



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/78 - MIEDO Y DOLOR AL PRINCIPIO DEL FINAL, ACOMPÁÑAME. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Rivera Panizo^a, J. Villar Ramos^b, L. Rodríguez Vélez^c, M. Tobalina Segura^d, E. Lino Montenegro^e y G. Rosario Godoy^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Muriedas. Cantabria.

^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 88 años con AP de HTA, DM2, dislipemia. EPOC, HBP. IAM inferoposterior hace 25 años, realizándose cateterismo con lesión grave en DA y ecocardiograma: Escara aneurismática inferoposterobasal. FEVI 40%. Ictus isquémico perfil embólico izquierdo hace 3 años, desde entonces deterioro cognitivo progresivo. Diagnosticado hace 2 años de Adenocarcinoma en antro gástrico, realizándose Gastrectomía subtotal, linfadenectomía y reconstrucción en Y de Roux. Escala de comorbilidad Charlson: 8, corregida con edad: 12. Hace 3 meses se diagnostica carcinoma urotelial in situ con RTU, sobre el que se decidió no realizar otros tratamientos debido al estado del paciente. Acude a su MAP por dolor abdominal, sobre todo en FID, continuo desde hace unos 15 días que cede con analgesia de primer escalón; reaccide a consultas de atención primaria por reaparecer el dolor (EVA 7), asociando insomnio por dolor y nerviosismo, astenia, anorexia y pérdida de peso de 6 Kg, por lo que se le realiza TAC en el que se evidencia progresión a nivel pulmonar, hepático e hidronefrosis grado III en riñón derecho; motivo por el que se decide consultar a Unidad de Cuidados Paliativos para seguimiento conjunto.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Estable y afebril. Palidez mucocutánea. NHNP. ACP: rítmico sin soplos. Buena ventilación bilateral, algún crepitante inspiratorio en bases. Abdomen: RHA+, blando, depresible, doloroso a la palpación en FID y hemiabdomen derecho, defensa voluntaria, no masas ni megalias, timpánico. No peritonismo. Analítica: leucocitos $9,8 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 11,8 g/dL, hematocrito 35,6%, VCM 91 fL, plaquetas $276 \times 10^3/\mu\text{L}$. Urea 95 mg/dL, creatinina 1,47 mg/dL, FGE 42 ml/min/1,73 m², gamma-GT (GGT) 187 U/L, fosfatasa alcalina 266 U/L. Resto normal. Elemental y sedimento: proteínas totales ++, hemoglobina +++, nitritos negativo, leucocitos +, sedimento: hematíes > 100 por campo. Leucocitos de 30 - 40 por campo. TAC abdomino-pélvico: presencia de al menos tres nódulos en base pulmonar izquierda y uno en base pulmonar derecha hallazgos sugestivos de diseminación metastásica. Derrame pleural derecho con atelectasia laminar asociada. Hígado con signos de hepatopatía crónica, con presencia de múltiples nódulos hipodensos de distribución difusa, hallazgos compatibles con diseminación metastásica. El

riñón derecho presenta quistes corticales, con una urétero-hidronefrosis grado III. Dilatación de todo el sistema excretor derecho hasta meato probablemente secundario a proceso neoplásico del paciente. Líquido libre intraabdominal en pelvis y la paracólico derecho. Citología de orina: positivo para células malignas, compatible con carcinoma urotelial de alto grado. Biopsia vesical: carcinoma urotelial in situ con extensión a nidos de Von Brunn. Lesión sospechosa de carcinoma urotelial sólido de alto grado y pobremente diferenciado, que infiltra la lámina propia.

Juicio clínico: Carcinoma urotelial y ADC gástrico con diseminación metastásica (pulmón y hepática).

Diagnóstico diferencial: Dolor musculoesquelético. ITU. Hidronefrosis derecha en grado moderado-severo no susceptible de nefrostomía.

Comentario final: El aumento de la esperanza de vida y la cronificación de algunas enfermedades hace que sea necesario poner especial interés en mejorar la calidad de vida y la calidad de muerte de las personas. El dolor en pacientes en cuidado paliativo representa más que una sensación nociceptiva, incluye aspectos como personalidad, emociones y relaciones psicosociales. De forma conjunta la UCP con MAP, se pretende acompañar a paciente y familiares en el proceso de una enfermedad paliativa, en este momento es cuando es más necesario que nunca, "Cuidar más que curar". En nuestro caso, comenzamos tratamiento con paracetamol, tapentadol 50 mg cada 12 horas hasta 100 mg, dexametasona 4 mg: 1/2 cada 24 horas, lormetazepam, Evacuol y se siguió de forma exhaustiva acompañándole en el proceso de su enfermedad tanto a nivel físico como psíquico.

Bibliografía

1. Gómez-Batiste Alentorn X, Roca Casas J, Pladevall Casellas C, et al. Atención Domiciliaria, Monografías Clínicas en Atención Primaria. Doyma, Barcelona, 1991: 131-49.