

Dolor abdominal de difícil manejo en paciente anciano

SANTIAGO CASTEJÓN HERNÁNDEZ¹, MARICELIS CRUZ GRULLÓN¹, FERRAN ROCA CARBONELL², MATILDE BARNETO SOTO², JOAN ESPAULELLA PANICOT² Y MERCÈ JIMÉNEZ VILLA³

RESUMEN

Mujer de 94 años con dolor abdominal en hemiabdomen derecho y fiebre. Analítica con proteína C reactiva elevada y leucocitosis. Tomografía computarizada abdominal: diverticulosis de colon izquierdo. Empeora el dolor y aparecen vesículas herpetiformes de forma metamérica: se añaden valaciclovir, pregabalina y parche de lidocaína al 5% con 2,5 mg de morfina; presenta broncoaspiración. Se retira la morfina y se aumenta la pregabalina hasta 225 mg/día. Aparecen mioclonías y alucinaciones visuales. Ante el mal control, se indican EMLA® (eutetic mixture of local anesthetics) y capsaicina cada 12 h, duloxetina (30 mg) y se infiltra mediante bloqueo paravertebral (T11 a L3) con Trígon® y bupivacaína al 0,25%; la pregabalina se reduce a 75 mg. Al alta, EVA (escala visual analógica del dolor) de 1/10. La reactivación del virus del herpes zóster (VHZ) se debe a cambios en inmunidad celular como la inmunosenescencia y produce neuralgia posherpética (NPH) en el 73% de los individuos > 70 años; la persistencia y gravedad del dolor aumentan con la edad y alteran su calidad de vida y funcionalidad. El tratamiento incluye antirretrovirales (las primeras 72 horas) y en ancianos pueden considerarse lidocaína al 5% en parches, capsaicina, pregabalina (más efectiva y rápida), antidepresivos tricíclicos (que no suelen tolerar), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) más seguros y con mejores resultados y opioides de forma progresiva hasta alcanzar la dosis efectiva con mínimos efectos adversos, aunque debe tenerse en cuenta que la combinación de opioides y pregabalina no está indicada en ancianos. El bloqueo neuronal es una alternativa eficaz pero controvertida en pacientes ancianos y la administración intratecal es la más efectiva. La vacuna contra el VHZ debe considerarse como opción preventiva, dado que reduce la incidencia de infección por VHZ y NPH.

Palabras clave: Neuralgia posherpética. Anciano. Dolor abdominal. Infiltración. Bloqueo paravertebral.

ABSTRACT

A 94-years-old woman with right hemiabdominal pain and fever. Blood test: leukocytosis and elevated C-reactive protein. Abdominal tomography: left colon diverticulosis. Pain worsening, appearing herpetic vesicles with metamer distribution: valaciclovir, pregabalin, 5%-lidocaine patch and 2.5 mg of morphine were added, having bronchoaspiration. Morphine was removed and increase pregabalin dose until 225 mg per day. She started with myoclonias and hallucinations with pain worsening. So, EMLA® (eutetic mixture of local anesthetics), capsaicine and duloxetine 30 mg were prescribed and a paravertebral infiltration for nerve blockage with Trigon® and bupivacaine 0.25% was done at T11-L3, decreasing pregabalin. At discharge, visual analog scale (VAS) 1/10. Zoster-virus (VZV) reactivation is due to changes in cellular immunity, as immunosenescence. It causes post-herpetic neuralgia in the 73% people over 70 years, increasing persistence and severity of pain with ageing and affecting their quality of life and functionality. Treatment includes antiretrovirals (the first 72 hours). 5%-lidocaine patch may be considered in elderly for starting; also, capsaicine, pregabalin (more effective and faster), tricycle antidepressant (not well-tolerated), selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (safer and with better results) and opioids, starting progressively until reaching the effective dose with minimum side effects. Neuronal blocking is an efficient but controversial alternative in the elderly, being intrathecal administration the more effective. (DOLOR. 2019;34:63-8)

Key words: Post-herpetic neuralgia. Neuropathic. Elderly. Abdominal pain. Infiltration. Paravertebral block.

