

## 424/1065 - ALTERACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN PACIENTE TERMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Brizzi<sup>1</sup>, J. López Martínez<sup>1</sup> y L. Picazo García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campamento. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 67 años con antecedentes de HTA, exfumador, hepatopatía crónica por VHC. Diagnosticado en 2013 de adenocarcinoma de próstata estadio IV (T4N0M0) tratado con prostatectomía radical y radioterapia (RT); 2015: progresión enfermedad ósea que se trata con RT y varias líneas quimioterapia hasta 2019, cuando se decidió inclusión en Cuidados Paliativos a Domicilio por progresión de enfermedad ósea difusa. Domicilio: consultó por disfonía de una semana de evolución, asociaba disfagia grado I para sólidos y líquidos. Negaba odinofagia, disgeusia, disartria o disnea. Ha Inició fluconazol hace 3 días sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Gammagrafía ósea: lesiones en calota, macizo facial, esternón, parrillas costovertebrales, pelvis derecha, metáfisis femoral derecha, fémur izquierdo. TC: Enfermedad ósea esclerodifusa. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales. Datos de hepatopatía crónica, mínimo líquido libre intrabdominal. Esplenomegalia. Ganglios reactivos retroperitoneales. EF actual: CyC: cavidad oral sin mucositis ni candidiasis, no se palpan masas laterocervicales, NRL: trigémino sensitivo y motor normal, facial preservado, elevación simétrica velo paladar, protrusión lingual centrada, espinal normal, resto de pares craneales (PPCC), fuerza, sensibilidad y coordinación sin alteraciones. Resto exploración anodina.

**Orientación diagnóstica:** Disfagia funcional (infiltración/compresión IX-X PPCC en base cráneo por metástasis óseas).

**Diagnóstico diferencial:** Aftas orales, candidiasis, compresión extrínseca tumoral/adenopática. Funcional: afectación PPCC bajos por lesiones óseas, del nervio laríngeo recurrente por nódulos pulmonares, paraneoplásica, fibrosis postradioterápica.

**Comentario final:** Ante la sospecha de disfagia funcional por compresión n. del nervio glosofaríngeo, iniciamos tratamiento con dexametasona. Debido al deterioro funcional progresivo del paciente se desestiman medidas terapéuticas más agresivas. Evolución: pérdida vía oral, paso a vía subcutánea y priorizamos control sintomático. Conclusiones: la disfagia aparece en el 10% de enfermos con cáncer avanzado y debe considerarse la causa tumoral en neoplasias con enfermedad metastásica en cabeza y cuello. En la evaluación inicial deben distinguirse causas orofaríngeas/esofágicas y obstructivas/funcionales, evaluando los pares craneales responsables (V-VII-XI-XII). Debe considerarse el estado general del paciente y la evolución de la enfermedad si se plantean tratamientos intervencionistas, priorizando siempre las necesidades y calidad de vida del paciente paliativo.

## Bibliografía

1. Porta Sales J, Gómez-Batiste Alentorn X, Tuca Rodríguez A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal, 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Aran Ediciones SA; 2013.

**Palabras clave:** Disfagia. Metástasis. Paliativo.