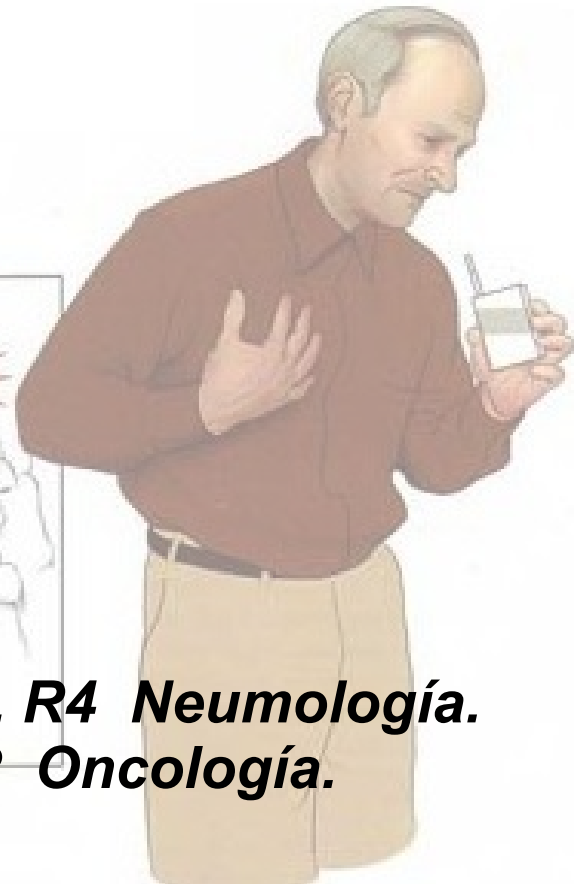
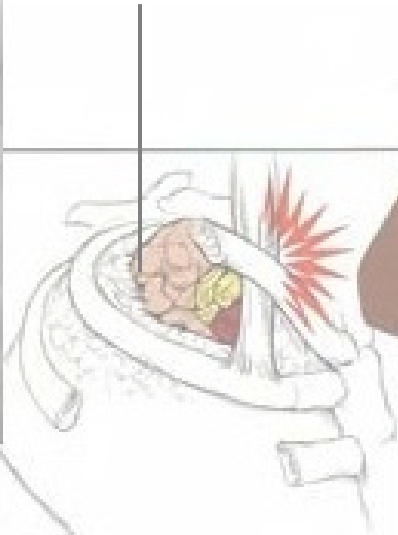


PANCOAST: *una neoplasia diferente.*



***Miguel Torres García, R4 Neumología.
Marina Merí Abad, R2 Oncología.***

Índice

I. CASO CLÍNICO

II. SÍNDROME DE PANCOAST

III. MANEJO DEL DOLOR

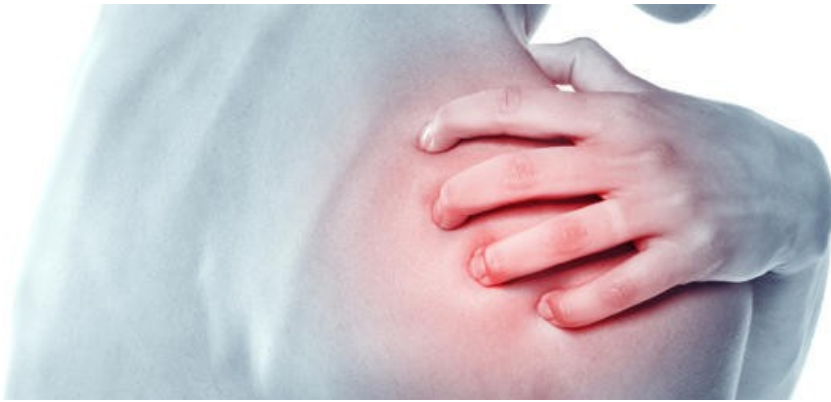
IV. CONCLUSIONES





- Mujer de 60 años
- HTA, no DM, no DL
- Exfumadora desde hace 5 años
 - ➔ 2-3 paq/día durante 30 años
- Epilepsia



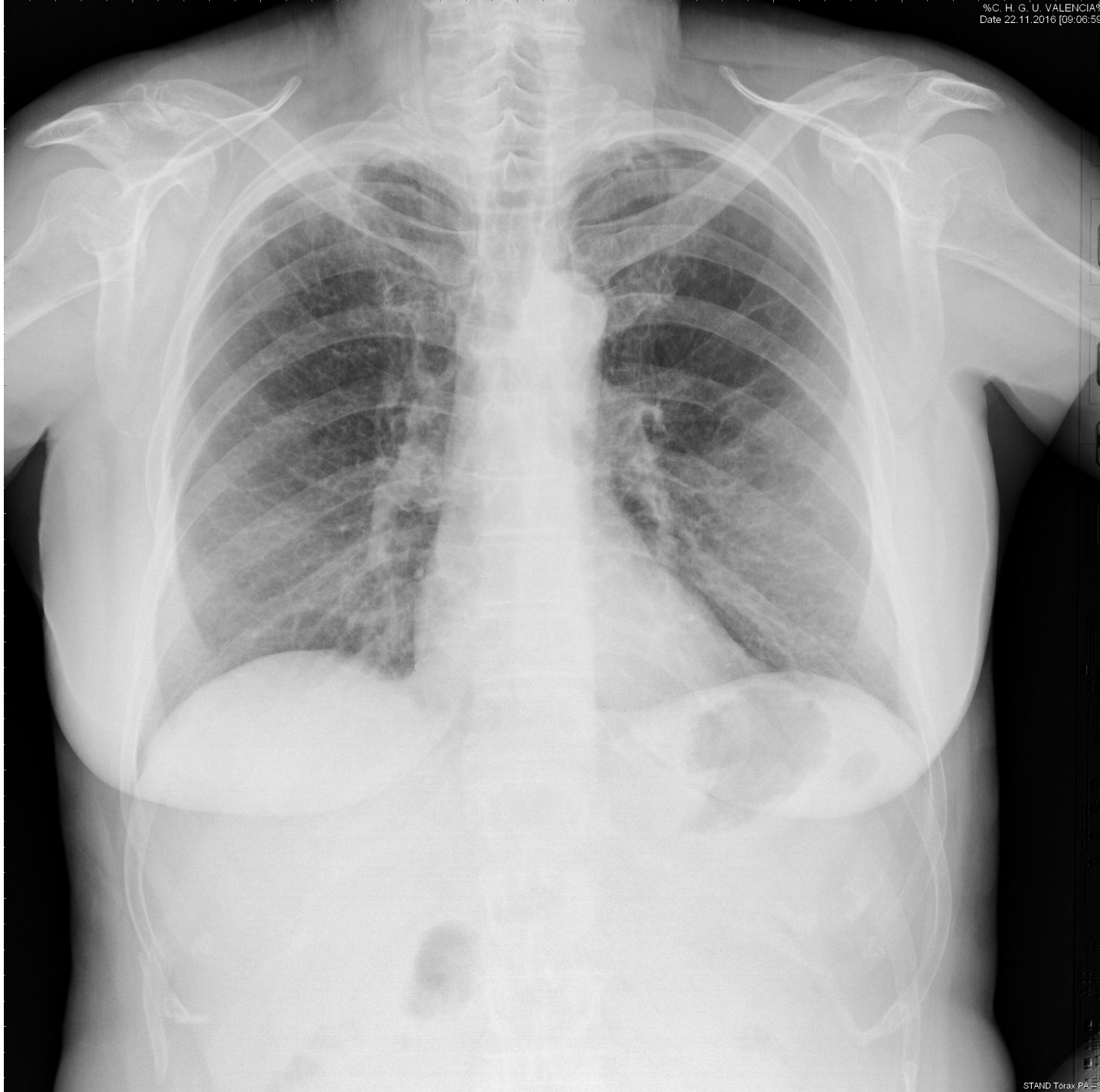


DOLOR EN EL HOMBRO

Exploración funcional:

- BEG, C y O, eupneica, ACP normal. Ctes estables.
- Dolor a punta de dedo en musculatura intercostal y subescapular. No deformidades ni lesiones cutáneas.





Acude de nuevo...

