



NOTA CLÍNICA

Empleo de adrenalina tópica en hematuria persistente por neoplasia vesical-infiltrante



Antonio Ortega Morell^{a,*}, Antonio Ruiz Serrato^b, M. Carmen Almodóvar Pulido^b
y Rita Isabel Fernández Romero^a

^a Equipo Soporte Cuidados Paliativos, Área Sanitaria Norte de Málaga, Hospital de Antequera, Antequera, Málaga, España

^b Servicio de Medicina Interna, Área Sanitaria Norte de Málaga, Hospital de Antequera, Antequera, Málaga, España

Recibido el 9 de julio de 2014; aceptado el 22 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 18 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Dolor irruptivo;
Hematuria;
Adrenalina;
Neoplasia vejiga
urinaria;
Cuidados paliativos

KEYWORDS

Breakthrough pain;
Hematuria;
Epinephrine/adrenaline;
Urinary bladder
neoplasms;
Palliative care

Resumen La hematuria es un problema habitual en los tumores vesicales, y en ocasiones origina dolor irruptivo por la formación de coágulos. Las diferentes opciones terapéuticas incluyen quimioterapia, radioterapia o cirugía, así como tratamiento sintomático médico. Sin embargo, el manejo paliativo puede resultar complicado. Presentamos un caso de hematuria persistente tratada ambulatoriamente con adrenalina tópica con buen resultado.

© 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Use of topical adrenaline in persistent hematuria due to infiltrating bladder cancer

Abstract Hematuria and urinary obstruction are common problem in bladder tumors, and occasionally causes irruptive or breakthrough pain. Therapeutic options include chemotherapy, radiotherapy, surgery, or symptomatic medical treatment. However, palliative management can be complicated. The case is presented of a patient with persistent hematuria treated with topical adrenaline as an out-patient with positive results.

© 2014 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La hematuria y la obstrucción urinaria de origen neoplásico son un problema frecuente en los cuidados paliativos. Inicialmente se emplean medidas específicas, como las diferentes líneas de quimioterapia, radioterapia local

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: aortegamalaga@gmail.com,
aortegam@commalaga.com (A. Ortega Morell).

hemostática, embolización o incluso cirugía, dependiendo de la situación clínica¹. Pero podemos encontrarnos ante situaciones en las cuales las medidas anteriores no hayan sido eficaces, o bien no fuesen realizadas por las circunstancias propias del paciente, requiriendo tratamiento exclusivamente sintomático. En nuestro caso nos encontramos ante un paciente con neoplasia vesical infiltrante que no recibió tratamiento oncológico específico por negativa de este y en el que no se obtenía control de síntomas pese al manejo médico paliativo habitual. Esta situación persistente nos hizo plantear el empleo de adrenalina tópica a través de los datos obtenidos en la experiencia de su uso en otras situaciones y patologías específicas, dada la ausencia de referencias bibliográficas de su uso y manejo en cuidados paliativos en esta situación.

Caso clínico

Varón de 84 años, sin antecedentes médicos de interés salvo bronquitis crónica bien controlada con terapia inhalatoria. Vivía con su esposa, sin hijos pero con supervisión de una sobrina que los visitaba a diario, presentando funciones cognitivas conservadas e independencia para las actividades básicas de la vida diaria. Recientemente había sido diagnosticado de un tumor vesical infiltrante estadio IV con hidronefrosis derecha. Tras ofrecérsele diferentes opciones terapéuticas, que rechazó, mantuvo revisiones por urología.