Corresponding author: Santiago Castejón Hernández, scastejon@chv.cat

¹Servicio de Geriátría, Consorci Hospitalari de Vic-Hospital Universitario de Santa Creu; ²Unidad de Convalecencia, Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Santa Creu; ³Servicio de Anestesia y Reanimación, Consorci Hospitalari de Vic. Vic, Barcelona

Dirección de correspondencia:
Santiago Castejón Hernández
E-mail: scastejon@chv.cat

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes: mujer de 94 años con hipertensión arterial, carcinoma ductal infiltrante de mama tratado con anastrozol, fibrilación auricular anticoagulada con apixabán, hipertensión pulmonar, artrosis generalizada, insuficiencia renal crónica estadio IIIb, osteoporosis y déficit de vitamina D con fracturas de fémur y radio secundarias.

No conserva actividades instrumentales (índice de Lawton, 0/8). Índice de Barthel de 50 (dependencia moderada). Sin deterioro cognitivo. Eutímica. Vive con sus hijas y tiene buen apoyo familiar.

Presenta hipoacusia, disminución de la agudeza visual, polifarmacia, estreñimiento e insomnio como síndromes geriátricos. Fragilidad moderada (0.44) según el Índice de Fragilidad (FRÁGIL-VIG).

Enfermedad actual: Refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho con fiebre. Con posterioridad náusea, vómito bilioso y tres a cuatro episodios diarreicos desde tres días antes. Niega otros síntomas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente con estabilidad hemodinámica, afebril y regular estado general, coloración e hidratación normales. Consciente y orientada, sin signos de focalidad neurológica aguda ni signos meníngeos. Auscultación cardiopulmonar con roncus de predominio izquierdo y algunas sibilancias. Tonos cardíacos arrítmicos, sin soplos ni roces. No hay signos de insuficiencia cardíaca derecha o trombosis venosa profunda. Presenta abdomen blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación de fosa ilíaca y flanco derechos, con peristaltismo presente.

Exploraciones complementarias: los análisis muestran elevación de PCR y leucocitosis con desviación izquierda; la función hepática es normal. La ecografía abdominal revela hepatoesplenomegalia. Ante la persistencia de la clínica se realiza TC abdominal que muestra diverticulosis de colon izquierdo con engrosamiento parietal inespecífico en sigma, que no permite descartar con seguridad diverticulitis aguda. Ingresa en Centro de Atención Intermedia (Unidad de Convalecencia) para continuación del tratamiento y atención geriátrica con dicho diagnóstico.

DIAGNÓSTICO (Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)

Dolor abdominal en fosa ilíaca/flanco derechos (colecistitis, apendicitis, diverticulitis).

TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN REALIZADA

Durante el ingreso en la Unidad de Convalecencia, la paciente sufre empeoramiento del dolor abdominal irradiado, se añade componente lancinante y aparecen vesículas herpetiformes con distribución metamérica a los tres días. De modo inicial se mantiene tratamiento de base (dipirona y paracetamol) y se añade valaciclovir, con mejora de las lesiones. Después se agrega pregabalina a dosis bajas y parche de lidocaína al 5% en la zona de las lesiones. Ante la persistencia del dolor, de predominio vespertino, se añaden 2,5 mg de cloruro mórfico por la noche, pero aparece broncoaspiración, por lo que se retira.

Se aumenta pregabalina hasta dosis de 225 mg/día (50 mg-0-175 mg) y surgen mioclonías y alucinaciones visuales, por lo que se reduce la dosis. Se desestima iniciar amitriptilina porque está contraindicada en pacientes ancianos.

