



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## CARTAS AL DIRECTOR

### Manejo de dolor crónico no oncológico en un caso de angina intestinal

#### Management of chronic non-oncological pain in a case of intestinal angina

Sr. Director:

#### Caso clínico

Mujer de 78 años, remitida del servicio de cirugía general al de clínica de dolor por dolor abdominal crónico secundario a angina intestinal. Sin antecedentes de enfermedades cronicodegenerativas. Se le realizaron 2 laparotomías en 6 meses y 1 laparoscopia diagnóstica por episodios de isquemia mesentérica.

- Diagnóstico: isquemia mesentérica corroborada por tomografía computarizada con contraste venoso y arterial.
- Enfermedad actual: paciente con dolor abdominal crónico, generalizado, severo, de 6 meses de evolución, que no remite con analgésicos habituales. Dolor de tipo cólico, EVA 10/10, EVERA severo, incapacitante, episódico, que se acompaña en ocasiones de náusea y vómito, sin factores que lo aumenten o disminuyan.
- Exploración física: peso 45 kg; talla 1,50 m; presión arterial 90/50 mmHg; frecuencia cardíaca 65; frecuencia respiratoria 18. Consciente, orientada, hidratada, con palidez de mucosas y tegumentos, caquética. Cara, cabeza y cuello sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con dolor generalizado en todos los cuadrantes, severo, a la palpación superficial y profunda, peristalsis presente y de características normales, sin masas palpables. Resto de exploración física normal.
- Diagnóstico algológico: dolor abdominal crónico de tipo visceral severo.
- Diagnóstico etiológico: angina intestinal (isquemia mesentérica).

#### Evolución clínica

Terapéutica con opiáceos potentes (hidromorfona, metadona, oxicodona, morfina y fentanilo transdérmico) y adyuvantes, como antagonistas del calcio, nitratos, etc., reali-

zando diferentes rotaciones y esquemas de manejo de acuerdo a su evolución clínica. No candidata a intervención por estado clínico y por anticoagulación con acenocumarina, y por el uso de antiagregantes plaquetarios.

#### Resultados

En este caso se obtuvieron excelentes resultados con fentanilo transdérmico (Durogesic D trans) parche de 8,4 mg (que libera 50 µg/h) cada 72 h y rescates con 10 mg de morfina vía oral en caso de dolor abdominal, e inductores de apetito como medroxiprogesterona 40 mg (media tableta de 80 mg) cada 24 h (Mestrel) y cuidados de confort. En este momento, la paciente está sin dolor y utilizando en promedio 20 a 30 mg de morfina vía oral como rescate a la semana. Hasta ahora, la paciente lleva 18 meses con la misma dosis de fentanilo transdérmico y como reacciones adversas sólo ha presentado en ocasiones estreñimiento y somnolencia (Ramsay 2-3).

#### Discusión

No hay publicaciones acerca del manejo de dolor en estos pacientes<sup>1-3</sup>.

La evolución natural de esta enfermedad es hacia pérdida de peso y dolor cólico severo<sup>4,6</sup>.

El dolor es de tipo cólico y el episodio puede ser de entre 2 y 4 h. El manejo de este tipo de dolor es difícil por ser de tipo episódico y severo, con períodos libres de dolor, por lo que se obtuvo un buen resultado con fentanilo transdérmico, opiáceo potente, que en forma transdérmica nos permite tener concentraciones estables continuamente y, al aparecer, el cuadro doloroso se refuerza con morfina<sup>7-9</sup>.

#### Conclusiones

En este caso específico fue de gran utilidad el uso crónico de opiáceos más adyuvantes por el dolor severo y porque no era candidata a manejo quirúrgico. En la bibliografía sólo hay reportes de caso acerca de esta patología en pacientes crónicos. Es necesario establecer un patrón de manejo de dolor y síntomas asociados para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## Bibliografía

1. ACC/AHA 2005 practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic). *Circulation*. 2006;113:1474-547.
2. Cademartiri F, Rolf HJM, Raaijmakers RT, Kuiper JW, Van Dijk LC, Pattynama PMT, et al. Multi-detector row CT angiography in patients with abdominal angina. *Radiographics*. 2004;24:964-84.
3. Ming-Chen SP, Hagspiel KD. CTA and MRA in mesenteric ischemia: part 1, role in diagnosis and differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;188:452-61.
4. Korotinski S. Chronic ischaemic bowel diseases in the aged-go with the flow. *Age and Ageing*. 2005;34:10-6.
5. Wilson DB, Mostafavi K, Craven TE, Ayerdi J, Edwards MS, Hansen KJ, et al. Clinical course of mesenteric artery stenosis in elderly Americans. *Arch Intern Med*. 2006;166:2095-100.
6. Sreenarasimhaiah J. Clinical review. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. *BMJ*. 2003;326:1371-7.
7. Paterno F, Longo WE. The etiology and pathogenesis of vascular disorders of the intestine. *Radiol Clin N Am*. 2008;46:877-85.
8. Ozden N, Gurses B. Mesenteric ischemia in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007;23:871-87.
9. Gore R, Vahid YI. Imaging in intestinal ischemic disorders. *Radiol Clin N Am*. 2008;46:8.

L.A. Templos Esteban, M.M. Salado Ávila y C. Castañeda de la Lanza

*Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México.*

*Correo electrónico: luzadrianatemplos@hotmail.com*

---