Posteriormente, y tras acudir en una semana 3 veces al servicio de urgencias por disuria, coluria, dolor pélvico y urgencia miccional, el paciente fue ingresado en planta por anemia secundaria a hematuria y fracaso renal agudo. Durante su estancia hospitalaria presentó buena evolución clínica en tratamiento con lavados vesicales, hidratación parenteral y analgésicos, sin necesidad de transfusión sanguínea. Tras 12 días de hospitalización y previo al alta, se realizó consulta con el equipo de soporte de cuidados paliativos, prescribiéndose sondaje uretral abierto a bolsa, escopolamina butilbromuro 10 mg/8 h oral, metami-zol 575 mg/8 h oral y fentanilo 25 µg/72 h transdérmico. El paciente en domicilio mantuvo buen control de síntomas los primeros días, hasta la reaparición de hematuria franca que ocasionaba dolor irruptivo por obstrucción de coágulos, por lo que acudió a urgencias, donde se instauró sondaje uretral de 3 lúces y lavados vesicales.

En este punto se contactó con enfermería de atención primaria para organizar el lavado continuo en el domicilio, facilitando las bolsas de lavado cuando eran requeridas por la sobrina del paciente que se encargaba de cambiarlas cuando era necesario, evitando así asistencias al servicio de urgencias. Con estas medidas la hematuria mejoró nuevamente, aunque durante escaso periodo de tiempo, reapareciendo nuevas crisis de dolor irruptivo incidental debido a la formación de coágulos a pesar del lavado. Se realizó ajuste de la analgesia, se instauró rescates de morfina oral y se inició tratamiento con etamsilato 500 mg/8 h oral, sin éxito.

Ante la situación de sintomatología no controlada ocasionada por la hematuria se decidió ensayar con adrenalina 0,5 mg (ampolla solución inyectable 1 mg/1 ml) en cada bolsa de 3 l de lavado de suero salino fisiológico que se

administraba a un ritmo de una bolsa diaria, después de explicar al paciente y cuidadora la falta de datos y experiencia al respecto de esta maniobra. Dada la mala calidad de vida del paciente por el mal control del dolor irruptivo incidental, ambos aceptaron la medida.

Una vez instaurados los lavados, la hematuria franca fue desapareciendo progresivamente, manteniéndose como «agua de lavar carne». Las crisis de dolor vesical por obstrucción quedaron resueltas sin necesidad de utilizar rescates analgésicos, y no se apreciaron efectos secundarios atribuibles a la adrenalina. Dos semanas después el paciente falleció por deterioro y oligoanuria progresiva, manteniendo en todo momento el control de su sintomatología urológica y sin presentar síntomas atribuibles a una posible absorción sistémica de la adrenalina.

Discusión

El cáncer de vejiga es el cuarto tumor más frecuente en hombres, siendo el síntoma principal la hematuria (hasta el 80%), seguido de la disuria (síntoma que orienta a la infiltración), así como otros derivados de la compresión local o metastásica¹. El tratamiento habitual de la enfermedad invasiva y de sus complicaciones incluye la cistectomía radical o la combinación de quimio-radioterapia². En caso de considerar la enfermedad inoperable, en situación paliativa, se puede realizar una cistectomía radical, radioterapia local hemostática, embolización selectiva o regímenes de quimioterapia con objeto de controlar síntomas como el dolor o la hematuria persistente³. Cuando la situación del paciente o su complejidad no permiten actuaciones como las anteriores, habrá que enfatizar en las medidas médicas para control del dolor y la hematuria. Clásicamente para la hematuria persistente continua disponemos de la sonda urinaria de 3 lúces para instilar lavados con solución salina fría, fármacos antihemorrágicos como el etamsilato, el ácido tranexánico o el ácido aminocaproico (una desventaja de estos es favorecer la formación de coágulos en la vejiga, en ocasiones de difícil extracción, lo que conlleva aumento del dolor espasmódico), y en casos muy refractarios la instilación intravesical de solución de sales de aluminio, formol o plata pueden ser una opción^{4,5}. Los fármacos antiespasmódicos específicos urinarios, como los agentes anticolinérgicos oxibutinina o tolteridona, son otra opción para el control sintomático, aunque no se emplearon en nuestro caso⁶.

