



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

## 410/15 - MIS ÚLTIMOS DÍAS

P. Hernández Burgos<sup>1</sup>, A. Cereijo Pardiñas<sup>2</sup>, S. González Amaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Alcalá la Real. Jaén, <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz, <sup>3</sup>Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años con diagnóstico de linfoma no Hodgkin B tipo Malt gástrico estadio IV B con gastritis por Helicobacter pylori que ingresa en Medicina Interna por sospecha de embolia pulmonar. Previamente se había evaluado la situación actual de su enfermedad con TAC, Endoscopia digestiva alta y biopsia medular, observando extensión medular del linfoma con persistencia de adenopatías retroperitoneales, en nivel IV yugular y supraclavicular izquierda, aunque había desaparecido a nivel gástrico y se había erradicado Helicobacter. Durante el ingreso en Medicina Interna, endocrino también valoró a la paciente por reducción de la ingesta procediendo a la colocación de sonda nasogástrica con suplementos proteicos, y Neurología valoró un posible deterioro cognitivo moderado-severo con marcada acinesia para lo que solicita punción lumbar para estudio de marcadores de demencia, pero dada la anticoagulación por embolia pulmonar se pospuso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Vive con su esposo, dos hijas y nieto de 15 años, vida cama-sillón, dependiente total para actividades básicas de la vida diaria, uso de pañal y sonda vesical, anorexia, portadora de sonda nasogástrica, aunque algún alimento lo tolera vía oral, así como la medicación, dolor lumbar que mejora con el reposo y aparece con el movimiento, por lo que permanece principalmente en la cama. No disnea con auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen no doloroso y anodino, no estreñimiento, no úlceras por presión, pérdida de memoria, episodios de desorientación, dificultad para conciliar el sueño. No conoce diagnóstico, ni pronóstico. TAC cráneo-cuello: no lesiones ocupantes de espacio, lesiones isquémicas de pequeño vaso de carácter crónico. Aumento adenopatías en nivel IV yugular izquierda y supraclavicular izquierda. TAC tórax: bronquiectasias periféricas, condensaciones pulmonares derechas e izquierdas en probable relación con brocoaspiración. TAC abdominopélvico: dos lesiones hipodensas hepáticas con dilatación vía biliar intrahepática, masa retroperitoneal que afecta a vértebras lumbares con afectación de orificios de conjunción L1-L2, L2-L3, con afectación de canal medular en L2, afectación de músculo psoas. Resonancia magnética craneal y abdominal no posible realizar por falta de colaboración de la paciente.

**Juicio clínico:** Linfoma tipo Malt estadio IV con progresión adenopática, deterioro cognitivo moderado-severo, síndrome constitucional-desnutrición mixta, embolia pulmonar con trombosis venosa profunda de vena femoral profunda y femoral común izquierdas.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de Parkinson, trastorno depresivo.

**Comentario final:** Cuatro días tras su inclusión en Cuidados Paliativos, la paciente es ingresada por decaimiento y malestar general, con sedimento en sonda urinaria y disminución progresiva de la conciencia.

Presenta caquexia intensa con sequedad de mucosas y piel, palidez cutánea y hematomas diseminados, así como ruidos de secreciones de vías altas transmitidos. En la analítica se muestra hiponatremia severa e infección del tracto urinario. Dos días tras su ingreso mantiene malestar general, respuesta solo a estímulos intensos, deterioro manifiesto con respecto al domicilio y espasticidad cervical. Se informa a la familia de la evolución tórpida de la paciente, solicitando éstos evitar el sufrimiento en sus días finales. En los siguientes días presentó empeoramiento clínico, con hipofonesis pulmonar, escasa respuesta a estímulos, edemas y recorte de diuresis. Se pautó de nuevo bemiparina, eritropoyetina y antibioterapia en función de los resultados de urocultivo, además de su tratamiento analgésico con morfina en parches y en bolos si precisaba, junto a una interconsulta a Rehabilitación para pautar ejercicios para cambios posturales y evitar espasticidad.

## Bibliografía

Madrid. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. Actualizado 2014. Consultado 24/1/2019. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiacp.pdf>

Aldamiz-Echevarria Iraúrgui B. Fisterra. 2017. Guía de agonía. Actualizado 23/08/2017, consultado 24/01/2019 .Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/agonia/>

Lamelo F, et al. Fisterra. 2014. Control de síntomas en cuidados paliativos. Actualizado en 12/11/2014. Consultado 24/01/2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/>