

DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES FRECUENTADORES, LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS DE ALARMA.

Autores: Kasteel Martínez C. (1), Fernández Sobredo N.(2), Roz Sánchez M.(3), Vidal Tanaka S.(2), Garrido Sánchez J.(4), Ruíz Álvarez A. (3), Centro de Trabajo: C.S El Natahoyo . Gijón(1), CS Las Vegas, Avilés(2), C.S La Magdalena. Avilés (3), Hospital San Agustín (4)

Introducción: A menudo tenemos en la consulta pacientes frequentadores con patología psiquiátrica concomitante. El manejo del dolor en ellos puede ser en ocasiones complicado. Por ello, debemos descartar primero organicidad centrándonos en signos y síntomas de alarma antes de achacar el dolor a enfermedad mental.

ID 0802

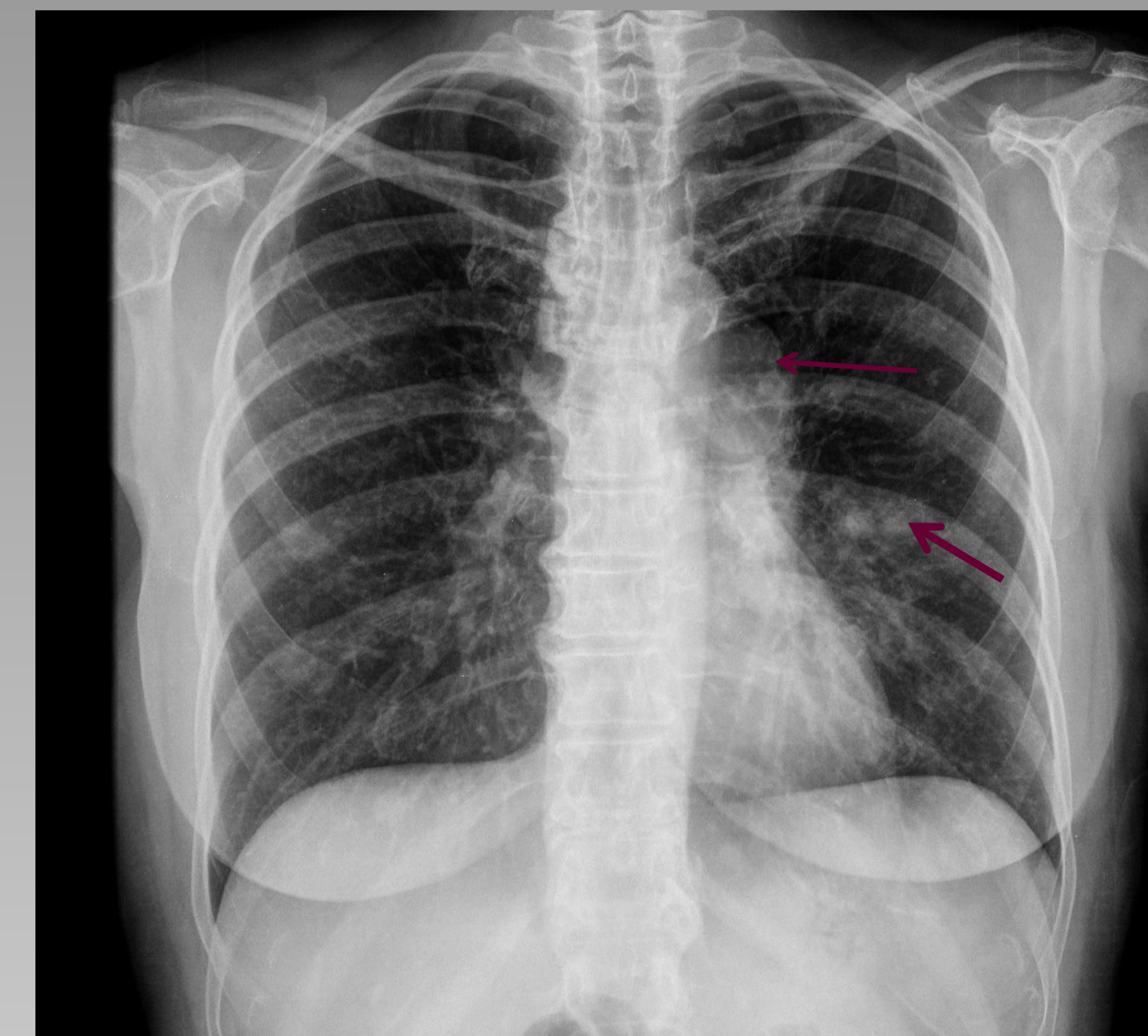
Descripción del caso: Mujer de 56 años. Exfumadora. Esquizofrenia, asma y dispepsia. Polimedicada. Acude reiteradamente a su centro por dorsalgia, a tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios y miorelajantes sin mejora. Ante empeoramiento y síndrome general (astenia, anorexia y pérdida de peso) acude a urgencias.

Exploración física: palidez, roncus en hemitórax izquierdo y dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. Radiografía Tórax: imagen campo izquierdo y ensanchamiento mediastino. Tomografía Axial Computarizada: masa lóbulo superior pulmón izquierdo y pulmón contralateral, adenopatías mediastínicas, vertebras dorsales e hígado.

Diagnostico diferencial: hernia discal, tumores óseos, alteraciones en el mediastino, metástasis óseas.

Diagnostico: **Carcinoma no microcítico de pulmón T2N2M1b.**

Tras 3 meses de cuidados paliativos fallece.



Estrategia de actuación: En todo paciente con dolor debemos hacer una anamnesis dirigida y exploración física. Las escalas de valoración del dolor pueden ser útiles para el inicio y evolución tras el tratamiento. El dolor típico de afectación tumoral vertebral es localizado, incrementa con la presión de la zona y alivia con la descarga. El comienzo suele ser insidioso y el aumento brusco del dolor sugiere una posible fractura. Suele mejorar con antiinflamatorios y radioterapia local. En este caso ante un dolor óseo de 4 meses de evolución, sin mejoría a pesar del tratamiento y síndrome general acompañante debemos pensar en probable afectación tumoral y realizar las pruebas complementarias oportunas.

Bibliografía: Porta Sales J. Rodríguez Mesa D. Sala Rovira C. Dolor. En Portal Sales J. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3ª Edición. Institut Catalá d'Oncología. Barcelona. Grünenthal. 2008. p.41-109. Origüen Sabater J. Sánchez Mota A. Dolor y sedoanalgesia. En Aguilar Rodríguez F. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 7ª Edición. Madrid.2012. p.52-67