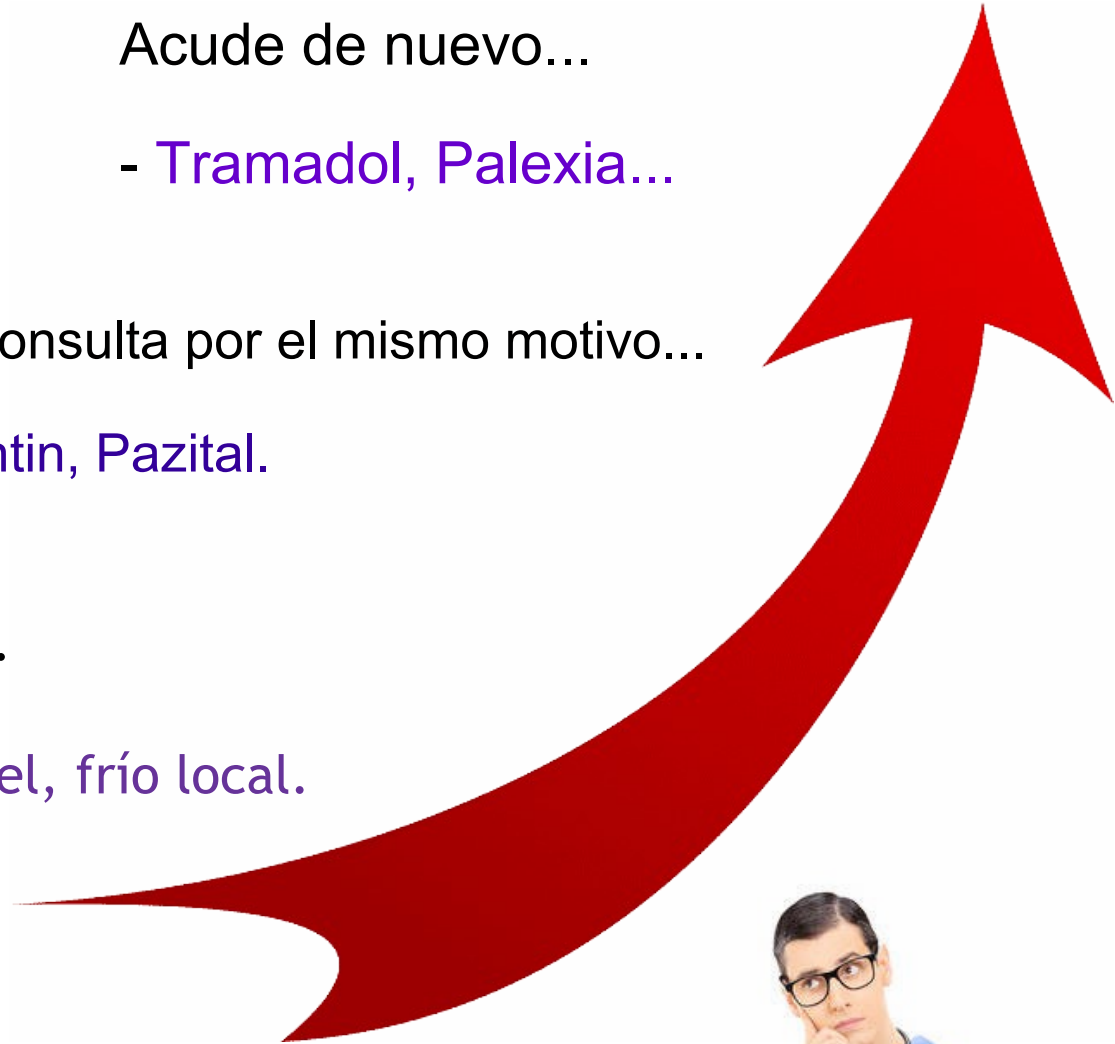
- Tramadol, Palexia...

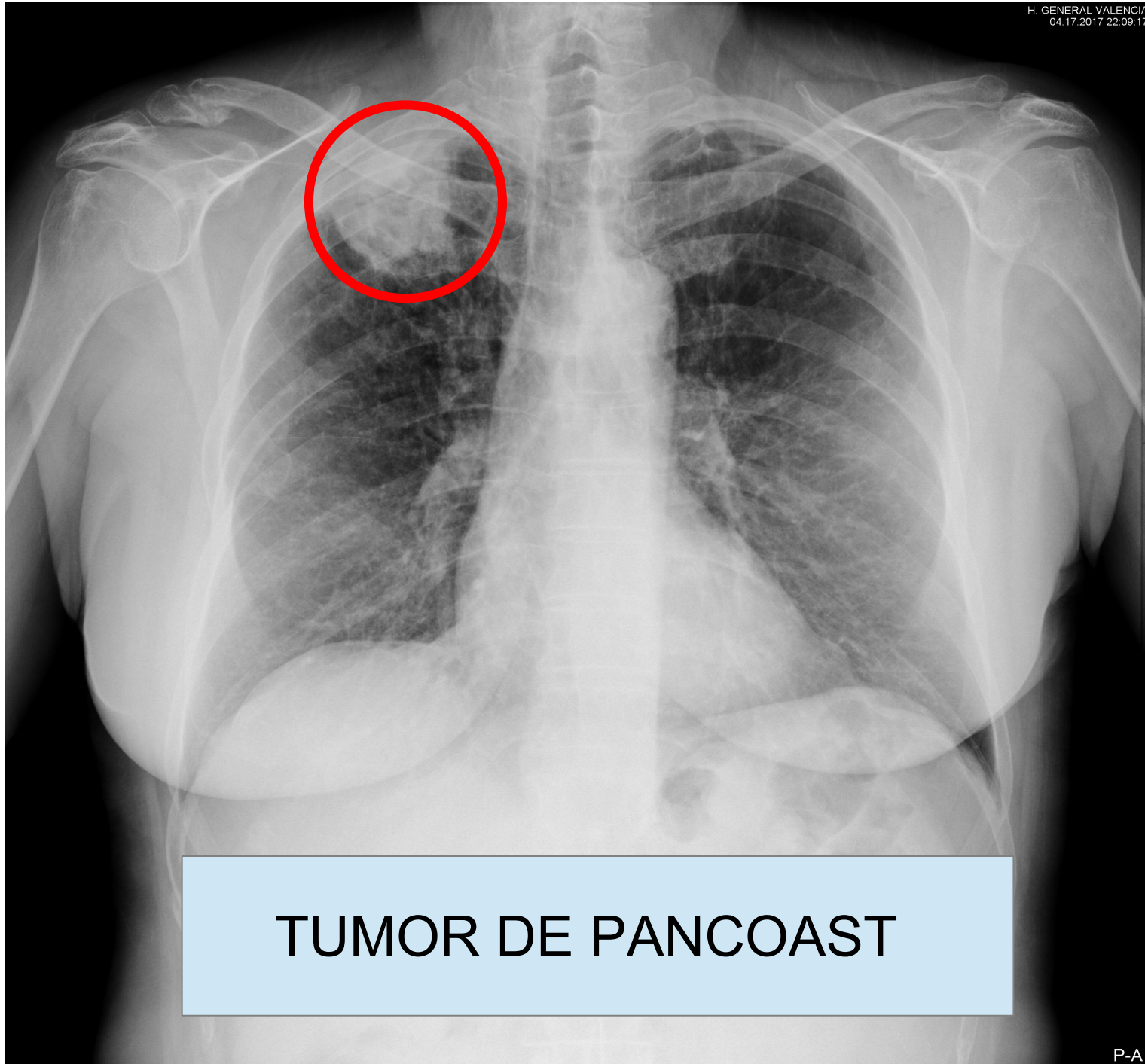
Nueva consulta por el mismo motivo...

- Neurontin, Pazital.

Alta con analgesia...

- Nolotil, Voltaren gel, frío local.



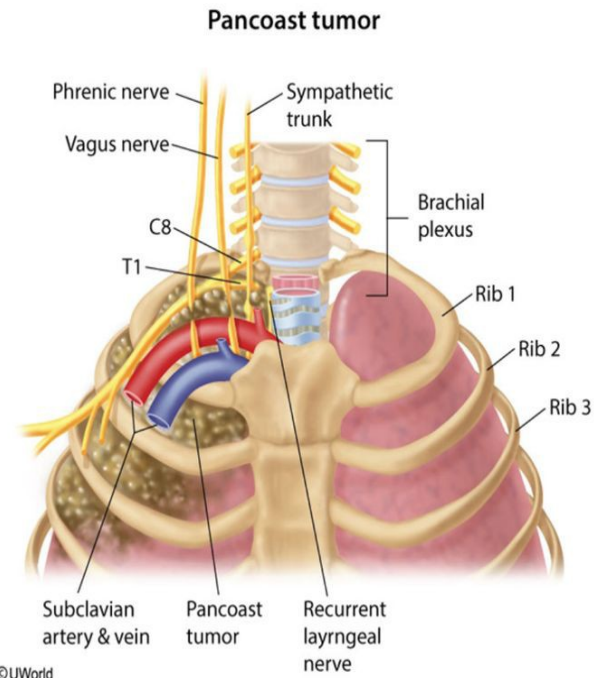
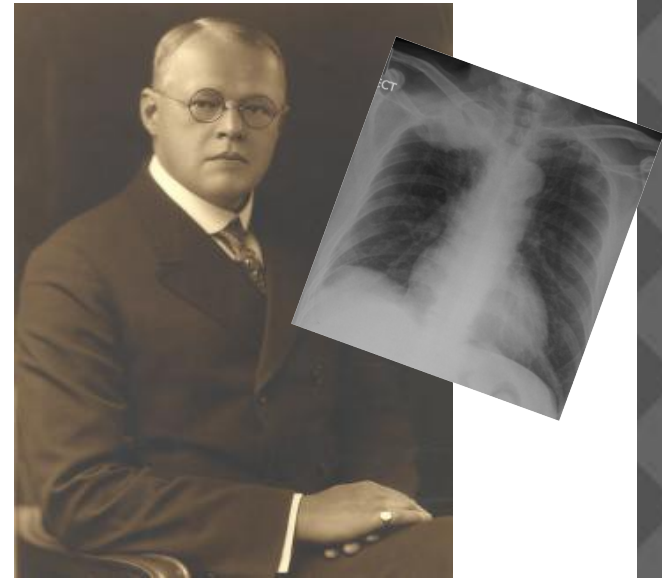
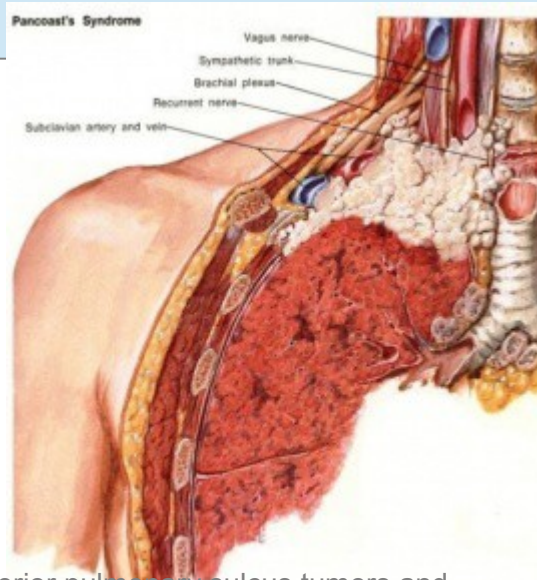


TUMOR DE PANCOAST

Síndrome de Pancoast

- Descrito por primera vez en 1835
- **Henry Pancoast** – Siglo XX

Neoplasia en el vértice pulmonar con extensión local hacia el plexo braquial inferior, cadena simpática cervical inferior y primeros cuerpos vertebrales y costillas.



