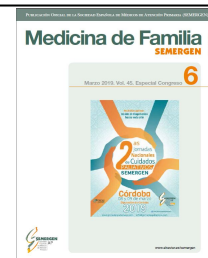




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

410/15 - MIS ÚLTIMOS DÍAS

P. Hernández Burgos¹, A. Cereijo Pardiñas², S. Gonzalez Amaya³

¹Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Alcalá la Real. Jaén, ²Residente de 3^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz, ³Residente 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 consciencia.

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 repuesta 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>

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

Lameló 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/>