Ante el mal control y la presencia de interacciones farmacológicas, el día 45º de ingreso se remite a Clínica del Dolor, donde se indica EMLA® cada 12 h, la administración del parche de lidocaína se cambia a la noche y se añade duloxetine (30 mg). Una semana después se realiza infiltración mediante *bloqueo paravertebral* derecho desde T9 a L1 (cuatro niveles metaméricos): en T9 a T11 se administran 5 mg de acetónido de triamcinolona (Trígon®) y 6 ml de bupivacaína al 0,375% en cada nivel; y en T11-L1 se administran 5 mg de acetónido de triamcinolona (Trígon®) y 6 ml de bupivacaína al 0,25%. Todo ello permite reducir la dosis de pregabalina a 75 mg diarios, con posterior descenso de 25 mg cada 15 días por la mejoría. La paciente refiere EVA de 1/10 con pregabalina (50 mg/día) y recibe el alta después de 62 días tras el ingreso. En visita de control a los dos meses, la paciente persiste casi asintomática con dosis mínimas de pregabalina (25 mg/día) y no presenta complicaciones postinfiltración.

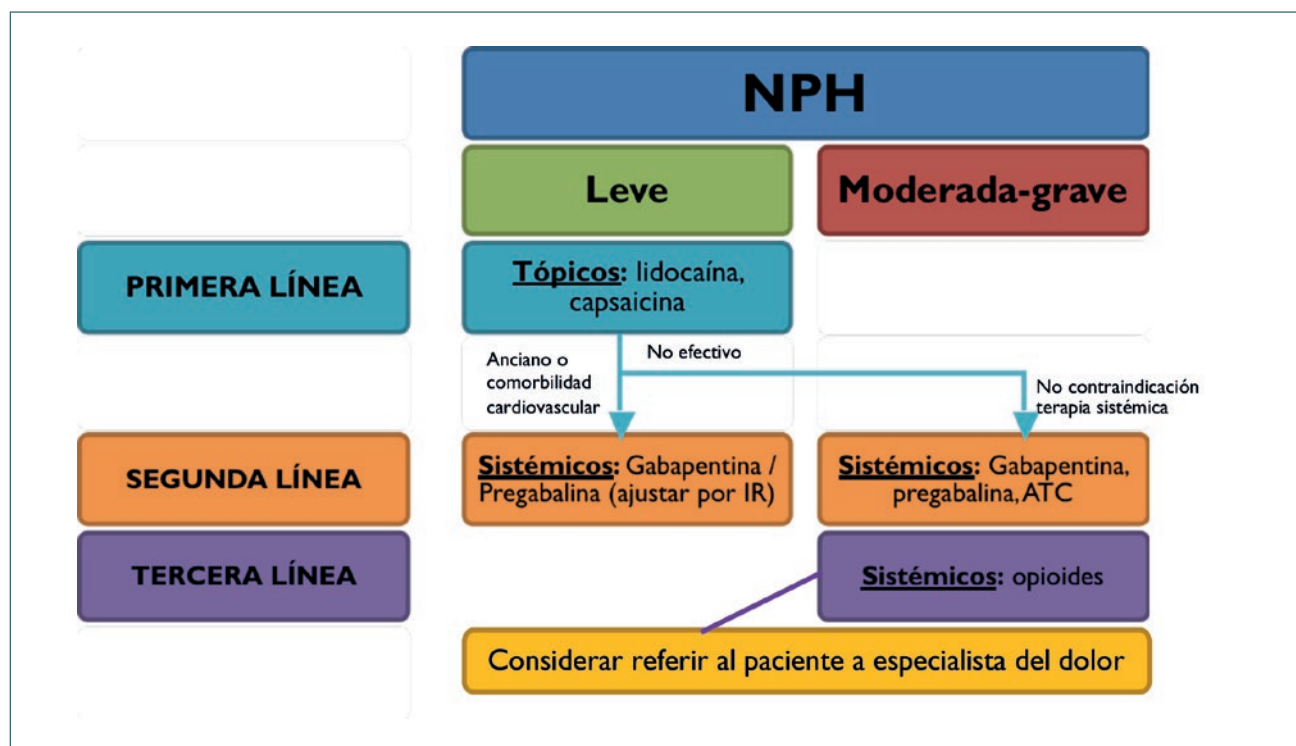


Figura 1. Propuesta de algoritmo terapéutico para el tratamiento de la neuralgia posherpética (NPH). ATC: antidepresivos tricíclicos; IR: insuficiencia renal (modificado de Gan, et al.⁶).