Manifestaciones clínicas



DOLOR DE HOMBRO

- Síntoma más frecuente e inicial (44-96%)
- Invasión del plexo braquial y/o invasión pleura parietal, fascia endotorácica, primera y segunda costillas, cuerpos vertebrales.
- Puede hacerse continuo y de difícil control.

Manifestaciones clínicas

SÍNDROME DE HORNER

- Ptosis ipsilateral, miosis, enoftalmos, anhidrosis.
- Afectación de cadena simpática paravertebral y ganglio cervical inferior.
- Enrojecimiento y sudoración de cara ipsilateral.
- Signo del arlequín.

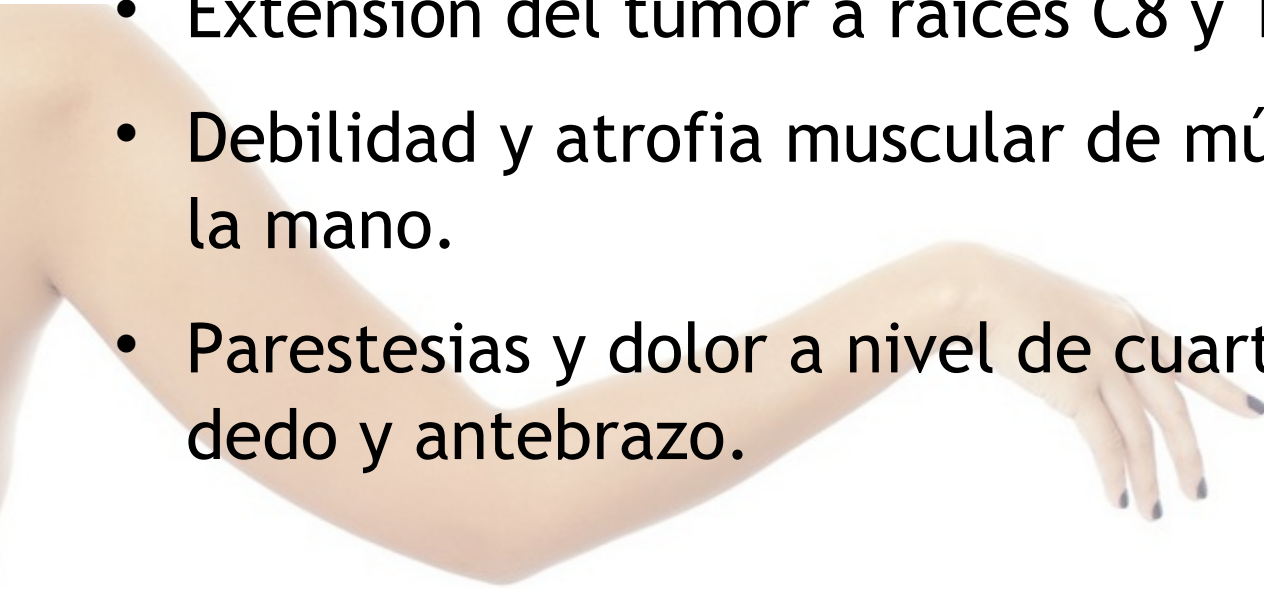


Manifestaciones clínicas

AFECCIÓN MIEMBRO SUPERIOR

- Extensión del tumor a raíces C8 y T1 (8-22%)
- Debilidad y atrofia muscular de músculos de la mano.
- Parestesias y dolor a nivel de cuarto y quinto dedo y antebrazo.

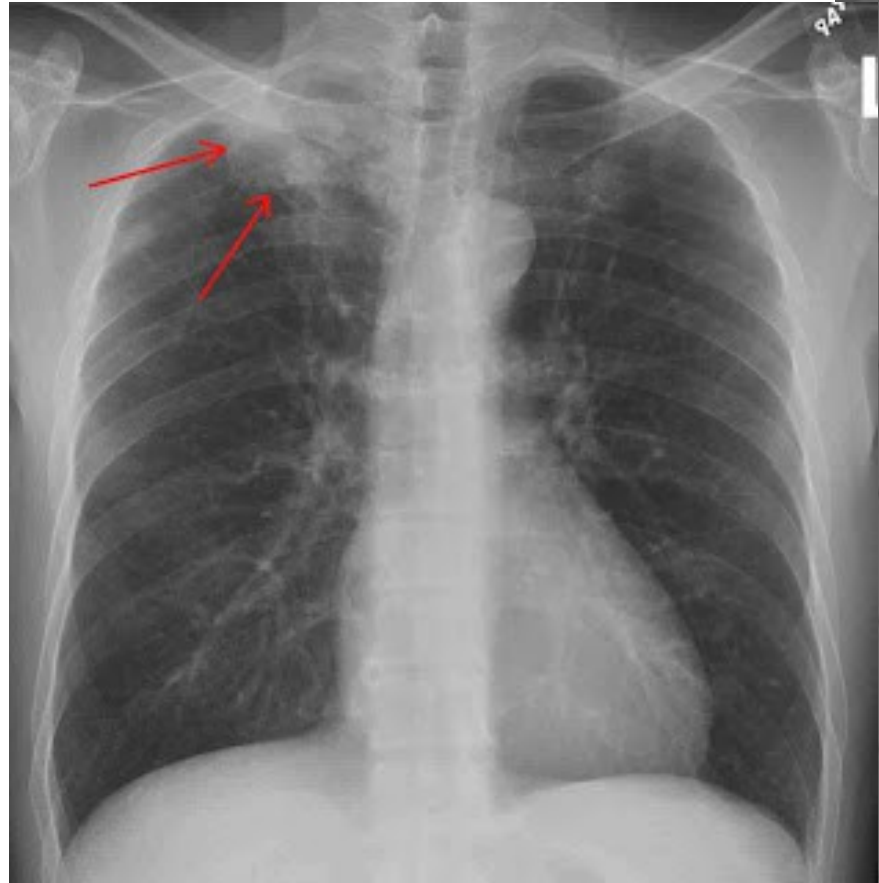
PÉRDIDA DE PESO



Pruebas complementarias

Diagnóstico temprano,
estadiaje.

RX de tórax:
asimetría en
vértices
pulmonares, masa
en vértice,
afectación ósea.



Pruebas complementarias

- **TAC:** extensión, presencia de nódulos satélite, enfermedad del parénquima, mediastino.



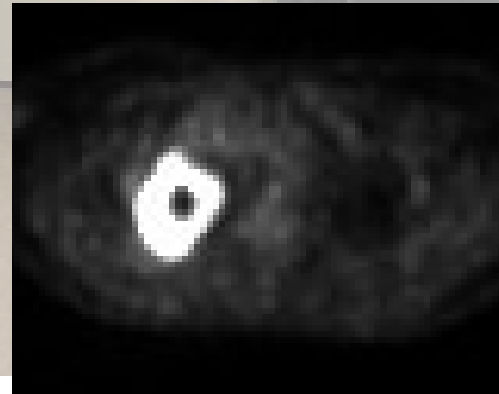
Pruebas complementarias

- **RMN**

- Afectación de plexo braquial y vasos.
- Extensión tumoral a cuerpos vertebrales y canal espinal.
- Cerebral: alta frecuencia mtx.

- **PET**

- Evaluación de mediastino, estadio quirúrgico.
- Metástasis a distancia.



Diagnóstico

Walls WJ, Thornburg JR, Naylor B. Pulmonary needle aspiration biopsy in the diagnosis of Pancoast tumors. Radiology 1974; 111: 99-102.

- BIOPSIA - PAAF
- VATS, toracotomía
- ¿Broncoscopia?
- EBUS
 - Células no pequeñas (NSCLCs)
 - Adenocarcinoma
 - EGFR, ALK



Estadiaoje

T – Primary Tumour		
Tx		Primary tumour cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumour
T1		Tumour 3 cm or less in greatest diameter surrounded by lung or visceral pleura, without evidence of main bronchus
	T1a(mi)	Minimally invasive adenocarcinoma
	T1a	Tumour 1 cm or less in greatest diameter
	T1b	Tumour more than 1 cm but not more than 2 cm
	T1c	Tumour more than 2 cm but not more than 3 cm
	T2	Tumour more than 3 cm but not more than 5 cm; or tumour with any of the following features: Involves main bronchus (without involving the carina), invades visceral pleura, associated with atelectasis or obstructive pneumonitis that extends to the hilar region
	T2a	Tumour more than 3 cm but not more than 4 cm
	T2b	Tumour more than 4 cm but not more than 5 cm
	T3	Tumour more than 5 cm but not more than 7 cm or one that directly invades any of the following: chest wall, phrenic nerve, parietal pericardium, or associated separate tumour nodule(s) in the same lobe as the primary
	T4	Tumours more than 7 cm or one that invades any of the following: diaphragm, mediastinum, heart, great vessels, trachea, recurrent laryngeal nerve, oesophagus, vertebral body, carina; separate tumour nodule(s) in a different ipsilateral lobe to that of the primary

8th Edition of the TNM Classification for Lung Cancer

	N0	N1	N2	N3	M1a	M1b	M1c
T1a	IA1	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1b	IA2	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1c	IA3	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2a	IB	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T3	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB

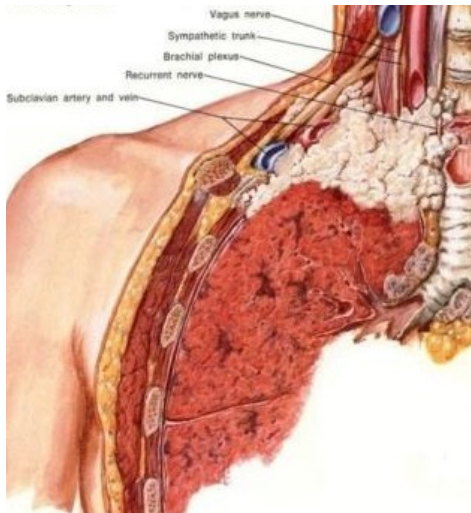
N – Regional Lymph Nodes		
Nx		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N1		Metastasis in ipsilateral peribronchial and/or ipsilateral hilar lymph nodes and intrapulmonary nodes, including involvement by direct extension
N2		Metastasis in ipsilateral mediastinal and/or subcarinal lymph node(s)
N3		Metastasis in contralateral mediastinal, contralateral hilar, ipsilateral or contralateral scalene or supraclavicular lymph node(s)

