



Figura 1

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2766480>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2766480>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)