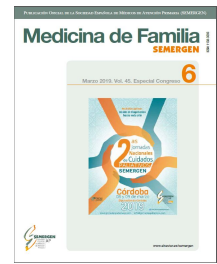




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



410/33 - SOLVENTAR EL PROBLEMA EN EQUIPO

A. Cubelos Fernández¹, M. Ajenjo González², N. Cubelos Fernández³, A. Adlbi Sibai⁴, J. Cocera Ruiz⁵, A. Peñalver Andrada⁶

¹Farmacéutica. León. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. San Andrés del Rabanedo. León. ³Residente. Centro de salud José Aguado. León, ⁴Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trabajo del Camino. León. ⁵Enfermero. Hospital Caule. León. ⁶Residente de 2^o año en Medicina Familiar y Comunitaria. San Andrés del Rabanedo. León.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 48 años que ingresa por dolor mal controlado, vómitos alimenticios y estreñimiento. Alergia a metales no nobles. IQ fractura de tibia-peroné. Historia oncológica: Adenocarcinoma recto diagnosticado en 2015, intervenido y con QT adyuvante. Ante progresión y fístula uretral baja, se procede a prostatectomía-cistectomía radical con anastomosis ureteroileal. Diagnóstico de cistoprostatectomía radical por adenocarcinoma intestinal pobremente diferenciado con componente mucinoso que infiltra vejiga y próstata (estadio PT4B). Invasión linfovascular y perineural (octubre 2018). Recibió quimioterapia y cirugía paliativa abdominal reciente. En tratamiento actual con radioterapia. Previo ingreso en Medicina Interna por bacteriemia secundaria a infección de herida quirúrgica.

Exploración y pruebas complementarias: COC. Palidez cutáneo-mucosa. Postrado por dolor. Eupneico. TA 120/70 mmHg. Tª 36,8 °C. No adenopatías periféricas. SatO2 97%. ACP: cor rítmico, no se auscultan soplos; MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, con malestar a la palpación. Bolsa de colostomía con restos (coloración normal). Bolsa de urostomía con emisión de orina clara. EEII: Atrofias musculares en miembros inferiores; no signos de trombosis venosa profunda, no edemas. Hemograma: hematíes 4.420.000. Hb 13 g/dl, Hcto. 37,6%, VCM 85, HCM 29,4, CHCM 34,6. 10.300 leucocitos (75,2% neutrófilos), 533.000 plaquetas. Coagulación: TTPA 27,4, Tiempo de protrombina 12,5, TP 88%. INR 1,08. Fibrinógeno derivado 450 mg/dl. Bioquímica: glucosa 103, urea 138, creatinina 2,8 (previa 3,06), AST 27, ALT 16, ALP 223, GGT 39, Proteínas totales 7,6, CT 145. Calcio 9. Fósforo 5,2, Amilasa 82, CK 91, LDH 554, bilirrubina total 0,23. Hierro 84, transferrina 209, IST 40, ferritina 490. Albúmina 4,1. Cloro 77. Sodio 26. Potasio 4,3. ECG: taquicardia sinusal. Eco abdominal: hígado múltiples imágenes hipoecogénicas y heterogéneas en todo el parénquima explorado compatibles con metástasis ya conocidas. Porta permeable. Vesícula distendida pero de pared fina sin signos de colecistitis. Vía biliar de calibre normal. Bazo homogéneo tamaño normal. Ambos riñones son de tamaño normal, conservan buena diferenciación corticomedular. Vía excretora no dilatada del riñón derecho. Moderada dilatación pielocalicial izquierda sin lograr identificar la causa obstructiva. Se observa en grupos caliciales inferiores del riñón izquierdo contenido ecogénico en la luz, que podría corresponder a detritus o pionesofrosis. Pequeña cantidad líquido libre en pelvis. Vejiga vacía. Sistemático y sedimento: densidad 1.020, leucocitos 500/mm³. Nitritos negativo. p11 5. Proteínas 25 mg/dl. Glucosa negativo, cuerpos

cetónicos negativo, bilirrubina negativo. Urobilinógeno negativo. Eritrocitos 25/mm³; Sedimento: ligera presencia de bacterias y leucocituria moderada.

Juicio clínico: Vómitos secundarios a fracaso renal agudo de probable origen prerrenal). Adenocarcinoma de recto en progresión con Mtx pulmonares, hepáticas y óseas. Dolor mal controlado.

Diagnóstico diferencial: Se realizó interconsulta a: Urología: No patología urológica en el momento actual. Nefrología. Oncología:

Comentario final: Se trató con vancomicina y se realizó tratamiento con naproxeno en domicilio. Se trata de un paciente paliativo con deterioro importante del estado general y de acuerdo con ellos se decide ingreso en Unidad de Paliativos. Tras la continuación de la antibioterapia hasta acabar el ciclo y la rotación de opioides con resolución de la suboclusión intestinal, se consigue control sintomático con mejoría significativa del dolor consiguiéndose movilizar e ir al baño. Tras esta mejora sintomática se finalizan las sesiones de RT pendientes. La función renal ha mejorado con respecto al ingreso. Como el control sintomático es aceptable se decide en consenso con él (que lo prefiere) su traslado a su entorno habitual para seguir con el seguimiento y control con carácter ambulatorio por parte de Atención Primaria.

Bibliografía

Efectos secundarios de la quimioterapia. SEOM.

Efectos secundarios de la quimioterapia. Disponible en: www.aecc.es