



NOTA CLÍNICA

Varón anciano con cáncer de mama tratado con opioides en unidad de cuidados paliativos de hospital público en El Salvador

Hilda Magaña^{1,2*}, Salvador Martí³, Estela Orantes⁴, Guillermo Martínez⁵
y José Mario López Saca^{6,7}

¹Cuidados Paliativos. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Mejicanos, El Salvador. ²Universidad José Matías Delgado. Cd Merliot, El Salvador. ³Departamento de Ginecología. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Mejicanos, El Salvador. ⁴Departamento de Cirugía. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Mejicanos, El Salvador. ⁵Departamento de Patología. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Mejicanos, El Salvador. ⁶Unidad de dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Mejicanos, El Salvador. ⁷Especialidad de Medicina Paliativa. Universidad Dr. José Matías Delgado. Cd Merliot, El Salvador.

Recibido el 31 de marzo de 2021

Aceptado el 8 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos,
cáncer de mama,
opioides, El Salvador.

Resumen

El cáncer de mama en hombres es una patología poco frecuente, representa menos del 1% de todos los cánceres masculinos y casi el 1% de los cánceres de mama, y es responsable del 0,1% de las muertes por cáncer en hombres.

El tipo más común de cáncer de mama que se observa en los hombres es el carcinoma ductal invasivo, que constituye aproximadamente el 90% de todos los cánceres de mama masculinos.

El presente estudio reporta el caso de un hombre de 97 años al que se le diagnosticó un carcinoma ductal infiltrante invasivo que se trató con opioides en una unidad de cuidados paliativos.

En este caso, que es poco frecuente en la literatura médica por el tipo de diagnóstico, sexo y edad del paciente, observamos que el buen uso de los opioides, el trabajo en equipo, el acercamiento con la familia y el seguimiento en el tiempo hace que se tomen mejores decisiones sobre el tratamiento, el bienestar, y que la calidad de vida sea mejor.

*Autor para correspondencia:

Hilda Aracely-Magaña

Cuidados Paliativos. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil. Comunidad 13 de Enero San Salvador, Mejicanos, El Salvador
Correo electrónico: helenialunaria@hotmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2021.1251/2021](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1251/2021)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Palliative care, breast cancer, opioids, El Salvador.

Abstract

Breast cancer in men is a rare disease; it represents less than 1 % of all male cancers, and almost 1 % of breast cancers, and is responsible for 0.1 % of cancer deaths in men.

The most common type of breast cancer seen in men is invasive ductal carcinoma, which accounts for approximately 90 % of all male breast cancers.

The present study reports the case of a 97-year-old man who was diagnosed with invasive infiltrating ductal carcinoma, who was treated with opioids in a palliative care unit.

In this case, which is rare in the medical literature due to the type of diagnosis, sex, and age of the patient, we observe that proper use of opioids, teamwork, closeness with the family, and follow-up over time result in better decisions about treatment, increased comfort, and improved quality of life.

Magaña H, Martí S, Orantes E, Martínez G, López Saca JM. Varón anciano con cáncer de mama tratado con opioides en unidad de cuidados paliativos de hospital público en El Salvador. 2021;28:202-205.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en hombres es una patología poco frecuente, representa menos del 1% de todos los cánceres masculinos; y casi el 1% de los cánceres de mama, y es responsable del 0,1% de las muertes por cáncer en hombres¹.

El cáncer de mama en los hombres es una patología desconocida para la población en general y el descubrimiento de un nódulo mamario en un hombre no causa la misma preocupación que en una mujer, ya que la mayoría de las personas tienen problemas para darse cuenta de que dicho cáncer puede ocurrir en una mama masculina. Por tanto, las recomendaciones para el tratamiento del cáncer de mama masculino se extrapolan de las utilizadas para el cáncer de mama femenino. Los hombres son tratados como mujeres menopáusicas. Pero, hasta la fecha, ningún estudio basado en la población masculina ha validado estas modalidades de tratamiento en términos de impacto en la supervivencia².

El tipo más común de cáncer de mama que se observa en los hombres es el carcinoma ductal invasivo, que constituye aproximadamente el 90% de todos los cánceres de mama masculinos³.

La población anciana constituye el segmento de la población mundial de más rápido crecimiento. A medida que los pacientes envejecen, aumentan la incidencia y la prevalencia de ciertos síndromes de dolor, muchas veces asociado a procesos neoplásicos avanzados. El dolor puede no ser reportado, ya que algunos pacientes ancianos creen incorrectamente que el dolor es un proceso normal de envejecimiento⁴.

