

# Analgesia multimodal en un paciente con cáncer de páncreas metastásico en el departamento de emergencia

## Multimodal analgesia in a pancreatic cancer patient in the emergency department

José Antonio González Villalobos<sup>1</sup>, Israel Morales García<sup>2,\*</sup>, Judith González Aranda<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Urgenciólogo/ecografía crítica intervencionista. Hospital ISSSTECALI, Mexicali, BC, México.

<sup>2</sup> Urgenciólogo/master en dolor. Hospital General de zona #2 Hermosillo. Sonora, México.

<sup>3</sup> Residente de 3er año de la especialidad de urgencias médico quirúrgicas. Hospital General de Zona #30 IMSS Mexicali, BC. México.

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2023 / Fecha de aceptación: 02 de septiembre de 2023

### ABSTRACT

Oncological pain is very frequent in emergency rooms, since they present exacerbations, pancreatic cancer is one of the most frequent oncological conditions in emergency rooms, there are different analgesic treatments, which require the administration of opioids, Given the current epidemic, we have to apply different techniques to achieve a multimodal analgesic to control the pain of cancer patients admitted to emergency rooms. We used ultrasound-guided regional analgesia, in this case, ultrasound-guided spinal erector block as a therapeutic complement and a tool that emergency physicians must master.

**Key words:** Pain, pain in the emergency room, erector spinae, ultrasound, ecoguided analgesia, pancreatic cancer.

### RESUMEN

El dolor oncológico es muy frecuente en las salas de urgencias, ya que presentan agudizaciones, el cáncer de páncreas es uno de los padecimientos oncológicos que más se presentan en las salas de urgencias, existen diferentes tratamientos analgésicos, los cuales requieren la administración de opiáceos, dado la epidemia que se vive actualmente, tenemos que aplicar diferentes técnicas para lograr, una analgesia multimodal para controlar el dolor de los pacientes oncológicos que ingresan a las salas de urgencias. Empleamos analgesia regional ecoguiada en este caso el bloqueo del erector espinal ecoguiado, como complemento terapéutico y una herramienta que los urgenciólogos deben dominar.

**Palabras clave:** Dolor, dolor en urgencias, erector espinal, ultrasonido, analgesia ecoguiada, cáncer de páncreas.

Los pacientes oncológicos acude con cierta frecuencia a los servicios de urgencias, los motivos de consulta están muchas veces relacionados con su tipo de neoplasia y sus eventuales complicaciones, aun que en otras ocasiones se debe a los efectos adversos de sus tratamientos médicos ya sea por quimioterapia o radioterapia, el dolor motiva la tercera parte de las consultas a las salas de urgencias, entre el 10% y el 15% de los pacientes con tumores en estadios iniciales y del 60% al

90% con estadios avanzados van a presentar dolor en algún momento del curso de su enfermedad. Puede estar desencadenado por fenómenos inflamatorios, aun que originan: dolor nociceptivo y dolor neuropático, el dolor que aparece en los procesos oncológicos se ha considerado siempre un dolor mixto, sin embargo, cada vez hay más evidencia de que se trata de un dolor distinto y propio del cáncer, por lo cual es importante distinguir este tipo de dolor ya que puede ser una señal que ha-