DISCUSIÓN

El interés del caso radica, primero, en la dificultad del diagnóstico diferencial dada la clínica atípica y, después, en la dificultad de tratar la neuralgia posherpética (NPH) en el paciente anciano frágil, dadas las múltiples interacciones farmacológicas que han llevado a usar medidas locales para controlar el dolor.

La NPH es consecuencia de la reactivación de la infección latente por el virus de la varicela zóster (VVZ) por cambios en la inmunidad celular como la inmunosenescencia, con un riesgo de reactivación del 50%. En Europa se calcula una prevalencia del 6 a 10% y una incidencia de 1/100 en mayores de 85 años y la edad avanzada y el sexo femenino son algunos factores de riesgo¹⁻³.

El dolor es el síntoma más frecuente y puede aparecer antes que las vesículas (herpes sin zóster), lo que provoca NPH en el 73% de los mayores de 70 años no tratados, como en este caso. Además, la clínica sistémica (fiebre, fatiga, cefalea, etc.) se observa en el 20% de los casos⁴.

La NPH se define como dolor moderado-intenso que persiste o aparece 90 días después de las vesículas⁵, es más persistente y grave en edades avanzadas y alcanza una duración mayor de un año en el 50% de ellos, con gran repercusión en la calidad de vida y la funcionalidad, lo que exige un tratamiento complejo y un abordaje multidisciplinario^{1,5-8}.

El tratamiento de la fase aguda incluye antirretrovirales (aciclovir o valaciclovir) en las primeras 72 horas para reducir la gravedad y duración de la fase eruptiva, con la adición de paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o tramadol en casos de dolor leve a moderado. Si éste es moderado a intenso deben agregarse opioides (morfina u oxicodona) y valorar la adición de gabapentina, pregabalina, antidepresivos tricíclicos o corticoides^{2,6,7,9}.

En ancianos con NPH se debe valorar el tratamiento tópico con lidocaína al 5% en parches, ya que reduce la actividad ectópica del nervio con escasos efectos secundarios y se obtienen 12 a 24 horas de cobertura analgésica durante unos 60 días; o bien, capsaicina, con escasa absorción sistémica pero gran eficacia para aliviar el dolor (ambas con grado de evidencia Ia). También es posible considerar la aplicación de ambas^{2,6,7,9}.

Tabla 1. Resumen de las opciones terapéuticas no invasivas para la neuralgia posherpética con grado de evidencia

