



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2671 - Situaciones difíciles en el ámbito de urgencias: Cuando las noticias no son buenas

J. Mroz<sup>a</sup>, M. Boksan<sup>b</sup>, M.J. Conesa Espejo<sup>c</sup>, M. Sánchez Alaminos<sup>d</sup>, I.M. Martínez Ardiel<sup>e</sup> y D. Martínez Antequer<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia y Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Área 2. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se trata de una paciente de 55 años, extranjera, que acude sola a nuestro servicio de urgencias por presentar dolor abdominal leve, difuso, móvil e intermitente de más de un mes de evolución asociado a pérdida ponderal de 6 kg a lo largo de los últimos tres meses y aumento del perímetro abdominal en la última semana. Realizamos en las urgencias la exploración básica, una ecografía abdominal y tras los resultados procedemos a informar e ingresar a la paciente. AP: HTA. ERC estadio 3 de etiología HTA. Ecocardio 2012: sin alteraciones; Eco abdominal de junio-12 sin alteraciones. Actividad laboral: cuidadora. Vida independiente. Tratamiento actual: enalapril 20 mg 1-0-0; atorvastatina 40 mg 0-0-1.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, palidez cutánea. AR: aceptable en plano anterior. AC: rítmico a 80. lpm. AB: distendido aunque no a tensión, doloroso, con ruidos presentes y cierto tono metálico y signos evidentes de ascitis abundante. No edemas ni signos de TVP. En Urg: Glu 107. Creat 3,48. Ca 8,4. BT 0,4. GOR 43. LDH 229. Na 136. K 5. PCR 3,6. Hb 11,1. Hto. 34,1. VCM 87,4. Leuc 8.880 (75,2%S). Pla 393.000. Sedimento orina: 2-4 leuc/campo nitritos neg. ECG: RS a 80 lpm. Sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax PA-L: imágenes nodulares múltiples sugestivas de "suelta de globos". Eco abdominal URG: tumoración de ovario bilateral con carcinomatosis peritoneal (abundante ascitis). No uropatía obstructiva. Paracentesis diagnóstica y evacuadora: 3.000 cc de líquido amarillo verdoso, sin datos de infección de dicho líquido. IC Ginecología: genitales externos normales. Vagina amplia y elástica, con flujo sanguinolento. Cérvix de múltipara irregular, pétreo, no móvil. Se toma CCV y biopsia cervical de labio anterior y de labio posterior. Ecografía: útero en AVF con cérvix irregular, mal delimitado, de 3,5 cm en eje transversal. Ovario derecho aparentemente normal. Masa retrouterina irregular, difícil de delimitar. No líquido libre en este momento. CCV: metaplasia escamosa. Adenocarcinoma. Biopsia cérvix: cérvix labio anterior y posterior que muestra fragmentos de mucosa exocervical infiltradas por un adenocarcinoma cuyo inmunofenotipo sugiere un tumor mucinoso primario de ovario. Inmunohistoquímica: CK7: +. CK20: +. CDx2: +. Ca125: +. P53: +. CEA: +. Re: -.

**Juicio clínico:** Tumor mucinoso primario de ovario con carcinomatosis peritoneal y metástasis pulmonares múltiples en situación de últimos días.

**Diagnóstico diferencial:** Cirrosis hepática, ICC derecha, enf. metastásica de otro origen, ca. cérvix, tbc.

**Comentario final:** En nuestra práctica clínica con frecuencia nos encontramos con las situaciones límite, teniendo que dar una mala noticia al mismo paciente y a los familiares, pero es en las situaciones de muy mal pronóstico cuando encontramos verdaderas dificultades. A menudo, dada la carga asistencial, es complicado encontrar tanto el sitio como el momento idóneo para comunicar al paciente estas cuestiones. Considero que sería interesante establecer un protocolo intrahospitalario para tratar este tipo de situaciones, especialmente en pacientes si adecuado apoyo familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ichikura, Matsuda, Kobayashi, Noguchi, Matsushita, Matsushima Breaking bad news to cancer patients in palliative care: A comparison of national cross-sectional surveys from 2006 and 2012. Palliat Support Care. 2015;16:1-8.