



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

## 410/37 - ¿POR QUÉ OTRA VEZ A MÍ?

Z. Maravi Jaime<sup>1</sup>, G. Castiñeiras Pardo<sup>2</sup>, F. Mora Moreno<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> en Medicina Interna y Comunitaria. Médica de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. <sup>3</sup>Tutor Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 82 años traída por su hija a nuestra consulta, refiriendo detectar un “bultito” en cicatriz de mama izquierda cuando ayudaba a asear a su madre. Paciente refiere notárselo desde hace tiempo sin darle importancia. Antecedentes personales: cáncer de mama infiltrante ductal Izquierda pT2N1 (1998), carcinoma ductal infiltrante derecha pT1cN0 (2006). Síndrome depresivo, FRCV, AIT.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta: exploración integral normal, excepto mama izquierda: tumoración mediana, indurada, bordes irregulares, adherida a cicatriz, retracción de piel, no doloroso, no palpación de adenopatías. Estado de ánimo adecuado. Mamografía urgente: tumoración de 40 × 30 mm que infiltra pezón confirmando sospecha patología tumoral (recidiva). Biopsia de aguja gruesa con control ecográfico: carcinoma infiltrante. Mastectomía simple izquierda por unidad de mama, con resultados anatomía patológica: carcinoma infiltrante tipo no especial, sin invasión vascular, hormonodependiente. Previamente a intervención: paciente demanda atención en consulta y servicio de urgencias hospitalarias refiriendo inapetencia, crisis hipertensivas, hiperglucémicas, estreñimiento, mareos, pérdida de fuerza de miembros inferiores, encamamiento, insomnio y leve deterioro estado general. Analíticas dentro de la normalidad, TAC craneal: descarta metástasis cerebral. Sospechamos síndrome ansioso-depresivo previo a intervención y reexperimentación situaciones similares, pautando tratamiento disminuyendo relativamente su clínica. Derivada para seguimiento y tratamiento paliativo por equipo soporte de cuidados paliativos (ESCP) y equipo de atención primaria (EAP) por Servicio de Oncología quienes conjuntamente con paciente y familia desestiman estudio de extensión ante rechazo de tratamiento adyuvante por la paciente y tras valorar su situación clínica de complejidad funcional. Tras valoración integral de situación, entorno, detección de necesidades de paciente y familiares por ESCP y EAP conjunta, se habla con hijos informándoles del proceso, situación de gran complejidad y fragilidad de la paciente, asimismo de la atención, recursos que va a recibir y las perspectivas que se tienen: control sintomático posible en función de evolución. Reajustamos tratamiento sintomático y brindamos consejos de manejo y cuidados. Paciente es conocedora de su situación pero no comenta ni pregunta acerca su situación. Se detecta que a pesar de que hijos tienen toda la información del proceso no asimilan el objetivo y el No hacer; acudiendo en varias ocasiones a Urgencias. Volvemos a hablar con hijos para mejorar afrontamiento familiar, evitar desconfort de la paciente; entendiendo y confirmando lo que se les explica. Aconsejamos informar al padre para resolver dudas, planteamientos y pueda afrontarlo. Paciente está estable, sin dolor, más animada y colaboradora. Continúa seguimiento por equipos médicos con buen afrontamiento del proceso. Lamentablemente paciente empeora por progresión de su proceso requiriendo sedación domiciliaria en sus últimos días produciéndose finalmente el exitus con buen afrontamiento familiar.

**Juicio clínico:** Recidiva cáncer de mama. Síndrome ansioso depresivo secundario a patología tumoral.

**Diagnóstico diferencial:** Cáncer de mama primario y/o recidivante. Queloide. Lesión tumoral benigna. Absceso. Síndrome ansioso depresivo. Metástasis.

**Comentario final:** La actuación conjunta de ESCP y EAP es muy importante, enriquecedora y facilita brindar el máximo confort a nuestros pacientes que requieran cuidados paliativos. Nos ayuda a entender, aceptar las nuevas circunstancias y decisiones del paciente. Evitándole sufrimiento innecesario, brindándole apoyo integral en todas las esferas vitales (en este caso la esfera psíquica a pesar de la física). Nos permite abordar, apoyar a la familia para un mejor afrontamiento del proceso y pérdida que experimentan, fortaleciéndola para que continúe siendo uno de los principales puntos de apoyo para el paciente.

## Bibliografía

Guía de cuidados paliativos 2014. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Disponible en: URL <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

Guinot JL. La depresión en el paciente oncológico en la fase final de la vida. Psicobioquímica. 2013;2:5-13.

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