

ALIVIO DEL DOLOR CON GEL DE MORFINA TÓPICO EN ÚLCERA TUMORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dña. Rosa Maria Alegre Martin¹ / Dra. Nuria Quilez Salas² / Dra. M^a Elena Castro Vilela²

¹ Enfermera Atención Primaria

² Geriatra, Hospital San José. Teruel

RESUMEN

Las úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas. Suelen aparecer en pacientes durante la fase final del cáncer y/o en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad.

Los tumores que más frecuentemente pueden derivar en deterioro de la integridad cutánea y/o tisular son los de mama, bien sean primarios o secundarios a metástasis variando entre un 39% a 62%.

Los síntomas físicos más habituales que presentan este tipo de úlceras son: dolor, mal olor, sangrado y abundante exudado.

Se considera que el control del dolor va a ser una prioridad para los profesionales a la hora de afrontar este tipo de lesiones y que la aplicación tópica de morfina en gel, será una opción de tratamiento potencial, ya que la curación no será posible.

PALABRAS CLAVE

Úlcera tumoral, oncología, control sintomático, opioide

ABSTRACT

Tumor ulcers are cutaneous infiltrations of cancer cells. They usually appear in patients during the terminal phase of cancer or in the development of tumors with a high degree of malignancy.

The tumors that can most frequently lead to deterioration of the tissue integrity are those of the breast, whether they are primary or secondary to metastasis, ranging from 39% to 62%.

The most frequent physical symptoms that present this type of ulcers are: pain, bad smell, bleeding and exudate.

It is considered that pain control will be a priority for professionals dealing with this type of injury and topical application of morphine gel, will be a potential treatment option in these wounds, since healing will not be possible.

KEY WORDS

Tumor ulcer, oncology, symptomatic control, opioid

CASO CLÍNICO

Las lesiones cutáneas neoplásicas secundarias de tumores primarios metastatizan, o se extienden por contigüidad con mayor frecuencia a la piel, pero una vez atraviesan la membrana basal epitelial, adquieren la capacidad de invadir la grasa, el músculo, el hueso o los cartílagos locales. Estas no se consideraran úlceras tradicionales ni siquiera similares a otras heridas crónicas, por poner en riesgo la vida de la persona.

Para su abordaje y evolución, se deberá tener

en cuenta la etiología, la localización de la lesión y la repercusión en la vida diaria. La persona se deberá enfrentar a problemas como el dolor (síntoma que más preocupa y desestructura), sangrado, exudado, mal olor, sin poder olvidarnos de los inconvenientes relacionados con la percepción de la imagen corporal, la autoestima y el aislamiento social.

Se expone el caso de una mujer de 81 años con antecedente de HTA, herniorrafia inguinal derecha, con diagnóstico de cáncer lobulillar de mama izquierda, mastectomía izquierda radical,



Fig. 1. Imagen propia.

que posteriormente recibió quimioterapia y radioterapia, y que el avance de la enfermedad le ocasionó una úlcera de evolución tórpida en cara antero lateral izquierda de la pared torácica, con empeoramiento marcado en los últimos meses.

Tras estudiar los antecedentes clínicos, momento evolutivo de la enfermedad, pronóstico, posibilidades de tratamiento, estado general, psicosocial, nutricional y estado funcional (Índice Karnofsky 40), se evalúa la lesión para elaborar el plan de cuidados.

Presenta lesión abierta, de evolución invasiva- destructiva, profunda, en forma de cráter de unos 10 X 10 cm de diámetro, de tejido no viable, con signos de infección, en cuyo fondo vegetante se apreciaban fragmentos costales, esfacelos de aspecto viscoso, de color amarillento / blanquecino / grisáceo y lo que parece parte de la pleura engrosada, con exudado purulento, mal oliente y muy dolorosa, EVA (Escala Visual Analógica) 6-7. (Fig. 1).

El tipo de dolor que se describe durante la exploración, se consideró multidimensional nociceptivo e iatrogénico manifestado tanto en reposo, como a la palpación, en el instante de realizar las curas paliativas.

Hasta el momento de la valoración, como terapia habitual se realizaban pautas con enzima proteolítica (Irujol neo®), taponamiento con gasas y sellado con apósito adhesivo, c/ 48 h, como analgesia paracetamol un comprimido c/ 8 h. Re-

sultado poco efectivo.

Tras dos meses de curas infructuosas, como objetivos terapéuticos nuevos se priorizó intervenir sobre:

1º- Control sintomático (dando preferencia al alivio del dolor).

2º- Prevención del aislamiento social y mejora de la autoimagen.

3º- Proporcionar calidad de vida y confort tanto de la persona, como de la familia encargada actualmente de los cuidados.

En base a esto, la cura se consensuó (paciente, familia, y equipo sanitario) del siguiente modo:

- Cura en ambiente húmedo, con necesidades de desbridamiento autolítico, debido a la infección que era provocada por la necrosis húmeda, con gran cantidad de fibrina.

- Limpieza con suero salino fisiológico templado al 0.9% por irrigación, utilizando la mínima fuerza que sea capaz de arrastrar los esfacelos, detritus, o bacterias.

- Secado posterior a toque de gasa, por presentar tejido muy friable con riesgo al sangrado.