Fármaco	Mecanismo de acción	Dosis	Efectos adversos	Nivel evidencia/grado recomendación
Parches de lidocaína	Anestésico Aminoamida	Hasta tres parches sobre la zona dolorosa, por 12 horas	Ardor, enrojecimiento de la piel o erupción	Ia, A
Capsaicina	Afecta la síntesis, almacenamiento, transporte y liberación de sustancia P	Crema: aplicar en la zona dolorosa 3 o 4 veces al día Parche al 8%: aplicar un parche por 60 minutos, hasta 4 parches cada 3 meses	Eritema, dolor, prurito, erupción, náusea, nasofaringitis, hipertensión	Ia, A
Gabapentina	Análogo del ácido gammaaminobutírico	300 mg el primer día, 300 mg 2 veces al día el 2.º día, 300 mg 3 veces al día el 3.º día; se puede incrementar hasta 1.800 mg divididos en 3 dosis	Edema periférico, náusea, vómito, ataxia, nistagmo, fatiga, síndrome de Stevens-Johnson, mareo, somnolencia, alteraciones del pensamiento	Ia, A
Pregabalina		75 mg dos veces al día o 50 mg 3 veces al día; se puede incrementar hasta 300 mg al día, a lo largo de una semana (según eficacia y tolerabilidad)	Edema periférico, aumento del apetito, incremento de peso, estreñimiento, xerostomía, astenia, ataxia, mareo, cefalea, descoordinación, somnolencia, tremor, visión borrosa, diplopía, alteraciones del pensamiento, euforia, nasofaringitis, fatiga, ictericia, reacciones de hipersensibilidad, elevación de la creatinina, pensamientos suicidas, angioedema	Ia, A
Opioides	Agonistas del receptor opioide μ	Equivalentes de morfina iniciar con 2,5-15 mg cada 4 h, después 1-2 semanas convertir la dosis total del día y continuar con medicamentos de vida media más corta si se requieren	Estreñimiento, sedación, náusea, vómito, depresión respiratoria, prurito, somnolencia, cefalea, mareo, paro cardíaco, hipotensión ortostática, síncope, mioclonías, coma, convulsiones, dependencia	Ib, A
Tramadol	Agonistas del receptor opioide μ , inhibidor de la recaptación de noradrenalina y de la liberación de serotonina	Iniciar con 50 mg 1 vez al día, incrementar 50 mg diarios, en dosis divididas cada 3-7 días, si se tolera, hasta una dosis máxima de 400 mg al día; en pacientes mayores de 75 años hasta 300 mg al día en dosis divididas	Enrojecimiento, prurito, estreñimiento, náusea, vómito, xerostomía, mareo, cefalea, insomnio, somnolencia, infarto de miocardio, pancreatitis, reacciones anafilácticas, convulsiones, disnea, depresión respiratoria, síndrome serotoninérgico	Ib, A

(Continúa)

Tabla 1. Resumen de las opciones terapéuticas no invasivas para la neuralgia posherpética con grado de evidencia (*continuación*)

Fármaco	Mecanismo de acción	Dosis	Efectos adversos	Nivel evidencia/grado recomendación
Amitriptilina	Antidepresivo tricíclico	10-25 mg por la noche; se puede incrementar en dosis semanales hasta una dosis máxima de 75 mg al día	Ganancia de peso, xerostomía, estreñimiento, mareo, cefalea, somnolencia, visión borrosa, arritmias cardíacas, anormalidades electrocardiográficas, infarto de miocardio, prolongación del intervalo QT, agranulocitosis, hepatotoxicidad, ictericia, síndrome neuroléptico maligno, convulsiones, depresión, pensamientos suicidas	Ia, A

Modificado de Gan, et al. y García-González, et al.^{1,6}.

Por otro lado, los anticonvulsivos constituyen el tratamiento de primera línea (evidencia Ia): la pregabalina muestra un perfil más efectivo y rápido que la gabapentina (1 vs. 3-4 horas de pico de acción), aunque ambas provocan mareo, somnolencia y, como en este caso, mioclonías, por lo que se debe valorar su administración en pacientes ancianos, en especial si existe insuficiencia renal^{2,6,7,9,10}.

La segunda línea de tratamiento incluye los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, desipramina y nortriptilina) que producen numerosos efectos secundarios (sedación excesiva, deterioro cognitivo, empeoramiento de enfermedades cardiovasculares, efecto anticolinérgico, entre otros) y la población anciana los tolera mal, lo cual los contraindica en dicho grupo^{6,7,9}. Sin embargo, los ISRS parecen ser más seguros, ofrecen mejor resultado, como la duloxetina, y deben iniciarse a dosis bajas y titularse de manera progresiva puesto que los efectos secundarios son dependientes de la dosis⁷.

Otra opción terapéutica son los opioides. El tramadol es un opioide débil que provoca confusión como principal efecto secundario (además de múltiples interacciones) y debe prescribirse con precaución en ancianos, ya que suelen requerir dosis un 20% inferiores respecto de los pacientes jóvenes².

