

5 cm de diámetro. No adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares.

- Auscultación cardiopulmonar y abdominal anodinas.
- Miembros superiores: múltiples cicatrices de larga data de venopunción y abscesos previos. Miembros inferiores sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- Diagnóstico anatomopatológico y estadificación: carcinoma epidermoide orofaríngeo junto con tumoración en borde lingual izquierdo sincrónica estadio IVA (cT4N2bMx) PD-L1 (2+).
- TAC cervical, facial y torácico: tumoración de 59 × 25 × 37 mm con extensión desde la porción más superior del pilar amigdalino derecho ocupando todo el espacio parafaríngeo derecho y el borde posterior lingual y del suelo de la boca hasta el espacio preepiglótico y el repliegue aritenopiglótico derecho, así como adenopatías metastásicas submaxilares y del tercio medio de la cadena yugular interna derecha y de la porción superior del espacio cervical posterior derecho; paralelamente, imagen en borde lingual izquierdo sugestiva de tumoración coexistente en esta localización. En el TAC torácico se detectaron dos nódulos espiculados de dudoso valor en lóbulo superior derecho.
- PET-TAC: captación débil sobre nódulos pulmonares descritos en TAC, inespecíficos, y dos focos hipermetabólicos sobre adenopatías en niveles II y III derechos sugerentes de afectación neoplásica.

**Tratamiento:** Siguiendo el protocolo asistencial vigente, inició radioquimioterapia concomitante con intención radical y se realizó gastrostomía percutánea profiláctica. Completó tratamiento con IMRT a dosis 50 Gy sobre niveles ganglionares II-III-IV-V bilaterales + nivel Ib derecho y hasta 70 Gy sobre la lesión macroscópica y adenopatías clínicamente positivas. Concomitante, recibió 3 ciclos de CDDP, precisando reducción de dosis del 25 % en los dos últimos.

**Evolución:** Durante el tratamiento oncológico, su estado inmunológico se deterioró, iniciando tratamiento antirretroviral que aún mantiene. Asimismo, presentó oromucositis y esofagitis grado III con dolor basal y picos de dolor irruptor volitivo incidental asociados a deglución, alcanzando una disfagia casi completa con EVA basal 5/10 y EVA picos 8/10, siendo necesarios varios ingresos hospitalarios para control sintomático. Por ello, se modificó analgesia con fentanilo parche transdérmico 12 mcg/72 h, dexketoprofeno sobres 25 mg/8 h, metamizol 575 mg/8 h, gabapentina 300 mg/8 h, metadona a su dosis habitual y fentanilo de acción rápida 200 mcg comprimido para chupar previo a las comidas, que posteriormente precisó subir a 400 mcg. En TAC cérvico-torácico de control se refería respuesta casi completa y lesión espiculada de nueva aparición en llingula, compatible con metástasis pulmonar. Se solicitó estudio de mutación PD-L1 (test IHC CLON 22C3), positivo (2+), por lo que inició nivolumab. En reevaluación por TAC tras 8 ciclos se apreciaba

estabilización tumoral. Tras la administración del décimo ciclo, inició cuadro de infección respiratoria, confirmándose en cultivo de esputo infección por *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, por lo que ingresó para instauración de antibioterapia parenteral con tobramicina 100 mg/8 h y amoxicilina-clavulánico. Durante dicho ingreso observamos persistencia de consumo perjudicial de tóxicos y una adicción iatrógena asociada a un uso inadecuado de fentanilo de acción rápida para chupar. En este contexto, se decidió cambio a fentanilo de acción rápida sublingual 400 mcg y se procedió a educación para un consumo correcto del mismo. En el transcurso de las nueve semanas posteriores fue posible una reducción progresiva hasta una titulación de 133 mcg previo a las comidas, dosis que mantiene en la actualidad.

**Discusión y conclusiones:** Este caso pone de manifiesto la complejidad en el manejo del DIO, especialmente en una paciente inmunológicamente comprometida y sujeta a un consumo perjudicial de tóxicos que repercute en el funcionamiento. Por ello, es clave una adecuada titulación de la analgesia de base, así como prescribir desde el inicio medicación “de rescate” con opioides de liberación rápida a dosis controladas. El perfil farmacocinético óptimo del fármaco destinado a controlar estos episodios es aquel con una alta potencia, un rápido inicio de acción y una corta duración, y el que más se ajusta a estas características es el fentanilo, idealmente por vía sublingual dada su alta permeabilidad, lipofilia y mayor biodisponibilidad; así, el asegurar mediante esta vía una titulación precisa del fármaco podría incluso facilitar la deshabitación a otras formas de fentanilo.