- En el lecho de la úlcera y como tratamiento para el dolor persistente y refractario a la pauta anterior, se comenzó depositando el anestésico local Lidocaína Viscosa 2% gel, cuya fórmula magistral se realiza en composición por

100 ml (Carboximetilcelulosa 2 gr, Glicerina 10g, Nipagin sódico 0.2g y agua destilada 100ml).

- Como apósito primario alginato cálcico de plata en placa, por su fácil adaptabilidad, retirada, gran poder de absorción y función hemostática.

- A manera de apósito secundario se utilizaron gasas y como sujeción de estas, una malla alrededor de toda la pared torácica (para evitar el dolor asociado a la retirada de la tela adhesiva).

- Para el control del olor provocado por bacterias anaerobias, Metronidazol tópico en solución, lavados con Flagyl® Solución i.v. 5 mg/mL.

- Por último se protegió la piel periulceral con una película barrera no irritante. para conseguir un estado óptimo de limpieza e hidratación.

Todo este plan demostró en una semana de evolución, mejoría del olor, y alivio entre 30 minutos y 2 horas, necesitando medicación vía oral.

Al no conseguir el efecto deseado, se propuso la mezcla eutéctica (método para el aumento de la velocidad de disolución de principios activos) de dos anestésicos locales, aprovechando la propiedad que tienen de formar dicha combinación se uso lidocaína al 2.5% y prilocaína al 2,5%, obteniendo con este cambio una acción anestésica de 6 horas de duración. Aun observando mejoría del dolor, se siguió buscando mayor confort horario.

Se considero necesario pasar a otro escalón, la utilización de opioide.

Es importante destacar que no existe una preparación tópica a base de opioide comercialmente disponible, si no que estas son prescritas y administradas a partir de formulaciones magistrales individuales y concretas.

En este caso se prescribió Morfina gel, 10 mg/ml de sulfato de morfina 1 vial, usando como vehículo 8 gr Intrasil Gel® (agua, propilenglicol y carboximetilcelulosa). Esta mezcla ha demostrado mantener la estabilidad de la solución con la morfina durante al menos 28 días.

Su aplicación tópica derivó en una disminución significativa del dolor y malestar EVA basal 6-7, a EVA 2-1 post tratamiento, logrando un buen control analgésico por hasta 24 horas, con necesidad de algún comprimido de paracetamol

a modo puntual, por lo que se establece esa pauta como indicador durante 6 meses.

El gel de morfina tópico al 0,2%, fue eficaz como analgésico, logrando disminuir el dolor promedio, observando que el opioide no solo es eficaz en el sistema nervioso central, sino que este aplicado tópicamente en el tratamiento de úlceras dolorosas en la atención paliativa es efectivo, no demostrando ningún efecto adverso que pueda atribuirse a su aplicación.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso clínico, con el que se desea contribuir al tratamiento y alivio de los síntomas que provocan las úlceras tumorales en la atención paliativa, haciendo especial alusión al dolor por las alteraciones dramáticas y el sufrimiento que produce en la calidad de vida de las personas, afectando desproporcionadamente más a las de mayor edad.

Puesto que la curación no va a ser posible, lo que se pretende es buscar la atención centrada en la persona, proporcionar confort, bienestar y calidad de vida llegado los últimos días.

Se considera que el control del dolor es una prioridad para los profesionales a la hora de afrontar este tipo de lesiones. Se sabe que los Opioides exógenos (tópicos) aplicados localmente activan los receptores Opioides periféricos provocando analgesia, particularmente en condiciones inflamatorias de la herida que inducirían a la regulación y la penetración de la morfina desde la piel hacia los receptores opiodes. Por lo que creemos que esta propiedad, la humedad, y el tipo de lesión fueron factores involucrados que tuvieron que ver para que se cumpliera el esperado efecto analgésico.

La morfina tópica se puede considerar una opción de tratamiento potencial, a la vez que una práctica segura para las úlceras tumorales dolorosas, evitando en algunos casos la terapia sistemática vía oral, previa a la cura, a veces mal tolerada.

Por ello el beneficio que cabe esperar de su uso respaldaría y apoyaría su indicación si los distintos profesionales siguieran investigando esta pauta entre otras alternativas analgésicas tópicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR. A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds. *J Pain Symptom Manage*. 2010; 39(6):106576.
2. McMurray V. Managing patients with fungating malignant wounds. *Nurs Times*. 2003; 99(13):55 7.
3. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *J Wound Care*. 2009; 18(7):273 4, 276 8, 280.
4. Kevin Y, Gary Sibbald R. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Adv skin wound care*. 2010; 23:417-428.
5. Alexander SJ. Malignant fungating wounds. Key symptoms and psychosocial. *Journal of wound care*. 2009; 18(8):325-329
6. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. 1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Coordinadores. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editores. Andalucía; 2015.
7. Discala Sandra L, Basri Danny, Vartan Christine M, Silverman Michael A. Uso de Morfina tópica para aliviar las úlceras por presión dolorosas. *The consultant Pharmacist*®. Volumen 33, Número 4, abril de 2018, pág 215-221 (7).
8. Minguez A. de Andres J. La formulación magistral en la escalera analgésica de la OOMS como estrategia de la atención farmacéutica. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12;235-241.
9. Portav J, Gómez Batiste X, Tuca A. Control de Síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Madrid: .Aran Ediciones; 2008.