

pacientes ≥ 75 años). La aparición de la analgesia tuvo lugar en < 10 min en un 85 % de ancianos jóvenes y un 62,5 % de ancianos mayores ($p > 0,05$). Los episodios de DIO duraron < 15 min en un 75,0 % de pacientes de 65-74 años y un 58,3 % de pacientes ≥ 75 años ($p = 0,2455$). La mayoría de individuos de ambos grupos experimentaron de 1 a 5 episodios diarios de DIO.

La incidencia de AE fue menor en los ancianos jóvenes que en los mayores (10,0 % vs. 29,2 %, $p > 0,05$), lo que sugiere un incremento de los AE con la edad. Los AE más comunes incluyeron náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia y problemas dérmicos. Mayoritariamente, estos AE fueron leves o moderados.

Discusión: El subanálisis mostró un rápido alivio del dolor en ambos grupos, aunque en un mayor porcentaje de ancianos jóvenes ($p > 0,05$). Estos resultados están en consonancia con investigaciones previas que sugieren que el envejecimiento afecta a la respuesta del opioide utilizado para tratar el DIO.

Los ancianos jóvenes experimentaron un menor número de episodios de DIO, pero necesitaron un incremento de dosis o un cambio de tratamiento más frecuentemente que los ancianos mayores. Esta respuesta acentúa uno de los grandes retos en el manejo del DIO: la percepción del dolor. La mayoría de pacientes ancianos suele percibirlo como una parte normal del envejecimiento y tienden a estar más satisfechos con su tratamiento a medida que envejecen. Esto puede interferir en la valoración y posterior manejo del dolor, y explicaría las diferencias observadas entre ancianos.

Las principales limitaciones de este estudio incluyen el pequeño tamaño muestral, que proporciona un bajo poder estadístico, y la valoración subjetiva del dolor, posiblemente influenciada por una variedad de factores psicosociales.

No obstante, el presente trabajo constituye un primer análisis exploratorio sobre las disparidades entre ancianos en el tratamiento del DIO con CFS, en términos de eficacia y tolerabilidad.

Conclusiones: Los resultados de este estudio mostraron que el CFS fue bien tolerado y eficaz en la reducción de la intensidad y duración de los episodios de DIO, proporcionando un alivio del dolor clínicamente significativo en ambos grupos de edad (64-75 años y ≥ 75 años). Nuestros datos subrayan la necesidad de estudios adicionales, puesto que el tratamiento del dolor en población anciana es complejo y está afectado por cambios relacionados con la edad.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido financiado por Kyowa Kirin Farmacéutica SLU. Los autores recibieron financiación de Kyowa Kirin Farmacéutica SLU para la investigación en este estudio.

Los autores agradecen a Blanca Martínez Garriga su ayuda en la redacción médica, en nombre de Trialance (www.trialance.com).

Bibliografía:

1. Guitart J, Vargas MI, de Sanctis V, et al. Breakthrough pain management with sublingual fentanyl tablets in patients with cancer: Age subgroup analysis of a multicenter prospective study. *Drugs R D*. 2017;17(3):419-45.
2. Guitart J, Vargas MI, de Sanctis V, et al. Sublingual fentanyl tablets for relief of breakthrough pain in cancer patients and association with quality-of-life outcomes. *Clin Drug Investig*. 2015;35(12):815-822 (Erratum in: *Clin Drug Investig*. 2016).

P-209 LUMBALGIA CRÓNICA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE RECIDIVA DE CÁNCER DE COLON

M. Turmo Tejera, M. J. García Rodríguez, J. C. Castillo Velasco, M. D. Moreno Rey, A. Martínez Navas
Hospital Universitario de Valme, Sevilla

Palabras clave: lumbalgia crónica, cáncer de colon.

Introducción: Conseguir un correcto diagnóstico de lumbalgia crónica es a menudo difícil debido a la etiología múltiple de este síntoma. Describimos el caso de una paciente de 76 años con antecedente de cáncer de colon hace 8 años en aparente remisión en el momento de la consulta, su dolor se le atribuyó en un primer momento a un posible síndrome miofascial piramidal izquierdo.

Caso clínico:

Motivo de atención: 27/12/2017. Paciente que acude derivada por atención primaria como primera consulta a nuestra unidad por dolor en región perianal y lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo.

Antecedentes personales: no RAM; HTA, Ca de colon diagnosticado en 2010, tratamiento quirúrgico con RT y QT preoperatorias.

Coxartrosis, espondiloartrosis y discopatía degenerativa L5-S1.

IQ: herniorrafia inguinal, apendicectomía, Resección anterior ultrabaja sin incidencias anestésicas.

Cuadro clínico del dolor: la paciente refiere dolor de unos dos años de evolución en región lumbar, perianal e inguinal de predominio izquierdo de características mixtas con irradiación por la parte posterior a miembro inferior izquierdo alcanzando pie y los 5 dedos también de características mixtas describiendo sensación de descargas eléctricas sin parestesias. El dolor disminuye con la deambulación. Buen descanso nocturno. Control parcial de la sintomatología con tratamiento analgésico.

EVA basal 3-4. EVA máximo 7/10 DN4 4/10.

Tratamiento en el momento de la consulta: tapentadol 25 mg vo/12 h y metamizol 575 mg vo/8 h.