M – Distant Metastasis		
M0		No distant metastasis
M1		Distant metastasis
	M1a	Separate tumour nodule(s) in a contralateral lobe; tumour with pleural or pericardial nodules or malignant pleural or pericardial effusion
	M1b	Single extrathoracic metastasis in a single organ
	M1c	Multiple extrathoracic metastases in one or several organs

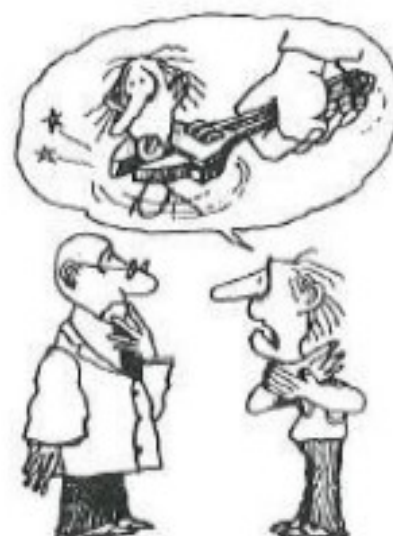
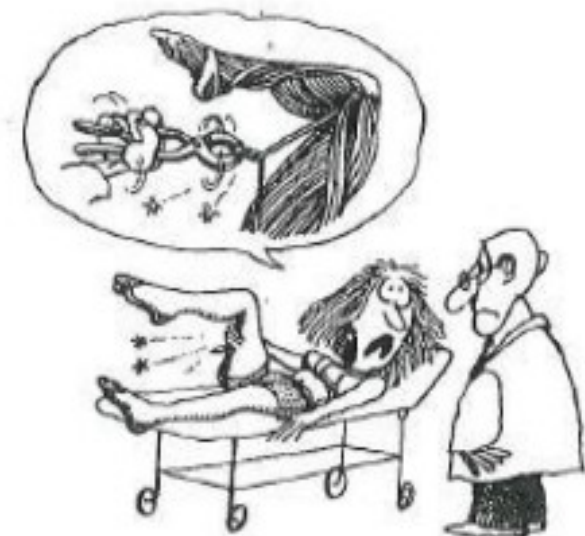
TUMOR PANCOAST

MANEJO ONCOLÓGICO

- COMITÉ TUMORES
- QT-RT (CDDP/VNR) CONCOMITANTE NEOADYUVANTE
 - Mejora las tasas de resección completa
 - Disminuye recaídas locales
 - Impacto supervivencia medio-largo plazo
- VALORAR RESECCIÓN QUIRÚRGICA



**INGRESO POR
MAL CONTROL
DEL DOLOR**



"El dolor es lo que el paciente dice que es.
Es lo que el paciente describe y no lo
que el médico piensa que debe ser".

Quino

Quino - Terapia
1995 ~ ED. GLÉNAT

DOLOR



El dolor pertenece a las experiencias humanas más fundamentales

- Según la OMS el Dolor Oncológico afecta aproximadamente a 3,5 millones de personas en el mundo

En un 50% es de moderado a intenso

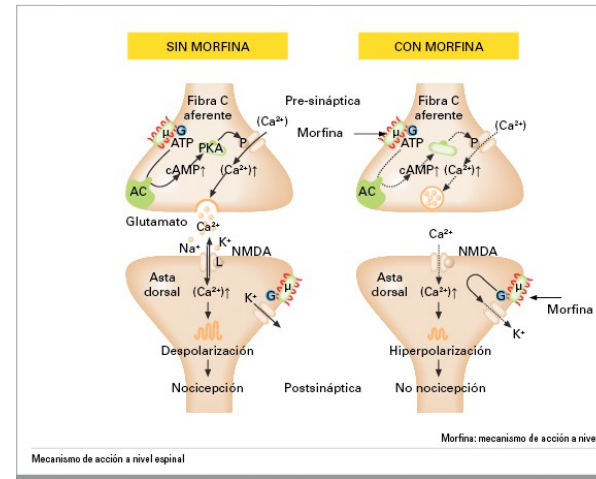
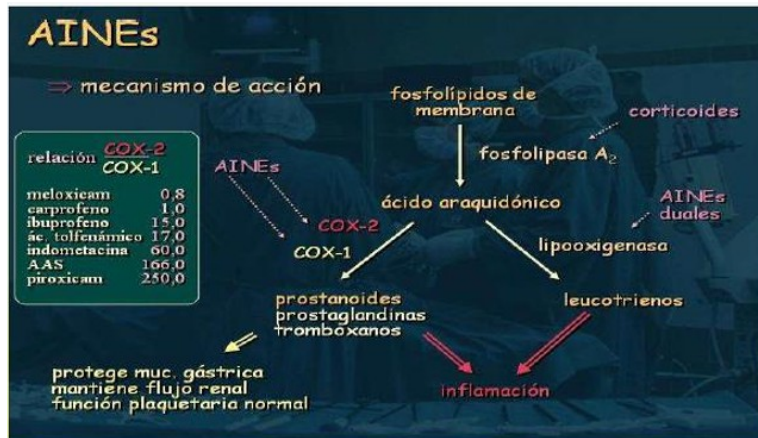
En un 30% es insoportable

En un 50 a 80% no tienen alivio en fase terminal

- Según la OMS del 30 a 50% de pacientes con cáncer tienen dolor por falta de disponibilidad de analgésicos opioides y su mala administración.
- El dolor oncológico ocasiona del 47 al 54% de causas de hospitalización.
- 89% de los pacientes oncológicos han sufrido dolor en el último mes

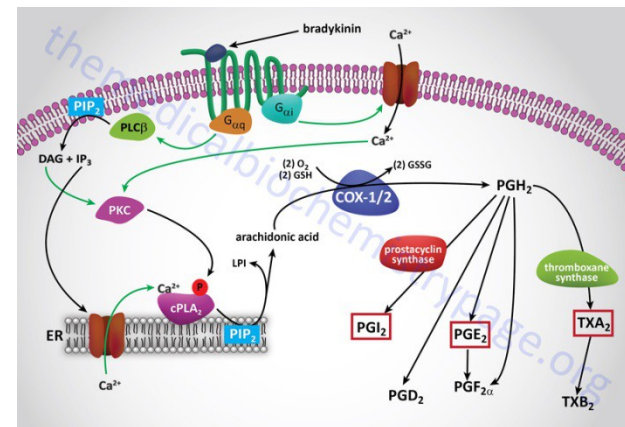
www.who.int/es

Esta charla no va sobre...



Receptor Opiode	Función	Afinidad por péptidos opioides endógenos
μ (mi)	Analgesia espinal y supraespinal, depresión respiratoria, sedación, euforia, miosis y reducción de la motilidad intestinal	Endorfinas*encefalinas*dinorfinas
δ (delta)	Analgesia espinal y supraespinal, depresión respiratoria, reducción del componente emocional, reducción de la motilidad intestinal	Enkefalinas*endorfinas*dinorfinas
K (kappa)	Analgesia espinal y supraespinal, disforia, alucinaciones, sedación, miosis y depresión respiratoria	Dinorfinas*endorfinas*encefalinas

Fuente: Katzung G. Farmacología básica y clínica. Analgésicos opioides y antagonistas