La prevalencia de dolor en pacientes ancianos con cáncer no hospitalizados oscila entre el 20 y el 60%. Algunos estudios indican que el 92% tiene dolor relacionado con su proceso neoplásico, el 5% con dolor relacionado con el tratamiento y el 3% es de tipo mixto⁵.

Los medicamentos opioides orales son los recetados con mayor frecuencia en cuidados paliativos y geriatría. Los

opioides del paso 2 de la escalera de la Organización Mundial de la Salud (OMS) generalmente consisten en opioides como tramadol, codeína o sus combinaciones con acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos⁶, pero cuando el dolor es severo estas combinaciones no son útiles y deben usarse opioides del paso 3 en la escalera analgésica de la OMS^{7,8}.

El diseño de la escalera analgésica se hizo para ser utilizada fácilmente incluso por expertos en medicina no analgésica, como parte de un vasto programa de salud denominado Programa de Cuidados Paliativos y Dolor por Cáncer de la OMS, destinado a mejorar las estrategias para el manejo del dolor. La terapia individualizada es un método que presupone que no existe una dosis estandarizada en el tratamiento del dolor⁸.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 97 años (Figura 1), con residencia en San Salvador, quien en su juventud fue militar y posteriormente se dedicó a la agricultura. Entre sus antecedentes médicos se incluyen ceguera bilateral por glaucoma, fue fumador activo durante 75 años, hasta una cajetilla diaria. En octubre del año 2019 fue evaluado en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos por presentar una masa en la mama izquierda, la cual describía como “una semilla de maíz”. Dicha masa fue aumentando progresivamente de tamaño y 6 meses después inició dolor somático, crónico, localizado en mama izquierda, pulsátil, de tipo continuo, que no se irradia ni lo desencadena ninguna actividad, presentando una escala numérica análoga (ENA) de 8/10, sin mejoría con el uso de antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno y diclofenaco); además el paciente manifestaba disnea relacionada con los máximos esfuerzos, episodios febriles de tipo intermitente de moderada intensidad acompañados de escalofríos. Al examen físico de la mama izquierda se palpó una masa de 3×3 cm, superficial, no adherida a la pared torácica, bien delimitada,

dura, móvil, con rubor y calor, localizada en región lateral de areola. Se realizó una ecografía de mama izquierda, mostrando una lesión sólida, espiculada de bordes irregulares con vascularidad interna y un tamaño de 2,7×2,9×1,9 cm. Se pidió interconsulta con ginecología quien decide realizar una citología por aspiración con aguja fina, dando como resultado positivo a malignidad, por lo que se refiere al servicio de cirugía y patología para la toma de una biopsia a cielo abierto, reportando un carcinoma ductal infiltrativo pobremente diferenciado con penetración linfática de mama izquierda (Figura 2). En la radiografía de tórax (Figura 3) se evidenció lesiones numulares compatibles con metástasis pulmonares. Los exámenes de laboratorio reportaron una hemoglobina de 17 g/dl; hematocrito de 50,9%; leucocitos de 8,95×mmc N 58%; plaquetas: 245.000/mm³/creatinina: 1,1 mg/dl. Glucosa: 100 mg/dl; sodio: 139,24 mEq/l; potasio: 4,76 mEq/l. Un índice de Karnofsky del 60%; índice pronóstico de supervivencia (*Palliative Prognostic Score*): 2 puntos y un índice Barthel de 75 puntos.



Figura 1. Fotografía de paciente proporcionada por el equipo de cuidados paliativos.

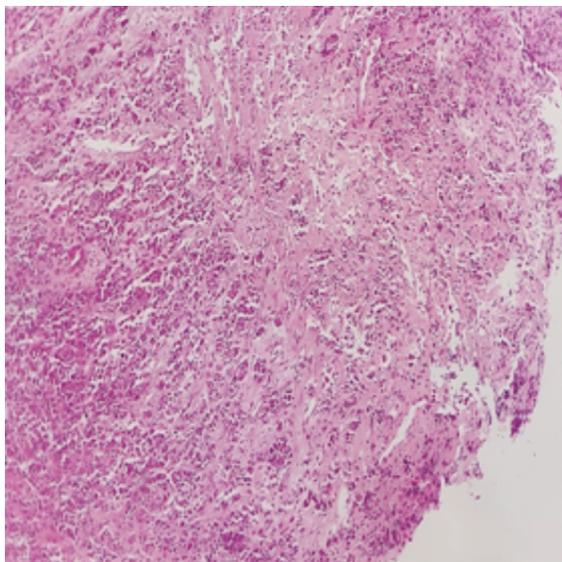


Figura 2. Biopsia de mama izquierda que reporta carcinoma ductal infiltrativo pobremente diferenciado con penetración linfática.

