

# TOXICIDAD AGUDA REFRACTARIA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Jerviz Guía VG, Fernández Quiles IM, Prieto Prieto C, Chacón Mcweeny V, Blasco Valls P, Hernández Uribe VC, Villén Villén JC, Lazo Prados A, Castillo Pérez I.  
Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario San Cecilio, Granada

**INTRODUCCIÓN:** La toxicidad relacionada con el tratamiento radioterápico es una consecuencia directa de los procedimientos oncológicos que se requieren para tratar a un paciente con intención radical, sin embargo, en algunos casos a pesar de tomar medidas preventivas y correctivas específicas, puede ocurrir una evolución desfavorable. Es importante que llegado este punto nos replanteemos el caso clínico y busquemos otras causas que comprometan la mejoría del paciente; a continuación, comentaremos un caso clínico donde la evolución tórpida requirió de un ingreso hospitalario prolongado que trajo consigo finalmente el descubrimiento de la causa de la mala evolución del paciente. Paciente de 54 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de borde lingual lateral izquierdo. El TC muestra hipercaptación en banda paralela a la cortical interna del cuerpo mandibular izquierdo, que contacta con la superficie ósea sin erosión o infiltración y la biopsia confirma la presencia de un carcinoma infiltrante de células escamosas (cT2N0). Se decide tratamiento con tumorectomía y vaciamiento cervical homolateral. La AP definitiva demuestra un carcinoma epidermoide bien diferenciado, con invasión perineural, márgenes libres y un vaciamiento cervical negativo (pT3N0M0). Durante la planificación de la radioterapia adyuvante, se detecta en el TC de simulación un nódulo en el nivel IB derecho, decidiendo realizar vaciamiento cervical contralateral. Se confirma metástasis por carcinoma de células escamosas en una adenopatía y desbordamiento capsular en dos adenopatías aisladas (pT3N1(1/12)M0). Recibe radioterapia (PTV1: 63 Gy a 2,1 Gy/fx en lecho quirúrgico y en adenopatía en nivel IB derecho; PTV2: 54 Gy a 1,8 Gy/fx en cadenas cervicales de bajo riesgo) y cisplatino coadyuvante. Presenta una toxicidad aguda común, con astenia, emesis, disfagia, odinofagia, mucositis y radiodermatitis. Al final del tratamiento, la radiodermatitis G-III y la mucositis G-IV provocan intenso dolor, prescribiendo parche de fentanilo, fentanilo intranasal, AINES y corticoides, además de geles y colutorios específicos, a pesar de lo cual el dolor persiste (EVA basal 7/10; EVA irruptivo 8/10). La mucositis presenta una evolución desfavorable, con sobreinfección y comprometiendo la alimentación, por lo que es ingresado.

**OBJETIVOS:** A propósito del caso clínico referido, planteamos revisar los factores que pueden aumentar el riesgo de toxicidad aguda postradioterapia.

**METODOLOGÍA:** Revisión de la historia clínica exhaustivamente, así como de la planificación y la dosimetría del tratamiento con radioterapia. A continuación, revisión, no sistemática, en la literatura científica.

**RESULTADOS:** El paciente persiste con dolor (EVA basal 5/10; EVA irruptivo 9/10) a pesar de analgesia con infusión de 80 mg de morfina/24h, y rescates de 15 mg de cloruro mórfico intravenosos previos a las comidas. Profundizando en la anamnesis, el paciente refiere realizar enjuagues bucales con colutorios prescritos cada 2 horas todos los días, descubrimos así una posible explicación a su empeoramiento. Se decide realizar gastrostomía de alimentación, durante la intervención se diagnostica una hernia de hiato por deslizamiento con la mayor parte del estómago en la cavidad torácica. Se desestima el procedimiento y se opta por yeyunostomía de alimentación.

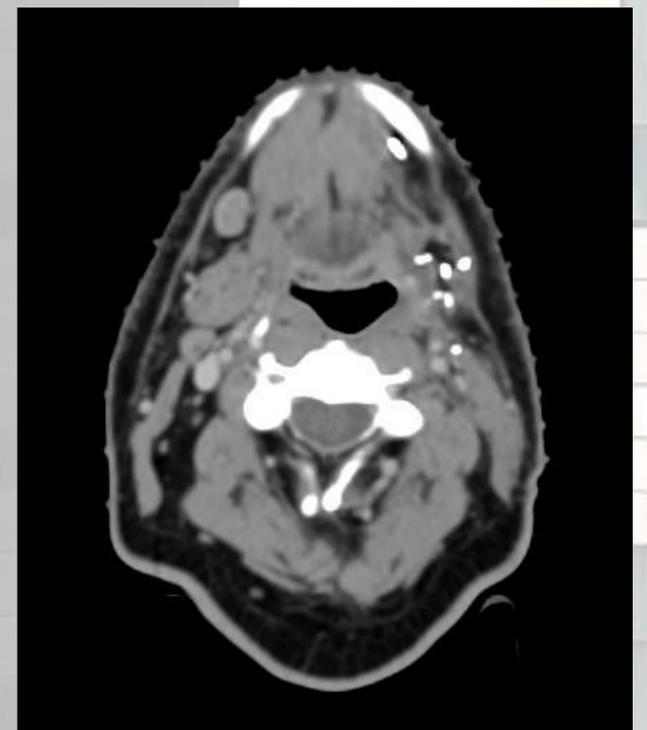


Imagen 1: TC de simulación

**CONCLUSIONES:** El reflujo gastroesofágico, en este caso en el contexto de una hernia de hiato complicada, parece ser un importante factor de riesgo para el empeoramiento de la mucositis radioinducida. Los colutorios deben utilizarse con precaución, ya que su abuso puede empeorar la mucositis por abrasión química.