DOLOR

CARACTERÍSTICAS GENERALES

DURACIÓN

- AGUDO
- CRÓNICO

FISIOPATOLOGIA

- NOCICEPTIVO
 - SOMÁTICO
 - VISCERAL
- NEUROPÁTICO
- MIXTO

CARACTERÍSTICAS

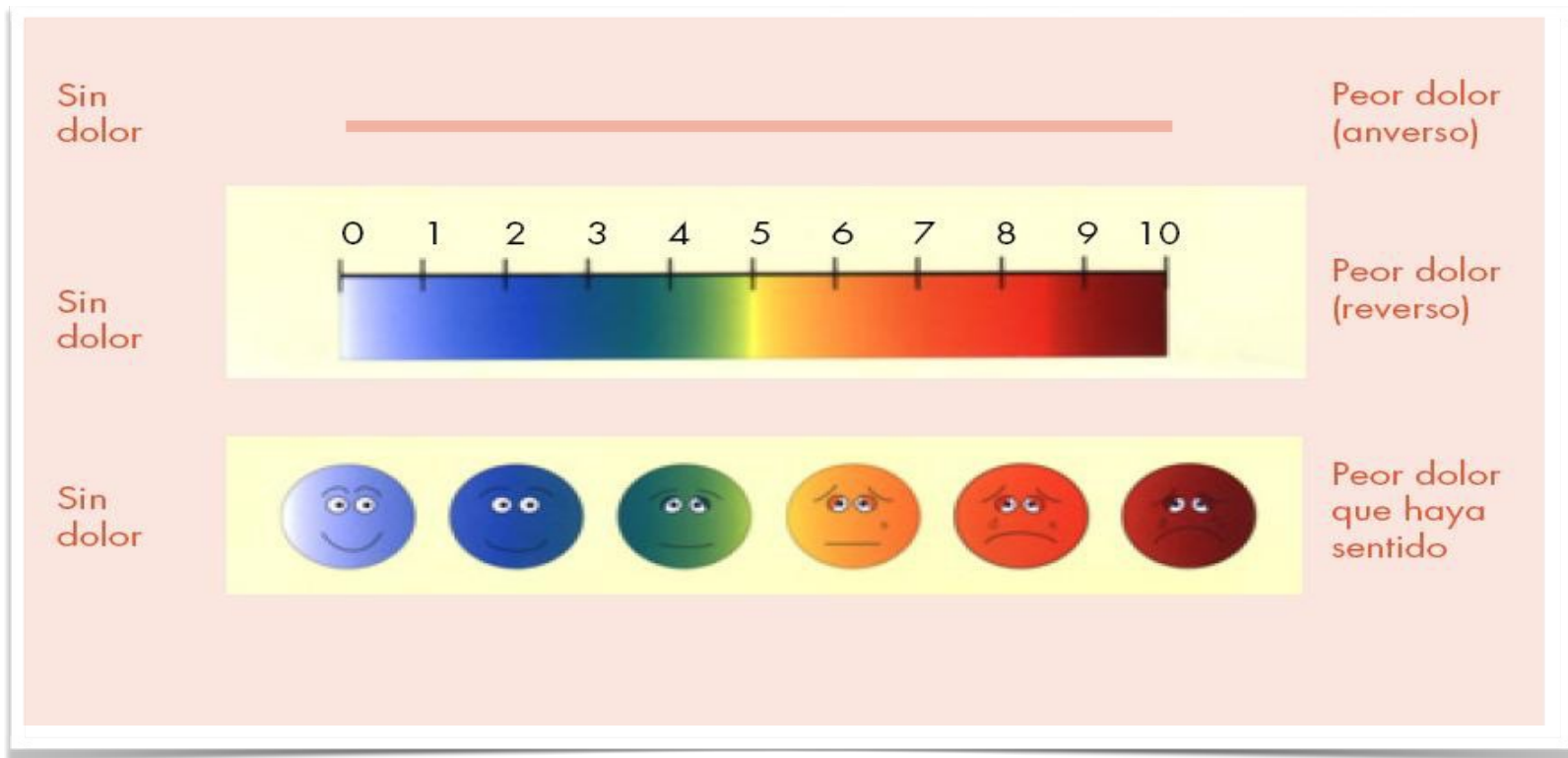
- LOCALIZACIÓN
- INTENSIDAD
- DURACIÓN
- VARIEDAD
- FISIOPATOLOGIA
- RESPUESTA A TTOS PREVIOS
- MEDICACIÓN HABITUAL
- COMORBILIDADES

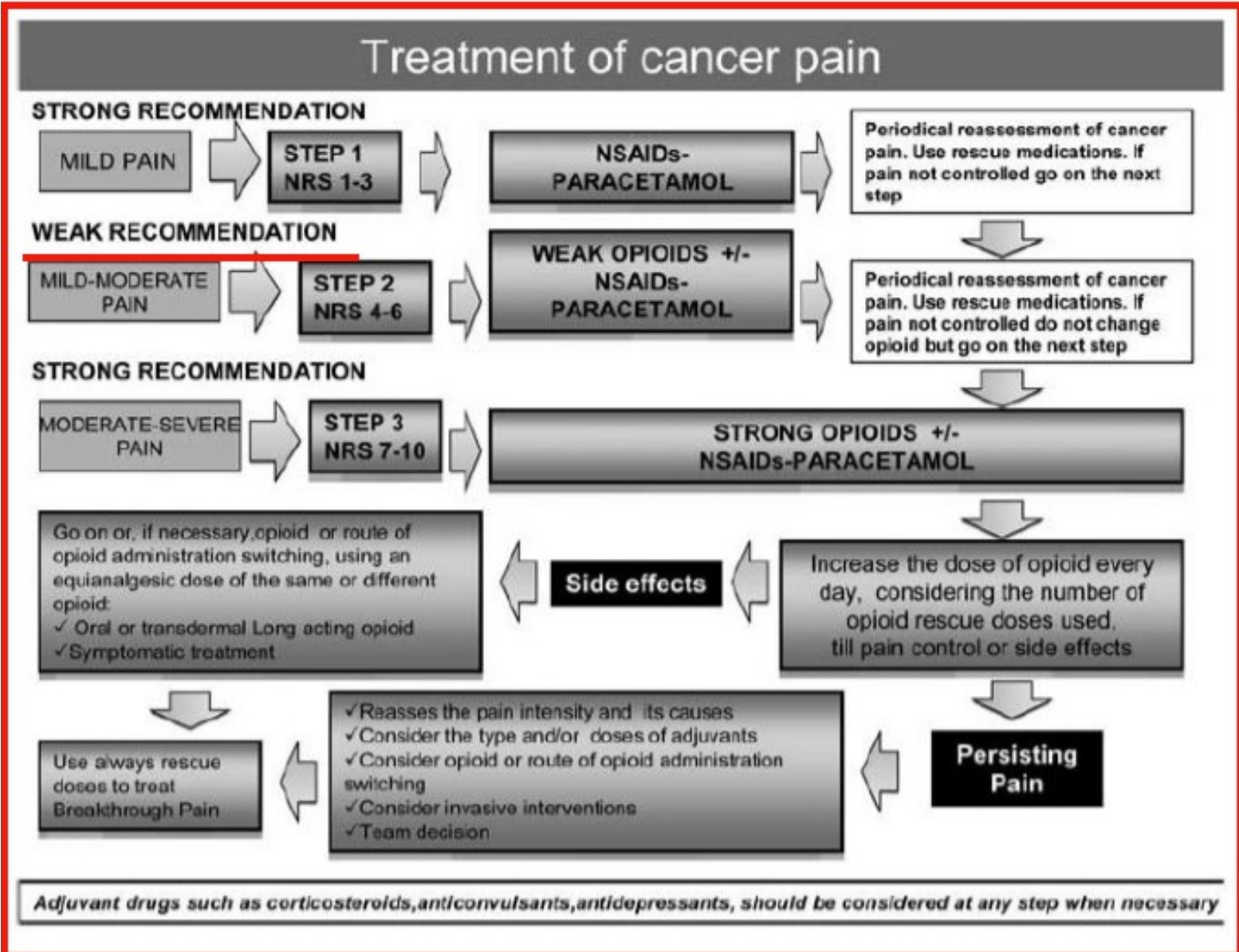
EVALUACIÓN DEL DOLOR

Escala numérica (1-10)

Escala verbal (leve-moderado-intenso)

Escala analógica visual (EVA)





ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

OMS, 1986

EVA 7-10

3

Moderado/Intenso

EVA 4-6

2

Leve/Moderado

EVA 1-3

1

Leve

Dolor persistente o que aumenta

**Opioide fuertes
+ Coanalgésicos
+ No-opioide**

**Opioides
débiles +/-
No-opioide
Coanalgésicos**

**No-opioide +/-
Coanalgésicos**

**Morfina
Fentanilo
Buprenorfina
Oxicodona**

**Codeína
Tramadol**

**AINES
Paracetamol**

PRIMER ESCALÓN

PARACETAMOL Y AINES

- Salicilatos: **Ácido acetilsalicílico**
- Paraaminofenoles: **Paracetamol**
- Acetatos:
 - Indolacéticos: **Indometacina**
 - Pirrolacéticos: **Ketorolaco**
 - Fenilacéticos: **Diclofenaco.**
- Propionatos:
 - Naproxeno**
 - Ibuprofeno**
 - Ketoprofeno/Dexketoprofeno**
- Pirazolonas: **Metamizol**

→ No hay evidencia de que un AINE sea mejor que otro

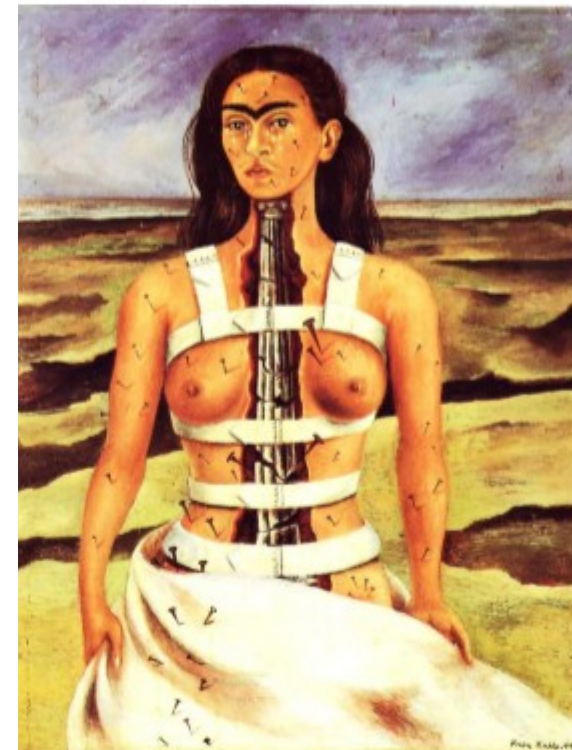
PRIMER ESCALÓN

PARACETAMOL Y AINES

- Salicilatos: **Ácido acetilsalicílico**
- Paraaminofenoles: **Paracetamol**
- Acetatos:
 - Indolacéticos: **Indometacina**
 - Pirrolacéticos: **Ketorolaco**
 - Fenilacéticos: **Diclofenaco.**
- Propionatos:
 - Naproxeno**
 - Ibuprofeno**
 - Ketoprofeno/Dexketoprofeno**
- Pirazolonas: **Metamizol**

- ✓ Usados solos son útiles para dolor leve (EVA 0-3). Nivel de evidencia 1, grado de recomendación A.
- ✓ Actúan bloqueando la enzima ciclooxygenasa, básica para la generación de mediadores del dolor (prostaglandinas).
- ✓ Acción periférica en la zona del daño tisular.
- ✓ Eficaces durante cortos espacios de tiempo (15-20 días).
- ✓ También útiles como adyuvantes de los opioides mayores.

La columna rota



PRIMER ESCALÓN

Paracetamol and NSAIDs are effective drugs for the treatment of cancer pain whatever its intensity as long as their use is not contraindicated and it is for a limited time (level of evidence I, degree of recommendation A). There-

First step recommendations

- It is recommended to use a limited number of the drugs with which you have wide experience and knowledge and keep in mind patient preferences/tolerance.
- Combining two NSAIDs does not improve the analgesic effect and increases toxicity.
- Combinations with opioids may be maintained or introduced at the second and third step of analgesia.
- They do not produce tolerance but do have a therapeutic ceiling and used above the maximum recommended dose do not increase the analgesic effect, but they do increase toxicity.