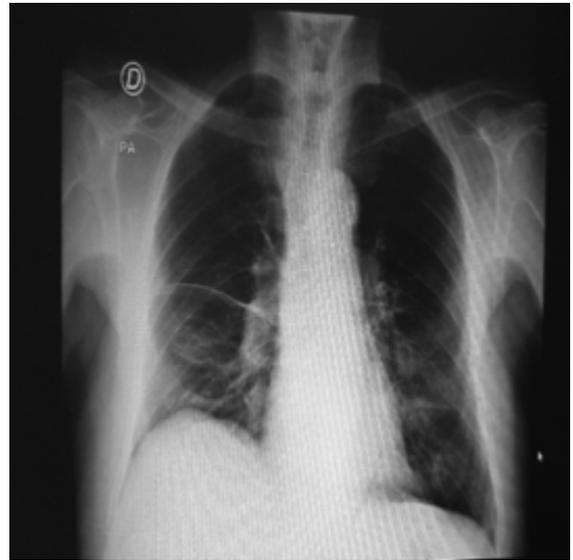


Figura 3. Radiografía de tórax.

Se estableció una reunión con el equipo de Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital junto con el paciente y su familia para explicar el diagnóstico y pronóstico. Se analizó el caso y se decidió establecer un manejo paliativo, con limitación de los esfuerzos terapéuticos oncológicos. Se inició tratamiento con tramadol de liberación rápida 50 mg una tableta vía oral/12 h (por la edad de paciente). En el control de los síntomas, después de haber iniciado tramadol presentó una ENA de 7/10. Debido a náuseas persistentes asociadas al tramadol, se decidió cambiar a acetaminofén más oxycodona 325/5 mg una tableta por vía oral/12 h; dicha dosis se ha mantenido durante un año y 6 meses sin cambios terapéuticos, presentando un dolor controlado con una ENA de 1/10, y sin ingresos hospitalarios. En la actualidad el paciente reside en su domicilio junto a sus familiares, con oxígeno suplementario.

DISCUSIÓN

El presente caso en particular, varón de 97 años con diagnóstico de un carcinoma ductal infiltrativo de mama izquierda, se lleva a cabo un análisis junto al equipo de cuidados paliativos y su familia, llegando a un acuerdo desde un inicio de no realizar ningún tipo de tratamiento oncológico ni quirúrgico, sino dar un enfoque paliativo de los síntomas, centrado en los aspectos físicos, psicológicos y sociales y espirituales⁹.

El dolor es común en los pacientes de edad avanzada con cáncer y, a menudo, no se trata bien. Las barreras para el tratamiento adecuado del dolor incluyen una evaluación y un conocimiento adecuado sobre los beneficios y riesgos de las modalidades de tratamiento del dolor. También existen otras barreras para la utilización de opioides en la población mayor, como los temores a la adicción y los efectos secundarios. Es importante transmitir tranquilidad a los pacientes y familias, resolver sus temores explicándoles que, si bien con los opioides la dependencia física es inevitable, la adicción es infrecuente (menor todavía en pacientes oncológicos con

pronósticos de vida limitado) y que los efectos secundarios se controlan adecuadamente⁵.

Debe adoptarse un enfoque multidisciplinario para identificar las causas del dolor y los tratamientos adecuados; los objetivos son disminuir el sufrimiento del paciente y su familia y mejorar su calidad de vida. Como hemos podido observar en este caso, el uso de opioides en edades geriátricas a dosis bajas controla de forma adecuada el dolor, sin olvidar el manejo de los efectos adversos del opioide.

Los estudios informan que la prevalencia del dolor en los ancianos que viven en la comunidad es del 25-50% y en los residentes de hogares de ancianos de hasta el 70%⁸

Debido a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos con el envejecimiento, los opioides deben iniciarse con la dosis más baja, alrededor del 25-50% de la dosis administrada a los pacientes más jóvenes⁶. Mercadante y cols. mencionan que en el seguimiento a largo plazo de la respuesta a los opioides en pacientes con cáncer en el hogar la edad avanzada se asoció con el uso de dosis de opioides más bajas, pero con efectos adversos similares¹⁰. Se ha demostrado que dosis más bajas de opioides mayores son más efectivas que los opioides débiles¹¹.