Exploración: Lasegue negativo bilateral.

No hiperalgesia a la palpación de apófisis espinosas. No puntos trigger facetarios. Puntos trigger músculo piramidal izquierdo. Hiperalgesia a la sedestación y al cruce de la pierna izquierda sobre la derecha.

Pruebas complementarias en el momento de la consulta: RMN lumbar mayo 2017: espondilolistesis L5-S1 grado I. Protrusiones L3-L4, L4-L5, L5-S1 con reducción significativa forámenes lado izquierdo, sin claro compromiso radicular. Tras la administración de contraste intravenoso no se visualizan imágenes ni realces patológicos.

RMN pelvis mayo 2017: no se advierten alteraciones dignas de mención.

Densimetría junio 2017: dentro de la normalidad.

Gammagrafía ósea septiembre 2017: dilatación ureterocalicial.

Proponemos realización en acto único de bloqueo diagnóstico de músculo piramidal izquierdo guiado por ecografía.

Tras la realización del bloqueo piramidal realizamos consulta telefónica a los 2 meses con mejoría de un 60 % que aún se mantenía en el momento de la llamada.

En consulta presencial a los 10 meses nos comenta haber tenido recidiva metástasis tumoral riñón izquierdo en TAC realizado a finales de enero 2018.

Se había realizado también TAC en julio 2018 con ureterohidronefrosis riñón izquierdo donde no se apreciaban LOE concluyentes de metástasis en estructuras óseas.

La paciente en ese momento está con dolor en zona lumbar que se irradia en esta ocasión a MID hasta rodilla de características nociceptivas, con peor control del dolor.

Pendiente de un nuevo TAC de abdomen donde supimos resultados 15 días más tarde, se visualiza fractura aplastamiento del cuerpo vertebral L1 con pérdida de altura de 50 y 70 % con afectación del muro posterior introducción al menos de 9 mm en el canal raquídeo.

Se realiza nueva consulta presencial donde se optimiza tratamiento farmacológico con fentanilo TD y con fentanilo transmucoso de rescate, además se decide consulta virtual en unidad de Raquis (formada por un especialista en traumatología, en rehabilitación y en dolor crónico) donde se solicita RMN para completar estudio: RMN diciembre 2018: hallazgos compatibles con metástasis ósea en L1 que condiciona fractura y compromiso canal medular y agujeros de conjunción en dicho nivel.

Actualmente tratamiento conservador, dolor controlado y seguimiento mediante consulta telefónica por nuestra unidad.

Discusión: El diagnóstico de las lumbalgias crónicas tienen dos dificultades esenciales, la primera es su etiología tan variada y la segunda es que la clínica y las pruebas de imagen no siempre se relacionan. El hallazgo de alteraciones patológicas en pruebas de imágenes en pacientes sin dolor o con clínica no compatible así como el caso contrario, pacientes con dolor pero con pruebas comple-

mentarias dentro de la normalidad nos hacen reflexionar sobre la importancia de una buena historia clínica basada en una anamnesis y exploración completas para llegar a un juicio clínico concreto.

Conclusiones: Realizar un buen diagnóstico diferencial de las lumbalgias crónicas es frecuentemente difícil. Las habitualmente llamadas banderas rojas (red flags) son una serie de signos y síntomas que deben alertarnos ante la posibilidad de una patología grave. Los pacientes con antecedentes oncológicos deben hacernos prestar especial atención ante una posible recidiva o metástasis que esté provocando el cuadro, en este caso quizás se podría haber diagnosticado con mayor prontitud y haber adecuado el tratamiento si se hubiera enfocado el diagnóstico solicitando nueva prueba de imagen desde la primera consulta.

Bibliografía recomendada:

1. Rodríguez Navarro MA, et al. Dolor lumbar como manifestación inusual de una valvulopatía: ejemplo de la dificultad del diagnóstico etiológico de las lumbalgias crónicas. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(5):284-7.

P-210 DOLOR IRRUPTOR INCIDENTAL VOLITIVO. RETOS EN EL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

R. Ching López, Y. Rojas Vallejo, P. Galván Banqueri, R. Gálvez, R. Ching López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Palabras clave: *oncología, drogas, adicción, fentanilo, DIO.*

Introducción: El dolor irruptor oncológico (DIO) es un síntoma frecuente e invalidante en el paciente oncológico, por lo que su estudio ha cobrado una mayor relevancia en los últimos años. Presentamos un caso de DIO en una paciente drogodependiente, en base a la cual analizaremos la vía de administración del fentanilo sublingual, asegurando su eficacia y seguridad.

Caso clínico: mujer de 55 años, VIH sin carga viral, VHC, enolismo, consumo de cocaína y tabaquismo activos que no cesaron durante el tratamiento oncológico, y exadicción a drogas de vía parenteral en tratamiento con metadona. Consulta en el Servicio de Cirugía Maxilofacial por odinodisfagia con cuadro constitucional de 2-3 meses de evolución, asociando pérdida ponderal de 12-13 kg.

A la exploración, ECOG 0. Aceptable estado general.

Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Caquéctica.

- Cabeza y cuello: ocupación por lesión crateriforme en hemipaladar blando derecho-trígono retromolar de