REV COLOMB ANESTESIOL. 2016;xxx(xx):xxx–xxx

Revista Colombiana de Anestesiología
Colombian Journal of Anesthesiology
www.revcolanest.com.co

Reporte de caso

Informe de caso: tolerancia e hiperalgesia por opioides posterior a traumatismo abdominal

Mario Hernán Villegas-Pineda[a,b,*] y *Carlos Andrés Palacio-García*[c]

[a] *Anestesiólogo, algesiólogo. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia*
[b] *Docente del Departamento de Anestesiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia*
[c] *Residente de tercer año de Anestesiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 19 de junio de 2015
Aceptado el 5 de febrero de 2016
On-line el xxx

Palabras clave:
Manejo del dolor
Analgésicos, opioides
Ketamina
Dexmedetomidina
Hiperalgesia

RESUMEN

La tolerancia y la hiperalgesia por opioides son 2 fenómenos que pueden generar grandes dificultades en el manejo del dolor tanto agudo como crónico. El enfoque diagnóstico y terapéutico exige gran conocimiento de la farmacología de los opioides y de fenómenos relacionados, como adicción y pseudoadicción.

En el presente artículo se expone el caso de una paciente poliintervenida, con tracto gastrointestinal no funcional, con dolor de aumento progresivo, no controlado y expuesta a altas dosis de opioides.

Se diagnosticó tolerancia e hiperalgesia por opioides, se inició esquema de rotación de opioides y posteriormente infusiones de ketamina y dexmedetomidina, con lo que finalmente se obtuvo respuesta.

La tolerancia y la hiperalgesia por opioides son 2 fenómenos cuyo enfoque terapéutico es sumamente complejo en ausencia de tracto gastrointestinal funcional. La rotación de los opioides, la ketamina y la dexmedetomidina fueron pilares del tratamiento en este caso.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Case report: Tolerance and opioid hyperalgesia after abdominal injury

Keywords:
Pain management
Analgesics, opioid
Ketamine
Dexmedetomidine
Hyperalgesia

ABSTRACT

Opioid tolerance and hyperalgesia are two occurrences that can pose great difficulty in managing both acute and chronic pain. The diagnostic and therapeutic approach requires profound knowledge of opioid pharmacology and related issues such as addiction and pseudoaddiction.

This paper presents the case of a patient with multiple interventions, non-functional gastrointestinal tract, increasing uncontrolled pain, exposed to high-dose opioids.

* *Autor para correspondencia:* Av. Simón Bolívar. Cra 98 No. 18-49, Torre 1 de consultorios. Cali, Colombia.
Correo electrónico: mahervi59@hotmail.com (M.H. Villegas-Pineda).

http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.012

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Cómo citar este artículo: Villegas-Pineda MH, Palacio-García CA. Informe de caso: tolerancia e hiperalgesia por opioides posterior a traumatismo abdominal. Rev Colomb Anestesiol. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.012

Opioid tolerance and hyperalgesia were diagnosed. An opioid rotation regimen was initiated followed by ketamine and dexmedetomidine infusions until a response was finally obtained.

Opioid tolerance and hyperalgesia are very difficult to manage and treatment is very complex in the absence of a functional gastrointestinal tract. Opioid rotation, ketamine and dexmedetomidine were the mainstays of treatment in this case.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Son bien conocidos los efectos deletéreos del dolor no controlado en la calidad de vida de los pacientes, en cuanto al aumento en la incidencia de complicaciones cardiacas, pulmonares, tromboembólicas e infecciosas[1,2], de manera que cualquier fenómeno que pueda interferir con un control óptimo del dolor es de especial interés.

Caso clínico

Mujer de 24 años y 60 kg de peso, ocupación ama de casa, gestante de 14 semanas, víctima de heridas múltiples por arma de fuego en abdomen. Ingresa en malas condiciones, choque hipovolémico con hemoperitoneo de 3.000 cc, herida de estómago, bazo, colon en ángulo esplénico y descendente, heridas múltiples del yeyuno proximal desde la primera porción posterior al ángulo de Treitz, riñón izquierdo y psoas izquierdo (sección completa).

