



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/71 - AVANZANDO JUNTOS EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

I. Rivera Panizo^a, M. Nielfa González^b, J. Bustamante Odriozola^c, E. Abreut Olsen^d, A. Casal Calvo^e y A. del Rey Rozas^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 El Alisal. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, fumador y exbebedor moderado, AP de HTA y DM2, presenta seguimiento exhaustivo por atención primaria y digestivo por Cirrosis hepática OH, Child Pugh A, sin descompensaciones hasta el momento y posteriormente diagnosticado de hepatocarcinoma, tratado con termoablación percutánea en dos ocasiones y RFA laparoscópica presentando recidiva multifocal, realizándose quimioembolización hepática sin lograr control local con aparición de metástasis óseas múltiples y suprarrenal izquierda. Recibió Radioterapia paliativa por compresión radicular y tratamiento con sorafenib, retirado por presentar en las últimas semanas deterioro del estado general y de la función hepática. En tratamiento con fentanilo transdérmico 25 µg cada 72 horas y pregabalina 75 mg con buen control del dolor hasta el momento actual, en que acude a MAP por dolor a pesar de analgesia habitual. Refiere dolor irradiado de espalda por tórax izquierdo submamario tipo punzante y dorsalgia generalizada. Se aumenta parche a 50 µg y rescates con fentanilo sublingual sin conseguir con ello control del dolor siendo necesario aumentar dosis de fentanilo. Tras ajustar analgesia, es valorado por Radioterapia que desestima nuevas sesiones de radioterapia paliativa. Asocia en los días posteriores síntomas respiratorios con tos, expectoración y disnea continuando con mal control del dolor motivo por el que se deriva a hospital. Durante su ingreso asocia dolor en brazo derecho que de acuerdo con el paciente no investigamos causa, ajustamos analgesia subiendo dosis de fentanilo y asociando CIM hasta control del dolor.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 36,8 °C, TA: 105/76 mmHg, FC: 67 lpm, SatO₂: 100%. Consciente, desorientado en tiempo. Bradipsíquico. Flapping positivo. CyC: no aumento PVY. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Abdomen: distendido, no doloroso, ascitis grado II. RHA+. EEII: edemas con fóvea. No signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. No alteraciones de la repolarización. Cultivo de Espudo: Streptococcus pneumoniae. Analítica: hemograma con 7.200 leucocitos (segmentados 71,7%, linfocitos 11,3%), hemoglobina 11,9 g/dL, hematocrito 34,2%. Plaquetas: 21.000. TP 68%, INR 1,31. Bioquímica con bilirrubina total 2,8 mg/dL, AST 61 U/L, ALT 50 U/L, gamma-GT (GGT) 420 U/L, fosfatasa alcalina 204 U/L, albúmina 3,1 g/dL, calcio 8,2 mg/dl, PCR 3,9 mg/dL. Resto normal. Rx tórax 2P: no condensaciones ni derrame pleural. TC abdomino-pélvico: Hígado presenta hepatopatía crónica evolucionada con incontables lesiones focales hipercaptantes aleatorias, sugieren afectación multifocal hepática masiva por HCC con significativa progresión. Suprarrenal izquierda con afectación metastásica. Lesión osteolítica con masa de partes blandas en espacio intervertebral entre vértebras dorsales. Gammagrafía ósea: foco patológico en esternón, diáfisis femoral y en T11-T10, ausencia

de captación por destrucción ósea en 11º arco costal izquierdo indicativo de afectación metastásica ósea blástica con componente lítico.

Juicio clínico: Hepatocarcinoma avanzado estadio IV con metástasis suprarrenal y óseas en fase terminal.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, encefalopatía hepática, enfermedad terminal, cirrosis descompensada

Comentario final: El abordaje del dolor oncológico en el paciente terminal constituye un reto, desde el punto de vista médico y ético. Es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable, en la que debe formar parte de forma conjunta familia, paciente y la UCP junto al MAP. La máxima a tener en cuenta está en la SECPAL afirmando que: "La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las organizaciones sanitarias y sociales".

Bibliografía

1. Sanz Ortiz J. Fentanilo transdérmico. El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica. Madrid: You & Us; 2001. p. 117-24.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. SECPAL.