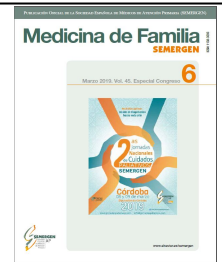




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

410/9 - EL PAPEL DEL ENTORNO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

P. Méndez da Cuña¹, V. Amores Sierra², A. Gallego Gallego³, S. Juárez Natividad⁴, R. García González⁵, J. Lorenzo Tejedor⁴

¹Médico Interno Residente. Centro de Salud de La Palomera. León. ²Médico Interno Residente. Centro de Salud Trabajo del Camino. León. ³Médico Interno Residente. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que acude a la consulta de AP porque los 10 días previos presenta anorexia, pérdida de peso y astenia progresiva. Al despertar nota pérdida de fuerza en MSD y disnea progresiva hasta aparecer con mínimos esfuerzos. El día que consulta se aqueja de pérdida de fuerza en EEII y caída al suelo sin pérdida de conciencia. Vive solo. Fumador de 20 cig/día. Sin antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Sat 90%. Hipofonesis en hemitórax derecho. Pérdida de fuerza en MSD. Resto normal. Analítica: Hemoglobina 10. Leucocitos 22.200 (78%N). Plaquetas 444.000. PCR 192. Resto normal. ECG: normal. TAC craneal: sin alteraciones. Rx de tórax: opacificación de hemitórax derecho con predominio de atelectasia con desplazamiento mediastínico hacia dicho lado. Con estos datos ingresa en Neumología para filiar la etiología de estos hallazgos: TC torácico: atelectasia de LSD secundaria a obstrucción de bronquio principal y del bronquio del LSD. Se observan los bronquios del LM y del LID estenosados. Condensación periférica con broncograma aéreo en LM. Adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas de 1,3 cm. Broncofibroscopia: cuerdas vocales con nódulos blanquecinos compatibles con leucoplasia. En el bronquio principal derecho se observa una masa endobronquial blanquecina. Citología: positiva para malignidad compatible con carcinoma escamoso queratinizante. Biopsia: carcinoma epidermoide. Marcadores: CEA 5,95. Enolasa 9,8. Antígeno SCC 0,8. PET-TAC: nódulo pulmonar hipermetabólico en el bronquio principal derecho sugestivo de tumor pulmonar maligno. Atelectasias de LSD, LM y LID acompañadas de patología inflamatoria/infecciosa. Espirometría: FEV1 65%, FVC 53%, FEV1/FVC 96%. Alteración ventilatoria no obstructiva de grado moderado. El paciente es valorado por ORL que descarta malignidad en lesión de cuerda vocal. El servicio de neurología realiza electromiograma llegando al diagnóstico de plexopatía braquial derecha compresiva no relacionada con su patología tumoral. Dada la mala funcionalidad respiratoria, se desestima cirugía y se deriva a Oncología y Radioterapia para tratamiento. El paciente comienza con tratamiento radioterápico que suspende poco después por su cuenta. Desde Atención primaria se intenta contactar con el paciente sin éxito. Tras 6 meses aparece en el servicio de urgencias por empeoramiento del estado general. Es ingresado y se realiza TAC de control donde se evidencia progresión de la enfermedad. Se desestima tratamiento curativo. Desde Atención Primaria, tanto médicos como enfermeras realizan un seguimiento del paciente más cercano. El paciente vive solo, no presenta apoyo familiar y sus recursos son limitados. Esta situación se pone en conocimiento de los Servicios Sociales. Después de dos meses se traslada al hospital por deterioro del estado general, llegando a precisar nutrición parenteral. Tras su ingreso en la unidad de cuidados paliativos se solicita una cama socio-sanitaria para continuar con los cuidados que precisa, ante la imposibilidad de retorno al domicilio, ya que no

cuenta con el apoyo familiar adecuado.

Juicio clínico: Carcinoma de pulmón en progresión.

Diagnóstico diferencial: Cuerpo extraño, tuberculosis, fibrosis pulmonar, neumotórax, derrame pleural o TEP.

Comentario final: Este caso pone de manifiesto la importancia de una buena relación médico paciente. Este paciente desaparece del sistema sanitario durante 6 meses y el tiempo en este tipo de patologías es un factor determinante para la evolución y pronóstico. Además, durante ese tiempo no recibe tratamiento. Por otro lado, cabe destacar el importante papel que juega en la etapa final de la enfermedad dando apoyo en el domicilio e interviniendo para que tenga un apoyo adecuado a nivel social. Y por último se pone de manifiesto la importancia del apoyo familiar.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.