dr4body@hotmail.com

\*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6384-1104>

ISSN: 0716-4076



bla del progreso de la enfermedad. La poca claridad en los criterios diagnósticos y la clasificación del dolor crónico en general y del dolor crónico oncológico en particular, ha llevado a la IASP a publicar una clasificación de los síndromes de dolor crónico, excluyendo al dolor agudo que es lo que comúnmente atendemos en los servicios de urgencias dolor agudo o agudizaciones del dolor crónico. Indistintamente de que el dolor visceral, somático, neuropático o psicógeno, el enfermo oncológico tiene dos secuencias distintas de presentación en el tiempo. La primera es un dolor crónico continuo de fondo, sordo, que le impide dormir, moverse, de intensidad variable, es el dolor basal. La segunda se identifica por episodios de crisis agudas de dolor espontáneas o inducidas de elevada intensidad (EVA 7-9/10), de frecuencia variable y duración incierta, estos episodios de dolor agudo intenso transitorio se denominan crisis de dolor irruptivo, el dolor irruptivo se trata y el dolor visceral se previene, las crisis de dolor agudo se tratan con una segunda pauta analgésica distinta a la anterior que puede ser un fármaco igual o diferente que en la mayoría de los casos se utilizan opiáceos, pero debido a la epidemia de los mismos en muchos ámbitos médicos el gobierno ha limitado su uso por lo cual, nos vemos en la necesidad como médicos de urgencias, emplear procedimientos intervencionistas como lo son los bloqueos analgésicos ecoguiados, el bloqueo descrito por el Dr. Forero en el 2016, ESP por sus siglas en inglés Erector espinal, ha tenido en últimos años diferentes aplicaciones para control del dolor, el cual se puede emplear para analgesia en región torácica, abdominal y pélvico, el cáncer de páncreas ocupa el 4to lugar de mortalidad en USA. El cáncer pancreático está aumentando paulatinamente y la proporción diagnóstico - fallecimientos, se incrementa con la edad, la edad media es de 69,2 años para hombres y 69,5 años para mujeres, el dolor puede convertirse en un principal problema para las personas con cáncer de páncreas, estos pueden invadir y ejercer presión en los nervios cercanos al páncreas, lo que puede causar dolor en el abdomen y la espalda.

### Presentación del caso

Mujer de 60 años, que ingresa al servicio de urgencias, con antecedente de hipertensión arterial de larga evolución, actualmente sin tratamiento, y cáncer de páncreas con metástasis diagnosticado en diciembre de 2022, en seguimiento por oncología, actualmente en quimioterapia paliativa y en espera de valoración por radioterapia, así como gastroenterología que requirió colocación de prótesis en la vía biliar, y manejo por parte de clínica del dolor, quien indica antiespasmódico con horario, AINEs y opiáceos tanto de tramadol por razón necesaria, así como de parches de buprenorfina cada 4 días. Acude a nuestro servicio por presentar hematoquecia de novo, y refiere persistencia del dolor en hipocondrio derecho 9/10 en escala análoga del dolor.

Se encuentra paciente taquicárdica, con tendencia a la hipotensión con datos clínicos de hipoperfusión tisular, con los siguientes signos vitales: FC: 96 lpm TA: 092/055 mmHg, FR: 20 rpm Temp: 36,0 SO<sub>2</sub>: 99%. A la exploración física se encuentra paciente de edad congruente a la cronológica, consciente, orientada, neurológicamente íntegra, sin datos de focalización, con palidez generalizada, tórax con presencia de catéter central tipo Port-Cat campos pulmonares sin íntegra síndrome pleuro-

pulmonar, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, se realiza electrocardiograma en el que presenta ritmo sinusal normal, se realiza ecocardiografía básica en el punto de atención, se identifica un corazón hiperdinámico, en el que se observa una contractilidad normal relación VD/VI normal, tiene una FEVI normal EPSS 4 mm, MAPSE 16,5 mm TAPSE 26 mm, se observa con una vena cava inferior que colapsa más del 50% con variabilidad respiratoria, diámetro menor a 1 cm de diámetro medida en eje longitudinal y transversal. Se realiza protocolo RUSH en el que no se observó líquido libre en abdomen, aorta diámetro normal, pulmón con un patrón A. Se observa vejiga con repleción. Se realiza una prueba de elevación pasiva de piernas con medición del pico flujo carotídeo en el que observa una variabilidad del 17,4% posterior a elevación pasiva de piernas. Abdomen blando depresible, peristalsis presente disminuida, con dolor en hipocondrio derecho EVA 9/10 a la palpación media. Los estudios paraclínicos de ingreso, mostraban hemoglobina de 8,6 g/dl, hematocrito de 26,4%, plaquetas 265.000, sin leucocitosis, sin embargo, con elevación de bilirrubinas, con presencia de patrón obstructivo (bilirrubina total 2,5 mg/dl, bilirrubina directa 2,2 mg/dl) y elevación de transaminasas, función renal conservada, sin desequilibrio hidroelectrolítico.

