

CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2014;29:25-6

Fracaso del tratamiento analgésico con oxicodona-naloxona de liberación retardada en paciente portador de colostomía

M.A. PÉREZ GUTIÉRREZ Y R.M. BLASCO GIL

MOTIVO DE CONSULTA

Fracaso del tratamiento analgésico con oxicodona-naloxona en un paciente diagnosticado de coxartrosis bilateral aguda, gonartrosis bilateral e hiperostosis anquilosante vertebral idiopática difusa (enfermedad de Rotes-Querol).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), prótesis valvular aórtica mecánica, obesidad, hernioplastia umbilical con malla, laringuectomizado por neoplasia maligna de laringe, portador de colostomía tras resección proximal de sigma por carcinoma de recto inferior T3 N1 M0, con coxartrosis bilateral candidata a cirugía (desestimada por el momento ante el riesgo quirúrgico elevado), gonartrosis bilateral e hiperostosis anquilosante vertebral idiopática difusa.

El paciente refería lumbalgia crónica, coxalgia y gonalgia bilaterales de características mecánicas con gran limitación funcional, todo ello valorado según la escala visual analógica (EVA) con una puntuación de 60-80 mm.

Se inició tratamiento analgésico con parches de fentanilo, con lo que se consiguió una remisión parcial del dolor (EVA: 50 mm). Simultáneamente comenzaron a aparecer efectos secundarios como mareo, inestabilidad y náuseas persistentes que no se pudieron paliar con el tratamiento pertinente, por lo que hubo que suspender fentanilo transdérmico a los tres meses.

Entonces, se inició tratamiento con oxicodona-naloxona 10/5 de liberación prolongada, sin que aparecieran los efectos secundarios producidos por fentanilo. Ante la falta de respuesta al dolor con las dosis iniciales del nuevo tratamiento analgésico, se aumentó progresivamente la dosis y se reforzó con fentanilo transmucoso, consiguiendo poca mejoría (EVA: 70 mm). Se siguió aumentando la dosis de oxicodona-naloxona de liberación prolongada hasta alcanzar una dosis de 30/25 cada 12 h, con buena tolerancia.

Tras seis meses de tratamiento con oxicodona-naloxona, y al persistir un dolor considerable, se reevaluó y reinterrogó al paciente, quien refirió que en su bolsa de colostomía encontraba con cierta frecuencia comprimidos de oxicodona-naloxona enteros.

COMENTARIO

El tratamiento con oxicodona-naloxona ofrece una analgesia efectiva que evita la disfunción intestinal característica del tratamiento analgésico con opioides, sobre todo en personas mayores. Oxicodona es absorbida en gran parte antes de llegar al colon.

En la literatura se ha descrito un caso de un paciente oncológico que, tras recibir dosis progresivas de oxicodona-naloxona, sufrió un declive progresivo del efecto analgésico y mejoró tras sustituirlas por las mismas dosis de oxicodona de liberación prolongada¹.

Por otra parte, cualquier fármaco administrado a pacientes portadores de ostomías es capaz de alterar la función intestinal. En general, los pacientes con colostomías distales mantienen las condiciones

adecuadas para el proceso de absorción; sin embargo, los pacientes con colostomías ascendentes o transversas, y especialmente con ileostomías, pueden presentar problemas de absorción de las fórmulas galénicas complejas.

Dadas las características de la absorción intestinal en los pacientes portadores de ostomías, una vía de administración óptima sería la transcutánea, eligiendo el principio activo más adecuado en cada caso. Está documentado un caso² de una paciente portadora de ileostomía que recibía tratamiento con comprimidos de liberación retardada de oxicodona, con una respuesta analgésica parcial y la aparición de comprimidos en el colector, y que tras cambiar a parches de fentanilo obtuvo una remisión completa del dolor.

Siempre es preciso efectuar un seguimiento minucioso de la efectividad del tratamiento.

Si se opta por comprimidos de liberación prolongada, como indicio externo de absorción incompleta se vigilará la aparición de cápsulas o comprimidos enteros o fraccionados en el dispositivo colector, y en ese caso se deberá notificar al personal sanitario³.

Al hacer el seguimiento del tratamiento analgésico con opiáceos deberemos interrogar sobre su adecuada adherencia a la pauta prescrita, resolver las dudas sobre el fármaco administrado, informar sobre la seguridad del tratamiento con opiáceos y valorar las situaciones especiales según las características del paciente.

En el caso que nos ocupa, el paciente no comunicó la presencia de comprimidos en las heces (porque nosotros no le habíamos alertado de la importancia de ese dato), aspecto clave para evaluar la respuesta al tratamiento.

También deberemos preguntar por la aparición de efectos secundarios e intoxicación, y buscar sus causas: falta de hidratación adecuada, estreñimiento, dosis erróneas, etc.

TRATAMIENTO

Nueva opción terapéutica

Se descartó fentanilo por los efectos secundarios que producía en el paciente y no se optó por otro fármaco vía transdérmica a petición del propio paciente. Se desestimaron otras vías alternativas a la oral (transmucosa

oral, intranasal) por las características del dolor y la dificultad para una correcta administración por parte del paciente. Se consideró otro opioide que, a pesar de tener una presentación de liberación retardada, ofrecía una alternativa al fracaso de oxicodona-naloxona, se advirtió al paciente de la importancia de comunicar cualquier cambio en su calidad de vida y en la eficacia analgésica, y se le adiestró en la vigilancia diaria de la bolsa de colostomía ante la posible aparición de los comprimidos.

El tratamiento alternativo a oxicodona-naloxona de liberación retardada fue hidromorfona hidrocloreto de liberación prolongada, confiando en que, aunque se trata de un fármaco con una galénica parecida, se pudieran obviar los problemas anteriores. Se eligió esta opción porque los comprimidos de liberación prolongada habían sido muy bien aceptados por el paciente y se había conseguido una buena adherencia al tratamiento. Iniciamos el tratamiento con una dosis de titulación de 4 mg/24 h para mejorar la tolerabilidad, que después se incrementó a 8 mg/24 h, con una buena respuesta. Se hizo seguimiento de la bolsa de colostomía, sin evidenciar en ningún momento la aparición de los comprimidos.

CONCLUSIÓN

El uso de la vía transdérmica en pacientes con ostomías ofrece una alternativa terapéutica óptima porque evita los problemas de absorción incompleta en el aparato digestivo.

En pacientes colostomizados es muy importante valorar la absorción del fármaco, sobre todo en las presentaciones de liberación prolongada.

Ante cuadros de dolor crónico agudo debe hacerse un abordaje multifactorial que incluya un seguimiento cercano y una reanamnesis frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercadante S, Ferrera P, Adile C. High doses of oxycodone-naloxone combination may provide poor analgesia. *Support Care Cancer*. 2011; 19(9):1471-2.
2. Yoshino K, Nishiumi N, Masuda R, et al. A case of pain management using transdermal fentanyl patches for peritoneal carcinomatosis in a patient with small intestine stoma. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2011; 38(2):325-7.
3. Sainz ML, Redín MD, San Miguel R, et al. Problemas en la utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. *An Sist Sanit Navar*. 2003;26(3):383-403.