PRIMER ESCALÓN

EFFECTOS SECUNDARIOS

PARACETAMOL	AINES
Reacciones hipersensibilidad piel	Gastrointestinal (disminuidos con COX2 selectivos)
Dosis tóxicas (10-15 mg): HEPATOTOXICIDAD - Alcohol - Insuficiencia hepática - Ayuno prolongado - Inductores citocromo (isoniazina o antiepilépticos) ANTÍDOTO: ACETIL-CISTEÍNA	CARDIOVASCULAR - Aumento TA 3-6 mmHg - Descompensación ICC - Disminución acción antihipertensivos
	Renal: retención agua, edemas, empeoramiento FR, disminuye actividad diuréticos
	SNC
<i>J Clin Oncol (2014) 32:1677-1690</i>	Plaquetas: inhibe su acción

CONCLUSIONES PRIMER ESCALÓN

- ⊙ Todos tienen techo analgésico: dosis máximas
- ⊙ La eficacia analgésica es similar para todos ellos.
- ⊙ Manejar pocos y conocerlos bien. Considerar experiencias previas y preferencia del paciente.
- ⊙ Valorar el perfil de toxicidad y las comorbilidades . Recordar efectos cardiovasculares (TA) y renales.

Table 1 Nonopioid analgesics (WHO analgesic step I)

Drug	Presentation and usual dose	Time for the onset of action (min)	Precautions	Maximum daily dose
Paracetamol	Tablets, suppositories 500–1000 mg	15–30	Hepatotoxicity	4×1000 mg
Acetylsalicylic acid	Tablets 200, 400, 600 mg	15–30	GI toxicity, allergic reactions, inhibition of platelet aggregation	3×1000 mg
Ibuprofen	Tablets 200, 400, 600 mg	15–30	GI and renal toxicity	4×600 mg
Ketoprofen	Tablets 25–75 mg	30	GI and renal toxicity	4×75 mg
Diclofenac	Tablets 25–50–75 mg	30–120	GI and renal toxicity	4×50 mg
Dexketoprofen	12.5 and 25 mg	30	GI and renal toxicity	4×25 mg
Naproxen	Tablets 250–375–500 mg	30	GI and renal toxicity	2×500 mg

SEGUNDO ESCALÓN

OPIOIDES DÉBILES: CODEÍNA, DIHIDROCODEÍNA Y TRAMADOL

- FUERTES



- DÉBILES

FENTANILO
MORFINA
OXYCODONA
METADONA
HIDROMORFONA
BUPRENORFINA



3r escalón

CODEÍNA
TRAMADOL

SEGUNDO ESCALÓN

TRAMADOL

- Es un analgésico de **acción central agonista μ** con una afinidad moderada, y con una afinidad más débil por los receptores κ y δ ; también actúa inhibiendo la recaptación de **serotonina y noradrenalina**.
- Biodisponibilidad del 70%.
- La dosis máxima es **400 mg/día** (50-100mg/6 h).
- Hay forma **retardada** para tomar cada 12 h.
- Produce menos estreñimiento que la codeína, pero el **mareo** puede ser intolerable en algunos pacientes.

SEGUNDO ESCALÓN

Moderate pain (second WHO analgesic step)

The basis of this treatment is mild opioids (combined or not with drugs in the first step); basically these are codeine, dihydrocodeine and tramadol. There are controlled release forms of all of these which can be of great use for appropriate dosages in the treatment of moderate pain (Table 2); low doses of fentanyl and buprenorphine can also be used transdermally [7, 8].

The limitation is that they have a therapeutic ceiling and, therefore, represent a transitory step in the treatment of chronic cancer pain; some authors have proposed doing away with their use in moderate pain in favour of an early initiation into the third step with low doses of strong opioids, though more studies are needed to prove this theory [9–11].

Second step recommendations

- Analgesics used at this level, such as dihydrocodeine and tramadol, should be prescribed in combination with nonopioid analgesics. (III, C)

CONCLUSIONES SEGUNDO ESCALÓN

- ⊙ Opiodes débiles: codeína, dihidrocodeína y tramadol
- ⊙ Útiles para dolor moderado: EVA 4-6
- ⊙ Grado de recomendación débil
- ⊙ Pueden combinarse con los fármacos de 1er escalón (nivel de evidencia III, grado de recomendación C)
- ⊙ Tramadol: acción compleja. Techo terapéutico. Advertir del mareo.
- ⊙ Uso transitorio de mayor o menor duración
- ⊙ El asc

Table 2 Treatment of moderate cancer pain (WHO step II)

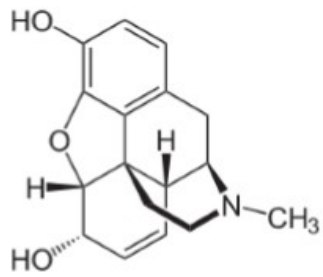
Drug	Presentation	Effectiveness compared to morphine	Time of onset	Maximum dose (mg)	Initial dose without pre-treatment (mg)
P+Dihydrocodeine	Tab 60, 90, 120 mg	0.17	12	240	60-120
Tramadol	Tab 50, 100 mg	0.1-0.2	2-4	400	50-100
Tab. delayed release	100-150-200 mg 0.1-0.2	12	400	50-100	

TERCER ESCALÓN

Morfina
Fentanilo
Oxicodona
Naloxona
Hidromorfona
Buprenorfina
Tapentadol

- Dolor oncológico intenso (EVA 7-10)
- Carecen de techo terapéutico (efectos secundarios)
- Piedra angular del dolor crónico oncológico
- Gold-standard: morfina
 - Experiencia y seguridad
 - Versatilidad: múltiples vías de administración y duración de acción
 - Precio
 - Disponibilidad





TERCER ESCALÓN

MORFINA

Dosificación inicial Morfina acción rápida (LR) o Solución Acuosa Morfina (SAM): 30-60mg diarios

TITULACIÓN

Dosis inicial: 5-10 mg/4 horas vo

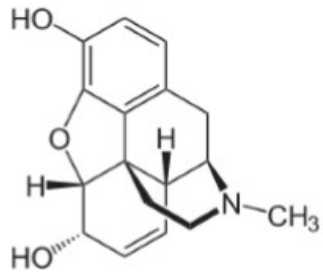
- Ancianos, pacientes frágiles, insuficiencia renal: dosis inicial 5 mg/6-8 horas
- Prescribir laxantes y antieméticos profilácticos
- Pautar rescates en caso de dolor: 1/6 dosis diaria 5 mg de rescate

Ajuste dosis

Doblar dosis nocturna para no despertar al paciente

Ej: 8 h-12 h-16 h-20 h-24 h-4 h
5-5-5-5-5-10

- Incrementar la dosis diaria según los rescates requeridos en las últimas 24 horas
- Si desconocemos dosis extras: incrementos 1/3: 5-10-15-20-30-45-60-90-120



TERCER ESCALÓN

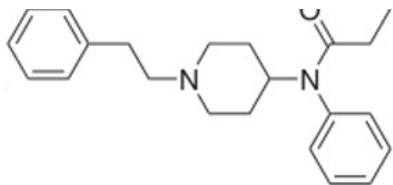
MORFINA

Pasar a morfina liberación controlada

- Dividir por dos la dosis total diaria
- 1ª dosis: debe coincidir con la última toma de MFN/4 h
- Rescates 1/6 dosis diaria
- Si dolor basal estable pero dolor irruptivo: fentanilo transmucoso

Dosis inicial: 10 mg/12 horas vo

Dosis extra: morfina de LR (10-20% dosis total)



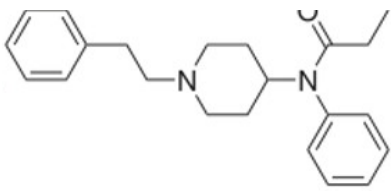
TERCER ESCALÓN

FENTANILO

100 veces más potente que la morfina (FNTL 100 mcg IV=10 mg MFN, FNTL TTS 25 mcg/h=60 mg MFN oral)

FORMAS DE PRESENTACIÓN

TRANSDÉRMICO	-No indicado si se precisa ajuste rápido de analgesia -Disponible parches 12-25-50-75-100 mcg/h -Útil si disfagia/odinofagia, mala adherencia vía oral, problemas GI (menos estreñimiento que morfina)
PARENTERAL	-Alivio rápido del dolor -Recomendado si alteraciones tracto G-I, oclusión -Recomendado su uso en infusión continua SC o IV
TRANSMUCOSO ORAL, NASAL	-Dolor crónico episódico



TERCER ESCALÓN

FENTANILO

5



- Dosis inicial desde 2º escalón: 12-25 µg/h cada 72 horas
- Dosis extra: MFN 1/3 dosificación del parche, FNTL transmucoso titular

- Cambiar rotatoriamente la zona de aplicación
- Aprox 14% pacientes precisan cambio de parche a las 48 horas por dolor
- Aumento temperatura (fiebre, mantas eléctricas, exposición solar) aumenta la absorción: riesgo intoxicación