Dado que los adultos mayores toman muchos medicamentos concomitantes, los prescriptores de opioides también deben reconocer las interacciones farmacológicas potenciales⁶.

Los tratamientos contra el cáncer a veces son devastadores para los ancianos, pueden no considerarse necesarios porque ciertas terapias pueden afectar seriamente su calidad de vida, y muchos consideran que a su edad ya no vale la pena. Estapé menciona que el 29% de los ancianos afirmó que el tratamiento del cáncer es peor que la propia enfermedad, y el 34% prefirió no recibir ningún tratamiento en caso de desarrollar cáncer¹².

El alcance de los cuidados paliativos incluye el tratamiento personalizado del cáncer, lo que implica elegir las opciones de tratamiento que mejor se adapten a las necesidades de cada paciente, equilibrar los beneficios y los riesgos del tratamiento. Sin embargo, esto puede ser un desafío en los pacientes adultos mayores, los cuales tienen una esperanza de vida limitada y una disminución de las reservas funcionales¹³.

La edad puede traer consigo experiencias de vida que pueden ayudar a los pacientes y cuidadores a afrontar las dificultades en las que se encuentran. Además, la heterogeneidad en la población de mayor edad apunta a la necesidad de un enfoque individualizado para el manejo del dolor, basado en la experiencia subjetiva del dolor por cáncer y situado dentro del contexto de la salud y el funcionamiento actuales del paciente, incluidos los cambios físicos, social, psicológico y espiritual. En nuestro caso consideramos que uno de los factores psicosociales que influyó para un mayor umbral del dolor pudo haber sido el tipo de trabajo que realizó durante su juventud (servicio militar y la agricultura).

En nuestra consulta diaria los pacientes ancianos son mayoría, y hemos notado que educar a los cuidadores principales, teniendo protocolos de opioides adecuados, personal paramédico capacitado y buenas prácticas clínicas, hace que

los pacientes permanezcan con dolor controlado. También el seguimiento a través de llamadas telefónicas por enfermería de manera periódica y frecuente; esto logra que la calidad de vida de los enfermos sea buena. En este caso hemos cumplido casi un año y 6 meses de seguimiento, mejorando su bienestar a través del control del dolor, junto con el apoyo emocional y psicológico que se les brinda a los familiares.

CONCLUSIÓN

En este caso, que es poco frecuente en la literatura médica por el tipo de diagnóstico, sexo y edad del paciente, observamos que el buen uso de los opioides, el trabajo en equipo, el acercamiento con la familia y el seguimiento en el tiempo hace que se tomen mejores decisiones sobre el tratamiento, bienestar, y que la calidad de vida sea mejor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El paciente firmó el consentimiento informado, aceptando la publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sosa Rivera AM, Espinoza SL, Aguilar RM, Palencia R. Cáncer de mama en hombre: presentación de caso. *Rev Colomb Radiol*. 2017;28:4810-5.
2. Methame M, Ghadhab I, Hidar S, Briki R. Breast cancer in men: a serie of 45 cases and literature review. *Pan Afr Med J*. 2020;36:183.
3. Cezar Junior OP, Bertoche L. Câncer de mama masculino. *J Bras Med*. 1995;69:120-2.
4. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J*. 2010;10:179-87.
5. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Dolor oncológico en el anciano. 2016;7:110.
6. Chau DL, Walker V, Pai L, Cho LM. Opiates and elderly: use and side effects. *Clin Interv Aging*. 2008;3:273-8.
7. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38:905-14.
8. Anekar AA, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. [Updated 2021 May 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
9. Gonzalez MR, Marcelo CD, Stringer M. Hospice care for 86 year old male with recurrent breast cancer: a case report. *Cases J*. 2009;2:2-5.
10. Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Casuccio A. Opioid escalation in patients with cancer pain: the effect of age. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32:413-9.
11. Rosielle DA, Weissman DE, Rilling WS. Palliative care and symptom management. *Interv Oncol Princ Pract*. 2008;32:563-88.
12. Estapé T. Cancer in the Elderly: Challenges and Barriers. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5:40-2.
13. Balducci L, Dolan D, Hoffe SE. Palliative care in older patients with cancer. *Cancer Control*. 2015;22:480-8.