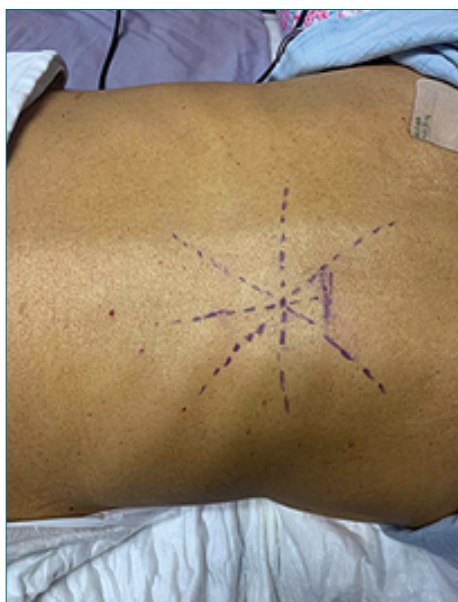
### Tratamiento y resultados

La evaluación inicial reveló un inadecuado control del dolor oncológico y datos de síndrome anémico, relacionado con patología de base y probable sagrado de tubo digestivo tanto alto como bajo, antes uso crónico de AINEs, por lo que se consideró que la paciente era candidata a manejo del dolor regional, ya que se trataría de evitar uso de opiáceos esto para evitar síntomas adversos, así como inestabilidad hemodinámica. Se planteó la necesidad de evitar los efectos adversos de los opiáceos así como la vasodilatación asociada a su uso, por tal motivo se ofrece la posibilidad de realizar un bloqueo del erector espinal ecoguiado a nivel torácico T8-T9 esto para brindar analgesia regional a región anterior abdominal con manejo multimodal del dolor; refiere ya haber recibido analgesia regional previa, y acepta dicho procedimiento.

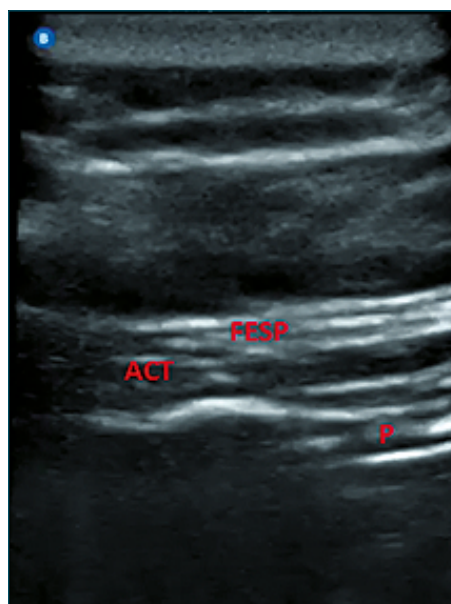
#### Bloqueo del erector espinal ecoguiado a nivel torácico T8

Se realiza bloqueo analgésico del erector espinal ecoguiado, previa firma de consentimiento informado por duplicado, se le explican a la paciente los beneficios y riesgos del procedimiento, y la finalidad para control del dolor agudo crónico oncológico, a lo que la paciente acepta. Se realiza insonación previa y marcación de la región dorsal derecha y se cuentan con ultrasonido en la articulación.

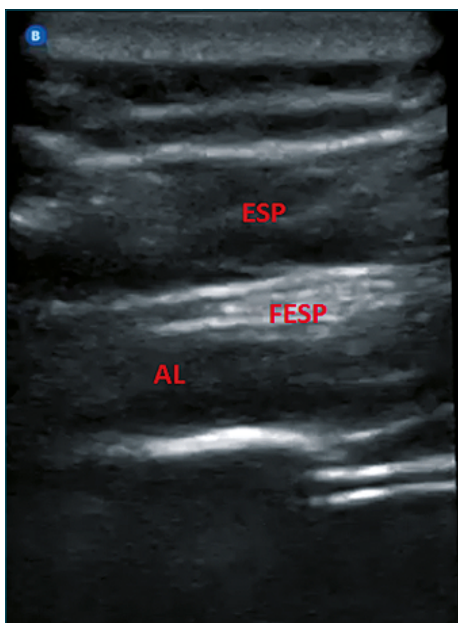
Se realiza, asepsia y antisepsia de la región y con técnica estéril, se administra pre infiltración con lidocaína al 1% 5 ml posteriormente, se realiza abordaje en posición prona, en eje longitudinal de cefálico a caudal y se punciona con aguja ecogénica Spectra de 60 mm, se hidrodiseciona hasta verificar división de la fascia del erector espinal, se infiltran 30 ml de ropivacaina diluida al 0,35% más 8 mg de dexametasona, se observa difusión del anestésico en espacio entre las facias. Se da por terminado procedimiento sin complicaciones, paciente refiere un EVA de



**Figura 1.** Posición y localización del sitio punción.



**Figura 2.** Sonoanatomía del plano del erector espinal de T8. ACT art. Costotransversa, P pleura, FESP Fascia del Erector Espinal.