## DOLOR NEUROPÁTICO

### P-213 COMORBILIDAD MENTAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO DIABÉTICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

C. Naranjo Muñoz<sup>1</sup>, L. del Reguero de la Torre<sup>2</sup>, M. Herberg Moreno<sup>3</sup>, M. Valenzuela Cortes<sup>3</sup>, G. Moratalla Rodríguez<sup>3</sup>, I. Failde Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; <sup>2</sup>Observatorio del Dolor. Universidad de Cádiz, Cádiz; <sup>3</sup>Centro de Salud Loreto-Puntales, Cádiz; <sup>4</sup>Departamento Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública. Observatorio del Dolor. Universidad de Cádiz, Cádiz

**Palabras clave:** dolor neuropático diabético, prevalencia, comorbilidad, desórdenes del sueño.

**Introducción:** El dolor neuropático diabético (DND) es una de las complicaciones más severas e incapacitantes que

sufren los pacientes con neuropatía diabética. El DND puede coexistir con diferentes comorbilidades, especialmente trastornos mentales y del sueño, que parecen empeorar el manejo y la evolución de la enfermedad. La prevalencia de estas comorbilidades ha sido abordada en diversos estudios, sin embargo, los resultados publicados son muy variables (1,2).

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de ansiedad y/o depresión y/o alteraciones del sueño en enfermos con DND a través de una revisión sistemática de la literatura.

**Material y método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCOPUS utilizando como criterios de búsqueda artículos originales publicados en inglés y español realizados en diabéticos con DND que incluían las comorbilidades estudiadas. A partir de los documentos identificados, se seleccionaron los que su objetivo principal era este, o los que mostraban este dato en el documento. Dos autores examinaron el título y el resumen de los artículos. Los estudios preseleccionados se analizaron en profundidad, así como las referencias incluidas en ellos, con objeto de identificar otros artículos que podrían incluirse en la revisión. La calidad de los estudios se evaluó mediante la guía STROBE. En los artículos seleccionados, se extrajo información sobre el objetivo principal, diseño del estudio, población incluida, fuente de obtención de datos, tamaño de la muestra y tasa de respuesta. Asimismo, se recogió la definición de DND utilizada en cada artículo y la prevalencia de DND si aparecía. Además, se recogió la definición de ansiedad, depresión y alteración del sueño utilizada en cada estudio, la prevalencia de estos trastornos y la escala o método utilizado para identificarlo. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la información.

**Resultados:** Se identificaron 206 artículos. Se excluyeron 128 por no cumplir los criterios de inclusión preestablecidos o por estar duplicados, 56 al examinar el resumen y 18 tras su lectura exhaustiva por no aportar la información que necesitábamos o por ser artículos de baja calidad según la guía STROBE. Solo 8 estudios con datos de 5 países diferentes cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia de ansiedad varió entre el 7,8 y el 60,4 % y la depresión entre el 13,6 y el 50,6 %. Ambas comorbilidades coexistían en el 26,4-30,6 % de los pacientes con DND. La prevalencia de alteración del sueño encontrada osciló entre 41,6-43,8 % en estos pacientes.

**Discusión:** Los resultados obtenidos muestran una gran variabilidad en los resultados publicados sobre la prevalencia de estas comorbilidades. El empleo de distintos métodos para detectar prevalencia, junto a la distinta forma de expresar los resultados podrían explicar la variabilidad encontrada. La detección de las comorbilidades ansiedad y depresión a partir de escalas aportaban datos de prevalencia mayor que cuando la información procedía de registros sanitarios. De igual manera, el uso de escalas diferentes también puede afectar a los resultados. Además, no siempre

se utiliza la misma definición de comorbilidad mental. La información sobre la prevalencia de trastornos del sueño es aún escasa y con frecuencia se expresa mediante puntuaciones medias en las escalas que los exploran.

**Conclusiones:** La prevalencia de ansiedad o depresión está presente en casi la mitad de los pacientes con DND, coexistiendo ambas enfermedades en una cuarta parte de ellos. Las alteraciones del sueño afectan también a casi la mitad de estos enfermos, aunque en este caso los datos aún son limitados. Estos resultados nos reafirman en la necesidad de valorar estos procesos de manera sistemática en los pacientes con DND y en la necesidad de identificar su presencia mediante instrumentos validados para obtener resultados más fiables. **Limitaciones:** Aunque todos los artículos contenían información sobre pacientes con DND, no todos aportaban datos sobre todas las comorbilidades revisadas. Además, algunos estudios no pudieron ser incluidos porque, aunque medían estas comorbilidades no aportan información sobre su prevalencia. **Fortalezas:** Destacar su novedad, puesto que, según nuestro conocimiento, no se ha publicado ninguna revisión sistemática sobre la prevalencia de comorbilidad mental y alteración del sueño en pacientes con DND, que permita conocer mejor la situación respecto a este tema.

**Agradecimientos:** Este trabajo fue apoyado por la Fundación Grunenthal. Sin fines de lucro que promueve la difusión del conocimiento científico y apoya la investigación.

#### Bibliografía:

1. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Stacey B. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(4):374-85.
2. Sadosky A, Schaefer C, Mann R, Bergstrom F, Baik R, Parsons B, et al. Burden of illness associated with painful diabetic peripheral neuropathy among adults seeking treatment in the US: Results from a retrospective chart review and cross-sectional survey. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2013;6:79-92.

#### P-217 USO DE CATÉTERES PERINEURALES CONTINUOS EN EL MANEJO MULTIMODAL DEL SDRC

C. Fernández Delgado, M. P. Tamayo Torres, N. Cerezales Cerezales, M. M. Domínguez Pérez

*Hospital Delfos, Barcelona*

**Palabras clave:** SDRC, rigidez articular, rehabilitación, analgesia.

**Introducción:** El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) se define como una condición dolorosa que se