En cuanto a los opioides fuertes, deben iniciarse de forma progresiva en ancianos hasta alcanzar la dosis efectiva con los mínimos efectos adversos; se comienza con la dosis más baja posible y se titula de

forma progresiva. Es necesario considerar la presencia de insuficiencia renal o hepática, que puede ocasionar tolerancia y acumulación de dosis y causar efectos secundarios (vómito, náusea, sedación, entre otros), por lo que se recomienda monitorizar ambas funciones^{7,9}. Aunque la combinación de morfina y pregabalina ha demostrado ser muy efectiva en el tratamiento de la NPH², existe mayor riesgo de efectos adversos graves en pacientes ancianos (sedación, depresión respiratoria, etc.) por lo que se recomienda evitar esta combinación¹¹.

El bloqueo neuronal (epidural o paravertebral) es una alternativa eficaz pero controvertida, dado que hay estudios que afirman que previene la NPH pero no reduce la prevalencia de dolor crónico durante el seguimiento¹². Si bien es cierto que la administración intratecal es más efectiva que la epidural, ésta podría ser una alternativa en pacientes con fracaso farmacológico durante la fase aguda y la NPH, y una opción posible en pacientes ancianos^{2,9}. Por último, debe destacarse la importancia de la vacunación contra el HZ, que reduce su incidencia de infección y de NPH en 51% y 67%, respectivamente, en adultos mayores, y además disminuye la duración y gravedad de la infección^{1,4,6}.

La NPH es muy frecuente en ancianos por la reactivación del VHZ (inmunosenescencia) y puede presentarse sin dolor o con manifestaciones atípicas, lo cual complica el diagnóstico y retrasa el inicio del tratamiento, lo que conlleva pérdida de funcionalidad y aumento de la intensidad del dolor.

El tratamiento de la NPH es complejo, su control es difícil y puede derivar en una escalada terapéutica no exenta de riesgos, en particular en pacientes ancianos; se requiere un tratamiento multidisciplinar para reducir al mínimo efectos secundarios, sobre todo los derivados de los fármacos.

Puede considerarse la infiltración nerviosa mediante el bloque neuronal en casos refractarios, lo que atenúa los efectos indeseados y las interacciones de los fármacos y mejora la calidad de vida y la funcionalidad del paciente, a pesar de que no se ha demostrado su eficacia (Tabla 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. García-González AI, Rosas-Carrasco Ó. Herpes zoster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH) en el adulto mayor: particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. *Gac Med Mex.* 2017; 153(1):92-101.
2. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing.* 2013;42(suppl 1):1-57.
3. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;3(06):1-19.
4. Le P, Rothberg M. Herpes zoster infection. *BMJ.* 2019;17(3):1-6.
5. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14(2):162-73.
6. Gan EY, Tian EAL, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(2):77-85.
7. Sayyed Z, Arif AW, Akhtar KH, Ali A, Ahmad MQ, Malik MB, et al. Managing chronic pain in the elderly: an overview of the recent therapeutic advancements. *Cureus.* 2018;10(9): e3293.
8. Amato F, Duse G, Consoletti L, Lo Presti C, Firetto V, Ciliberto G, et al. Efficacy and safety of 5% lidocaine-medicated plasters in localized pain with neuropathic and/or inflammatory characteristics: an observational, real-world study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017;21(18): 4228-35.
9. Attal N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: the latest recommendations. *Rev Neurol.* 2019;175(1-2):46-50.
10. Desai A, Kherallah Y, Szabo C, Marawar R. Gabapentin or pregabalin induced myoclonus: a case series and literature review. *J Clin Neurosci.* 2019;61:225-34.
11. Samuel MJ. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674-94.
12. Dworkin RH, O'Connor AB, Kent J, Mackey SC, Raja SN, Stacey BR, et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. *Pain.* 2013;154(11):2249-61.