

Herramientas analgésicas en cáncer de mama etapa IV: Siempre hay algo que ofrecer para el tratamiento del dolor

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-028>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Eduardo Andrés Vega Pérez

Paula León Stehr

María Francisca Elgueta Le-Beuffe.

Juan Carlos De la Cuadra Fontaine

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

La prevalencia de dolor oncológico en enfermedad avanzada, metastásica y terminal es del 54.6%¹. La escala analgésica de la OMS podría no proveer un adecuado alivio en el 25% de ellos, en donde los procedimientos intervencionales pueden ser una excelente herramienta².

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente de 39 años, con carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. Recibe quimio, inmuno y radioterapia paliativa sin respuesta.

Requiere hospitalización por tromboembolismo pulmonar tratado con dabigatran y sobreinfección del cáncer de mama inflamatorio en región axilar derecha.

Evoluciona con dolor en región axilar pese a terapia analgésica con paracetamol 1gr cada 8h, metamizol 300mg cada 8h, pregabalina 150mg cada 12h, duloxetina 60mg cada 24h, metadona 7,5mg cada 8h v.o. y parche de fentanil 50µg/h. Debido a dolor refractario se realiza bloqueo del erector espinal sin alivio.

Posteriormente es derivada al equipo de dolor UC-Christus evidenciándose plejía de extremidad superior derecha secundario a compromiso tumoral del plexo braquial, dolor axilar derecho (nociceptivo), constante con crisis 10/10 y dolor en la región del húmero proximal y pectoral derecho al tacto. TAC de tórax muestra masa neoplásica de 16 x 15 x 15 cm en región mamaria, axilar y pectoral derecho, con invasión de pared. Hallazgo evidenciable al examen físico (Fig 1a-b). Se realiza bloqueo diagnóstico con anestésico local a nivel paravertebral (2 niveles, T2-T4) e interescalénico derecho con alivio mayor al 80%. Posteriormente se procede a la neurectomía con fenol 6% en los sitios mencionados (4ml por nivel paravertebral y 10 ml a nivel interescalénico, Fig 2a-d).

En control ambulatorio destaca alivio completo del dolor en región pectoral y húmero proximal y 70% en zona axilar con ausencia de crisis. Se mantiene tratamiento analgésico, quedando el uso de metadona solo SOS y con alivio completo en caso de requerirla. Esta condición se mantiene por alrededor de un mes con posterior deterioro clínico y fallimiento a los dos meses post neurectomía.

Calendario (cronología)

Diagnóstico de cáncer de mama: abril 2023.

Tratamiento oncológico: Mayo a octubre 2023.

Hospitalización por sobreinfección: mayo y octubre 2023.
Ingreso a cuidados paliativos: junio 2023.
Hospitalización por tromboembolismo pulmonar: octubre 2023.
Bloqueo del erector espinal: febrero 2024.
Bloqueo y neurolisis paravertebral e interescalénico: febrero 2024.
Control ambulatorio presencial: marzo 2024.
Fallecimiento: mayo 2024.

Plan anestésico

Bloqueo y neurolisis.
Bloqueo diagnóstico paravertebral (nivel T2 y T4) e interescalénico: 28 febrero 2024.
Neurolisis paravertebral (nivel T2 y T4) e interescalénico: 29 febrero 2024.

Discusión y Conclusiones

La neurolisis química del plexo braquial a nivel interescalénico y paravertebral ha sido escasamente documentada³. Aquí describimos el caso de la neurolisis con fenol 6% para el alivio del dolor oncológico. La adecuada selección del paciente es clave debido al riesgo propio del procedimiento y del agente neurolítico. Entre las complicaciones más devastadoras están el daño neurológico permanente y subsecuente parálisis³. A nivel paravertebral se debería por la diseminación peridural y a nivel del plexo braquial por la lesión provocada por el agente neurolítico. Por lo tanto, el tipo de procedimiento dependerá principalmente del estado basal y de la expectativa de vida del paciente, en donde los riesgos que muchas veces son elevados se ven sobrepasados por los beneficios del alivio del dolor al final de la vida.

Contacto

Nombre: Eduardo Vega Pérez
Correo electrónico: eavega@uc.cl / evegap@ucchristus.cl