

388/12 - UNA CAÍDA TONTA

A. Gorostidi Sesma¹, C. Zorzano Martínez², S. Sáez Jiménez¹, B. Alarcia Fernández³, P. Monfort Gil¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. La Rioja.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 68 años que acude a urgencias por dolor cervical postero-lateral derecho menos de 24 horas de evolución. Refiere caída accidental el día previo en su domicilio, golpeándose principalmente la región frontal izquierda y que el dolor va disminuyendo salvo con ciertos movimientos de giro de la cabeza que no puede hacer. Niega pérdida de conocimiento o amnesia posterior, tampoco refiere vómitos ni mareo u otros síntomas de alarma. Entre sus antecedentes personales, destacamos: adenocarcinoma de próstata Gleason 7 en ambos lóbulos en abril 2015, con PSA al diagnóstico de 150 ng/ml. Recibió bloqueo androgénico completo durante un mes. Se realizó un estudio gammagráfico compatible con metástasis óseas osteoblásticas en L4 y pelvis. En Junio del 2016, presenta empeoramiento del dolor con criterios de progresión ósea radiológica y bioquímica. En Enero del 2017, sufre empeoramiento con dolor costal derecho y a nivel lumbar, con aumento progresivo del PSA: 179 en enero y 297 en febrero, sin claros criterios de progresión radiológica por lo que se inició nuevo ciclo de quimioterapia. Tratamiento habitual: prednisona 20 mg 1-0-0, pregabalina 75 mg 1-1-1, tamsulosina/dutasterida 0.5/0.4 mg 1-0-0, bisoprolol 5 mg 0-1-0, ramipril 2.5 mg 0-1-0, ibuprofeno 600 mg 0-0-1, abiraterona 500 mg 2-0-0, fentanilo en parche 50 mg.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración el paciente está consciente y orientado, Glasgow 15, con clara palidez cutánea (anemia ya conocida) y eupneico. Cabeza y cuello: Hematoma frontal izquierdo leve, sin sangrado activo ni otras lesiones a simple vista. Exploración cervical: Extensión muy limitada por dolor severo. Flexión normal. Lateralizaciones y giros a ambos lados extremadamente dolorosos a la movilidad pasiva, con movilidad activa nula. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales sin alteraciones. Moviliza las 4 extremidades con normalidad. Fuerza basal y sensibilidad conservadas. Habla coherente. Ante dicha exploración, se solicita radiografía simple de columna cervical, en la que se objetiva una imagen patológica en C6. Se comenta con adjunto y traumatólogo de guardia, se decide solicitar TC cervical. La imagen es compatible con metástasis blásticas múltiples. Acuñamiento anterior del soma de C6 sin líneas de fractura. Leve escoliosis. Canal raquídeo de dimensiones conservadas.

Juicio clínico: Metástasis blásticas múltiples cervicales con acuñamiento anterior de C6, TCE leve sin signos de alarma y hematoma frontal izquierdo.

Comentario final: El paciente presentado era conocedor de su patología prostática e irreversibilidad de la misma pero no de su alcance real, por lo que fue entrevistado específicamente para saber cuánta información deseaba recibir. Concretamente, el paciente solicitó medidas de confort y descartar una posible fractura vertebral, sin llegar a conocer estrictamente el resultado del TC. Finalmente, se le pautó analgesia de rescate,

reposo relativo con collarín blando durante 3 días y calor local en región cervical. La comunicación de malas noticias se extiende más allá de los servicios de Cuidados Paliativos y Oncología, siendo su aprendizaje una de las herramientas clave para los médicos de Atención Primaria y de Urgencias.

Bibliografía

- González Guerra, E. Estrategias y comunicación: cómo dar malas noticias. *Más Dermatol.* 2011; 15: 20-24.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08. Anexo 3: protocolo de 6 etapas de Buckman. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo3_Comunicarnoticias.pdf