Se realiza cirugía de control de daños con nefrectomía izquierda, esplenorrafia del polo inferior del bazo, gastrectomía parcial, ligadura del ángulo esplénico del colon, ligadura de la IV porción de duodeno y yeyuno proximal, múltiples ligaduras en meso, lavado de cavidad, empaquetamiento de cavidad abdominal y colocación de sistema vaccum.

Requiere transfusión de múltiples unidades de glóbulos rojos, plasma, crioprecipitado y plaquetas por coagulopatía; soporte vasoactivo y ventilación mecánica.

Nuevamente es sometida a cirugía, en la que se evidencian necrosis intestinal de 80 cm del yeyuno, de bocas ligadas del duodeno, de ilion distal y de colon transverso y descendente, por lo que se realiza anastomosis íleo-duodenal laterolateral y anastomosis laterolateral de colon transverso y descendente. Se deja abdomen abierto con sistema vaccum, se evidencia fascitis necrotizante en cuadrante superior izquierdo del abdomen, por lo que requiere lavado y desbridamiento en múltiples ocasiones.

Evolución tórpida, con peritonitis secundaria a estas lesiones, y posteriormente sepsis con estancia prolongada en la UCI, desarrollo de múltiples fístulas, abdomen bloqueado, intestino corto y necrosis de la pared abdominal, múltiples intervenciones quirúrgicas con desarrollo de cuadro doloroso abdominal severo de difícil control, manejada inicialmente por el grupo de cuidados intensivos con escalada-rotación de opioides (morfina e hidromorfona) por horario con dosis fija, y a pesar de esto el dolor es severo, valorado en escala de dolor con puntuaciones por encima de 7.

Dentro del abordaje de esta paciente se encontró la dificultad adicional de un tracto gastrointestinal no funcional que limitaba el uso de adyuvantes y analgésicos por vía oral, sumado a un fenómeno de pseudoadicción que influía negativamente en los rescates suministrados por enfermería y en la confianza de la paciente en el equipo de trabajo.

Ante esta situación fue interconsultado el grupo de dolor, que consideró rotar el esquema horario de morfina que tenía en el momento de la evaluación a tratamiento con PCA de hidromorfona sin límite y adicionalmente infusión continua a 0,1 mg/h asociada a paracetamol i.v. y fentanilo transdérmico, titulándose este último hasta 200 μg, más un consumo de 30 mg/día de hidromorfona con empeoramiento de los síntomas y extensión del campo doloroso a la región dorsolumbar.

No se consideraron técnicas regionales por tener focos infecciosos muy cercanos a las aéreas de punción

No se consideró el uso de metadona porque solo estaba disponible por vía oral.

Dada la mala respuesta a la terapia instaurada, se consideró el diagnóstico de hiperalgesia inducida por opioides y se inició disminución gradual de los opioides asociado a infusión continua de ketamina, que se pudo titular hasta una dosis máxima de 0,3 mg/kg/h con leve mejoría en la escala de dolor (puntaje de 6) pero con aparición de alucinaciones, por lo que fue necesario suspender el anterior esquema, con nuevo empeoramiento en la escala de dolor (intensidades 8-10).

Finalmente se decidió iniciar terapia combinada de ketamina a 0,1 mg/kg/h en infusión continua asociada a dexmedetomidina titulada hasta 0,5 μg/kg/h, con mejoría dramática en la puntuación del dolor (escala 2-3) y mínima sedación, permitiendo el desmonte de los opioides.

Discusión

En el manejo de esta paciente nos vimos enfrentados a desafíos como la ausencia de un tracto gastrointestinal funcional, la presencia de infección concomitante adyacente a las áreas que pudieran ser objeto de analgesia regional, y a fenómenos como la pseudoadicción, la tolerancia y la hiperalgesia. Los retos impuestos por la paciente pudieron ser sorteados gracias a una titulación cuidadosa de medicamentos i.v. y al desmonte gradual de opioides.

La tolerancia y la hiperalgesia por opioides son fenómenos relacionados que pueden aparecer en el contexto de tratamiento agudo o prolongado por opioides[3], precisan de enfoques diferentes y a menudo generan gran dificultad para quienes manejan el dolor[4,5].

Cómo citar este artículo: Villegas-Pineda MH, Palacio-García CA. Informe de caso: tolerancia e hiperalgesia por opioides posterior a traumatismo abdominal. Rev Colomb Anestesiol. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.012

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8621774

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8621774

Daneshyari.com