Sin embargo, dentro de los fármacos favorecedores de la hemostasia y vasoconstricción no se hace referencia al empleo de la adrenalina tópica en la hematuria persistente en el ámbito paliativo. Tal y como refleja la literatura médica y se constata en la práctica clínica, la adrenalina es empleada ampliamente y con seguridad en sangrados de procesos digestivos endoluminales⁷, otorrinolaringológicos⁸, traqueobronquiales⁹ y secundarios a complicaciones o actos quirúrgicos¹⁰⁻¹². Desde el punto de vista del manejo paliativo, la falta de evidencia en alguna de nuestras actuaciones médicas obliga en ocasiones a recurrir a la aplicación de medidas sustentadas en bases fisiopatológicas razonables pero extrapoladas de otras situaciones clínicas más prevalentes y estudiadas^{13,14}.

Conclusiones

En este caso en particular, la adrenalina en lavado continuo a una dosis de 0,5mg en 3l de suero de lavado parece haber resuelto un problema para el que habitualmente tenemos pocas respuestas. Un sistema sencillo, económico y para el que no necesitamos desplazar al paciente. De confirmarse su utilidad en otros pacientes, podría convertirse en una alternativa útil en el control de la hematuria sintomática neoplásica. Es de interés realizar más investigación y generar mayor evidencia científica para la utilización de adrenalina en esta indicación clínica, dado que los resultados tendrían implicaciones relevantes para el paciente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Villalobos León ML, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de vejiga. *Medicine*. 2013;11:1568-77.
2. Ghahestani SM, Shakhssalim N. Palliative treatment of intractable hematuria in context of advanced bladder cancer: A systematic review. *Urol J*. 2009;6:149-56.
3. Rödel C, Grabenbauer GG, Kühn R, Papadopoulos T, Dunst J, Meyer M, et al. Combined-modality treatment and selective organ preservation in invasive bladder cancer: long-term results. *J Clin Oncol*. 2002;20:3061-71.
4. Harris DG, Noble SI. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:913-27.
5. Harris DG, Finlay IG, Flowers S, Noble SI. The use of crisis medication in the management of terminal haemorrhage due to incurable cancer: A qualitative study. *Palliat Med*. 2011;25:691-700.
6. Weissbach L. Palliation of urothelial carcinoma of the bladder. *Urologe A*. 2001;40:475-9.
7. Barkun AN, Martel M, Toubouti Y, Rahme E, Bardou M. Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high-risk lesions: a series of meta-analyses. *Gastrointest Endosc*. 2009;69:786-99.
8. Teppo H, Virkkunen H, Revonta M. Topical adrenaline in the control of intraoperative bleeding in adenoidectomy: A randomised, controlled trial. *Clin Otolaryngol*. 2006;31:303-9.
9. Johnson JL. Manifestations of hemoptysis. How to manage minor, moderate, and massive bleeding. *Postgrad Med*. 2002;112:101-13.
10. Lee TJ, Huang CC, Chang PH, Chang CJ, Chen YW. Hemostasis during functional endoscopic sinus surgery: The effect of local infiltration with adrenaline. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;140:209-14.
11. Netscher DT, Carlyle T, Thornby J, Bowen D, Harris S, Clamon J. Hemostasis at skin graft donor sites: evaluation of topical agents. *Ann Plast Surg*. 1996;36:7-10.
12. Ersoy Y, Aysan E, Meric A, Kadioglu H, Cengiz MB, Bozkurt S. Does adrenaline spraying over thyroidectomy area reduce bleeding? *Int J Clin Exp Med*. 2014;7:274-9.
13. Abt D, Bywater M, Engeler DS, Schmid HP. Therapeutic options for intractable hematuria in advanced bladder cancer. *Int J Urol*. 2013;20:651-60.
14. Vaeusorn N, Viranuvatti J, Singchoovong L. Post-biopsy haematuria successfully treated by selective transcatheter epinephrine injection. *Br J Radiol*. 1981;54:425-6.