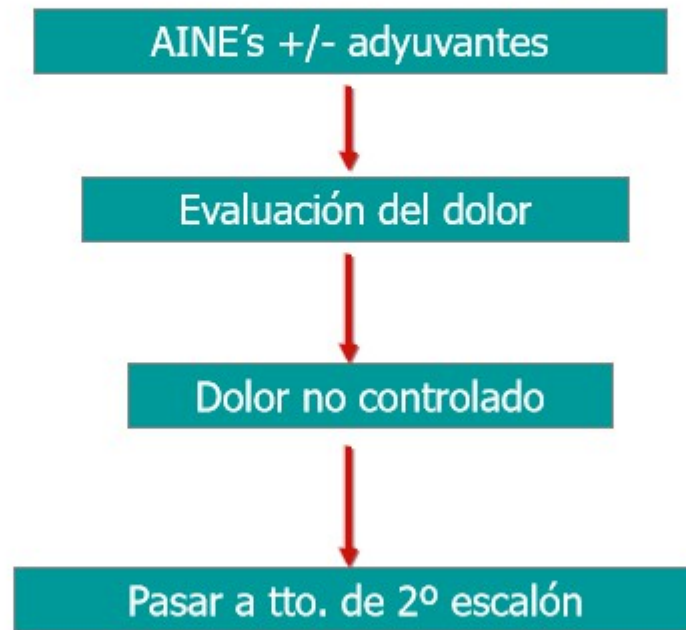
6



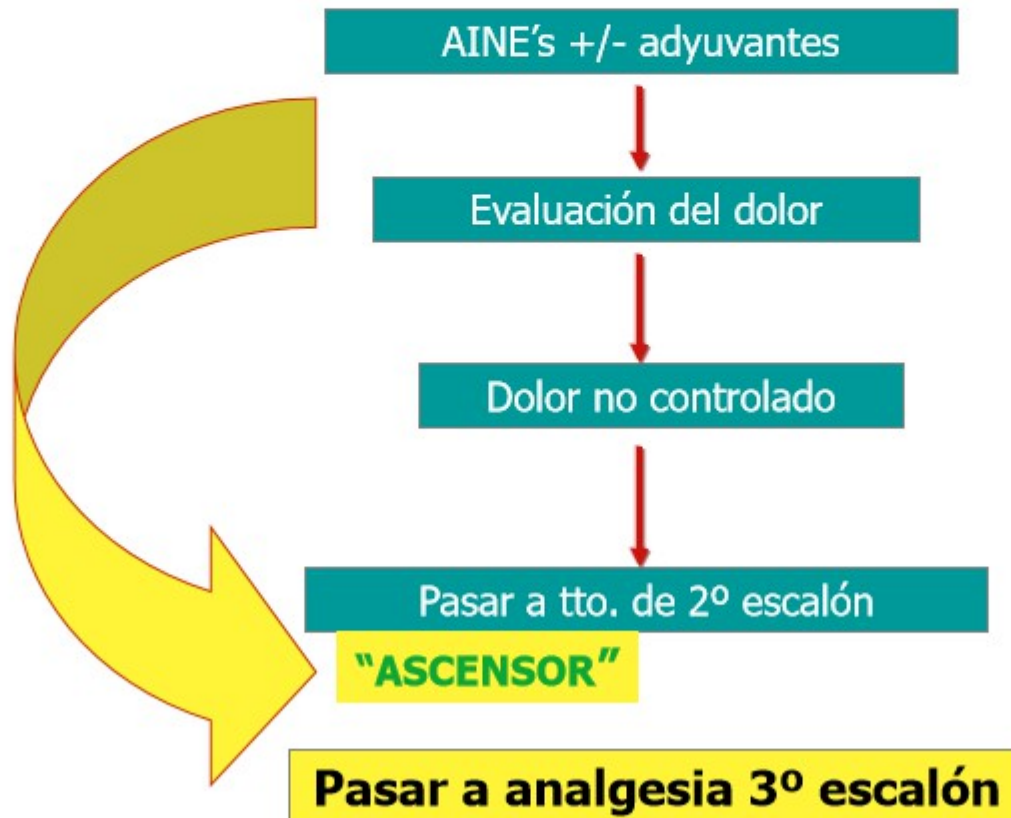
Ajuste dosis

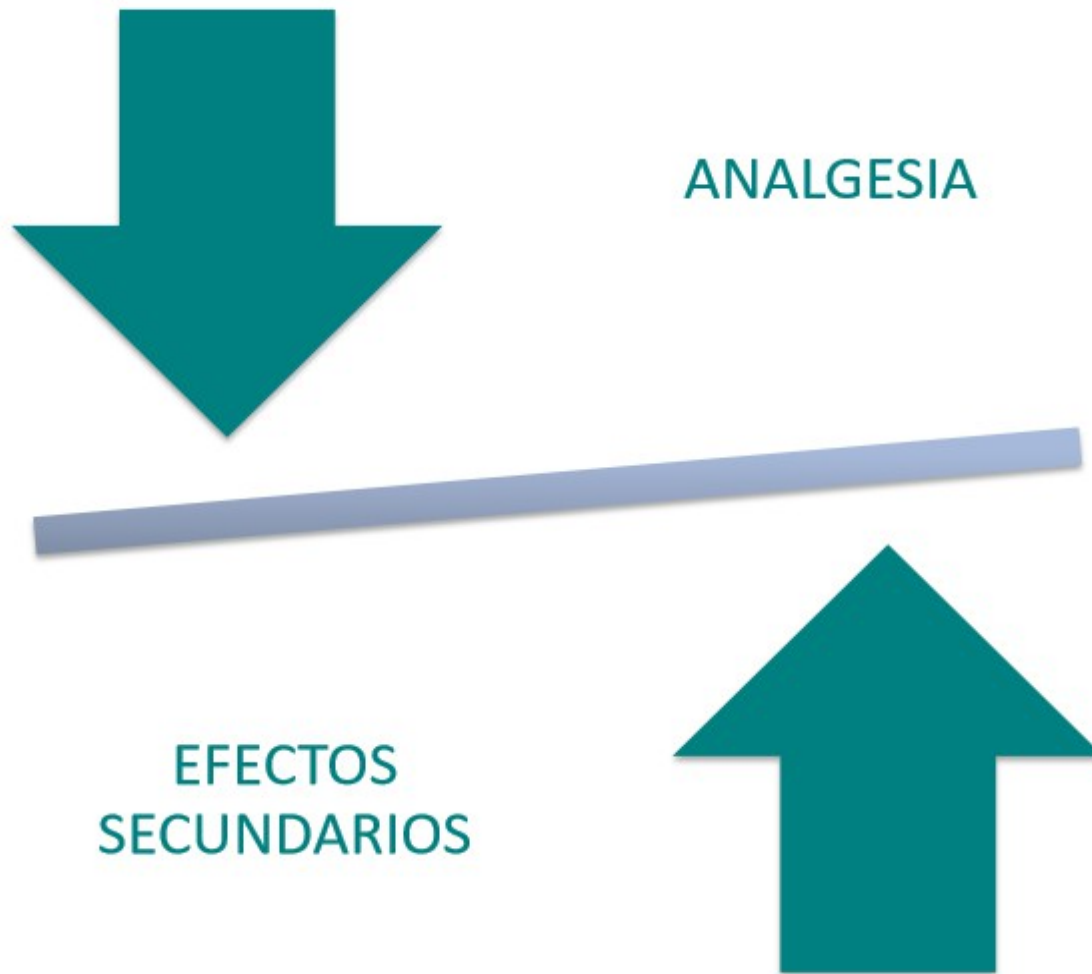
- Si a los 2 días, el paciente precisa ≥ 3 rescates diarios: incrementar el parche 25 µg
- 50% pacientes precisan aumentar parche tras los 3 primeros días
- Los parches pueden cortarse para individualizar mejor la dosis

CONCEPTO DE ASCENSOR ANALGÉSICO



CONCEPTO DE ASCENSOR ANALGÉSICO





ANALGESIA

EFECTOS
SECUNDARIOS

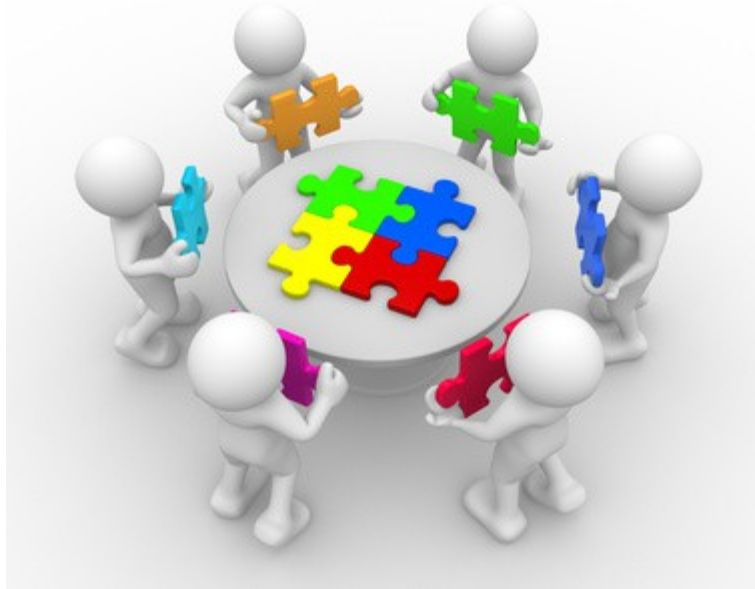
EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES TERCER ESCALÓN

- **Estreñimiento** → lactulosa 1 sobre cada 8 horas
- **Náuseas y vómitos** → metoclopramida 10mg/8 horas antes de las comidas
- **Somnolencia**
- **Retención urinaria**
- **Boca seca (xerostomía)** → medidas locales de hidratación
- **Depresión respiratoria**
- **Neurotoxicidad** (alteraciones cognitivas, síndrome confusional, etc.)
- La **NALOXONA** es el “antídoto” por una sobredosificación de opioides