**Figura 3.** Hidrodissección y diseminación del anestésico local, FESP Fascia del Erector Espinal. ESP Erector Espinal, AL Anestésico local.

2/10 refiere mucha mejora respecto a su ingreso (Figuras 1, 2, 3).

Este bloqueo regional permitió brindar analgesia específica en la región abdominal anterior, reduciendo así la necesidad de altas dosis de opioides y minimizando los efectos secundarios asociados.

A lo largo del tratamiento, se observó una mejoría significativa en los síntomas dolorosos de la paciente. El dolor abdominal se redujo de manera sustancial, con una puntuación de intensidad de dolor de 2/10 en la escala visual análoga del

dolor. Durante su estancia se realizó endoscopia alta con hallazgos de úlcera gástrica Forrest I, gastritis erosiva con atrofia y metaplasia extensa, con presencia de stent metálico biliar *in situ* funcional, y se solicitó colonoscopia. No se registraron efectos secundarios relacionados con el bloqueo regional y la analgesia multimodal implementada.

### Discusión

El control del dolor sigue siendo la piedra angular de los servicios de urgencias, ya que no tenemos una formación durante la residencia en manejo del dolor agudo, siendo esta muy importante para poder brindar una adecuada atención de nuestros pacientes, brindando calidad y calidez en la atención, los procedimientos anestésicos ecoguiados han venido a mejorar y disminuir las complicaciones de estos procedimientos invasivos, por lo cual implementarlos en los servicios de urgencias es de suma importancia, ya que su enseñanza y aprendizaje no son complicados. El uso de la ecografía facilita la identificación de estructuras anatómicas, lo cual vuelve más didáctica la enseñanza y aprendizaje de la anatomía en tiempo real. Así mismo el uso de la ecografía favorece el uso de menores volúmenes de anestésico local, ya que permite identificar el sitio exacto de acción del fármaco, lo que previene los efectos tóxicos relacionados a los anestésicos locales, y las posibles complicaciones como punción vascular e infiltración intraneural. La técnica del Dr Forero en últimos años ha venido revolucionando el control del dolor, encontrando nuevas aplicaciones a las originalmente descritas, como lo aplicamos en este caso con buenos resultados.

### Conclusiones

En este caso clínico, el enfoque terapéutico centrado en el

control del dolor y la analgesia regional demostró ser efectivo en el manejo del dolor oncológico crónico en una paciente con cáncer de páncreas metastásico. La implementación de una estrategia multimodal que combina medicamentos analgésicos con técnicas de bloqueo regional permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la dependencia de opioides, así como evitar sus efectos adversos al ser utilizado en un paciente con estado de choque. Este enfoque resalta la importancia de una evaluación integral y un manejo individualizado del dolor en el contexto del dolor oncológico en la sala de urgencias. Por lo tanto, debemos seguir documentando los casos clínicos en los cuales empleamos analgesia regional ecoguiada para control del dolor en los servicios de urgencias, para poco a poco ir normando estos procedimientos y lograr realizar protocolos adecuados para el manejo del dolor en las salas de urgencias, POR MAS SALAS DE URGENCIAS SIN DOLOR.

## Referencias

---

1. C. Martín Lorente, urgencias en el paciente oncológico, medicina integral, vol.37, num 3 febrero 2001.
2. [www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada](http://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada)
3. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. An Sist Sanit Navar. 2004;27 Suppl 3:63–75. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272004000600007> PMID:15723106
4. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The Erector Spinae Plane Block: A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain. Reg Anesth Pain Med. 2016;41(5):621–7. <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000451> PMID:27501016
5. Hidalgo Pascual M, Forero Herrero E, Castillo Fe MJ, Guadarrama Gonzalez FJ, Pelaez Torres P, Botella Ballesteros F. Cancer de pancreas. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(10):714–22. PMID:15537378
6. [www.cancer.org](http://www.cancer.org)