Clin Transl Oncol (2012) 14:499-504

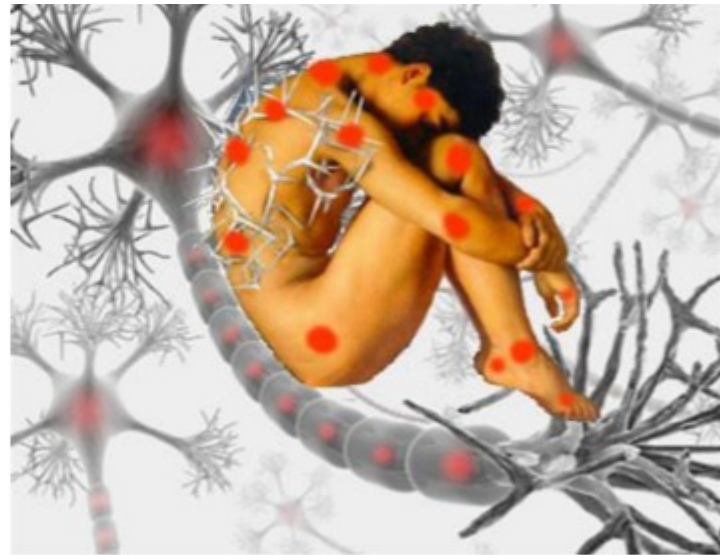
OTROS TRATAMIENTOS PARA EL DOLOR

- RADIOTERAPIA
- CIRUGIA
- UNIDAD DEL DOLOR



DOLOR NEUROPÁTICO

- ❑ Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o una disfunción en el sistema nervioso.
- ❑ Mala respuesta a tratamientos habituales del dolor (AINES y analgésicos convencionales)
- ❑ Frecuentemente infradiagnosticado



DOLOR NEUROPÁTICO

Sensitivos

- ☐ **Parestesia:** Sensación anormal, no desagradable.
- ☐ **Alodinia:** Dolor debido a estímulos que normalmente no son dolorosos.
- ☐ **Hiperalgesia:** Respuesta incrementada a estímulos normalmente dolorosos.
- ☐ **Disestesia:** Sensación anormalmente molesta, espontánea o evocada.
- ☐ **Dolor urente** continuo o quemante: “quemazón”, “escozor”, “fuego”, “pinchazos”.
- ☐ **Dolor paroxístico lancinante:** “calambres”, “latigazos”, “corriente eléctrica”.

Motores

- ☐ Debilidad muscular
- ☐ Atrofia



Autonómicos

- ☐ Hipotensión ortostática
- ☐ Impotencia
- ☐ Retención urinaria
- ☐ Paresias gastrointestinales
- ☐ Mareos

DOLOR NEUROPÁTICO

Sistémico	Antidepresivos tricíclicos (TCA)	Amitriptilina Nortriptilina Imipramina Desipramina
	Inhibidores de la recaptación Serotonina y Noradrenalina (SNRI)	Duloxetina Venlafaxina
	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina(SSRI)	Paroxetina Citalopram Fluoxetina Gabapentina
	Anticonvulsivantes	Pregabalina Carbamazepina Fenitoína
	Opioides	Tapentadol Tramadol Buprenorfina Morfina Oxicodona
	Otros analgesicos	Metamizol
Tópico	Bloqueante de los canales de sodio	Lidocaína apósito (PHN)
	Agonista del receptor vainilloide	Capsaicina

De primera elección: TCA y anticonvulsivantes

FÁRMACOS COADYUVANTES

- ✓ Fármacos no primariamente analgésicos en sus características farmacológicas
- ✓ En clínica: efecto analgésico o propiedades aditivas a la analgesia de opioides
- ✓ En cualquier escalón de la escalera analgésica
- ✓ Añaden un efecto único en dolor resistente



FARMACOS COADYUVANTES

1. Antidepresivos
2. Anticonvulsivantes
3. Benzodiacepinas
4. Bifosfonatos, denosumab, calcitonina
5. Clonidina epidural
6. Miorrelajantes
7. Anestésicos locales
8. Antagonistas NMDA
9. Cannabinoides
10. Corticoides
11. Capsaicina

FARMACOS COADYUVANTES

ALGUNOS EJEMPLOS

Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina 12,5-25 mg/d por la noche

ISRN: eficaces polineuropatía diabética

- ⊙ Venlafaxina: 37,5 mg/d. hasta 75-225 mg/d
- ⊙ Duloxetina: 20-30 mg/d. hasta 60-120 mg/d Evidencia en DN asociado a QT.

Anticonvulsivantes:

- ⊙ GABAPENTINA: 100-300 mg/noche
- ⊙ PREGABALINA: 50 mg/8-12h

Diazepam: cierta evidencia en espasmos musculares

*Am J Hosp Palliat Care; 28 (5): 378-83 J Clin Oncol
2014; 32 (16): 1677*

TRATAMIENTO FINAL DE NUESTRA PACIENTE...

- Lyrica 75 mg/12h
- Neurontin 300mg/8h
- Fentanilo parche 75 mcg/72 h
- Abstral 200mg si dolor, repetible cada 4h

CONCLUSIONES DOLOR

- Primer escalón: Manejar pocos y conocerlos bien. Efectos secundarios. Techo analgésico.
- Segundo escalón: ascensor analgésico los obvia
- Tercer escalón: titulación. Pasar directamente si dolor mal controlado. Ajustar efectos secundarios.
- Dolor neuropático: Infradiagnosticado. Antidepresivos y anticonvulsivantes.

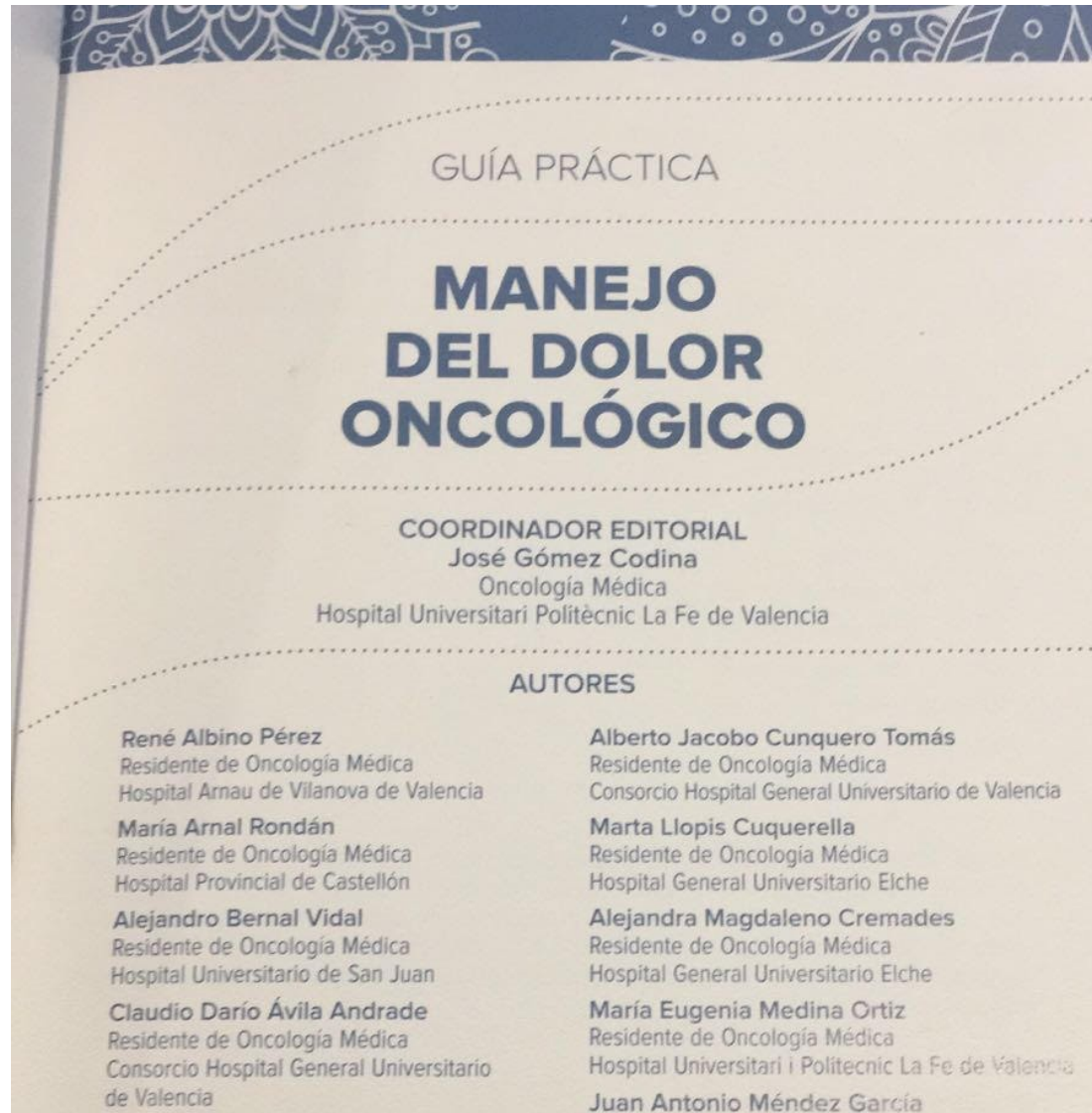
Conclusiones generales

- No todas las neoplasias de pulmón cursan con los síntomas habituales.
- Un paciente que consulta repetidas veces por lo mismo puede estar escondiendo otra patología.
- El dolor es un síntoma infratratado y merece un correcto manejo.
- No todas las causas de dolor son iguales y reciben tratamientos diferentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Virizuela J, Escobar Y, Cassinello J. Borrega, P. Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice. Clin Transl Oncol (2012) 14:499-504
2. Vardy J, Agar M. Nonopioid Drugs in the Treatment of Cancer Pain. J Clin Oncol (2014) 32:1677-1690
3. Ripamon CI, Santin D, Manzano E. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 23 (Supplement 7) (2012): vii139-vii154.
4. Arcasoy SM, Jett JR. Superior pulmonary sulcus tumors and Pancoast's syndrome. New Engl J Med 1997; 337: 1370-6.
5. Heelan RT, Demas BE, Caravelli JF. Superior sulcus tumors: CT and MR imaging. Radiology 1989; 170: 637-4
6. Walls WJ, Thornburg JR, Naylor B. Pulmonary needle aspiration biopsy in the diagnosis of Pancoast tumors. Radiology 1974; 111: 99-102.

BIBLIOGRAFIA



GRACIAS

