



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Medicina Paliativa

Presenta

Anel Guadalupe Gordillo Abadía

Docente

DRA. Ana Laura Domínguez Silva

Comitán de Domínguez, Chiapas

Julio 2020

CASO CLINICO

Mujer de 73 años de edad, a quien se le diagnostica Cáncer de mama en el 2013, fue manejada fuera del instituto con mastectomía radical y radioterapia, se mantuvo estable hasta mayo del 2016 cuando presenta cuadro de fatiga, astenia, adinamia, pérdida de peso no intencionada (16Kg), así como anemia que requirió varias transfusiones sin mejoría, motivos por los que es referida a este centro de salud con fines de investigación y tratamiento donde luego de realizar estudios de gabinete se le diagnosticó Cáncer de Mama ECV por metástasis hepáticas, óseas (cráneo, esternón, T11, húmeros, múltiples arcos costales, fémur y pelvis), y mieloptisis. Durante su ingreso el cuadro se acompañó además de náuseas, vómitos post-prandiales, sensación de saciedad temprana, ictericia, se descartó cuadro de oclusión intestinal o desequilibrio hidroelectrolítico; fue manejada en un principio con inhibidor de bomba de protones, ondansetrón, posteriormente se agrega domperidona sin mejoría del cuadro, lo que conllevó a descompensación importante.

Evaluada por el departamento de oncología médica quien no la consideró candidata a tratamiento oncológico activo; aunado a ello, tanto los familiares como la paciente se niegan a recibir cualquier tipo de tratamiento invasivo, motivos por los que se nos interconsulta.

Al momento de nuestra evaluación encontramos paciente, icterica, alerta, orientada, afebril, sin alteración en signos vitales. Cabeza: escleras ictericas, mucosa oral húmeda. Tórax: asimétrico por mastectomía izquierda, Pulmones hipoventilados en las bases, sin ruidos agregados, Corazón con RscsRs, no soplos audibles. Abdomen semigloboso, cicatriz quirúrgica antigua infraumbilical, doloroso a la palpación profunda de predominio en cuadrante superior derecho y epigastrio, con masa palpable en dichos cuadrantes que se extendía hasta mesogastrio. Extremidades Superiores: vía periférica en MPD. Extremidades Inferiores sin edema, pulsos adecuados. ESAS: Dolor 4/10, Debilidad 7/10, Anorexia 10/10, Náusea 9/10. MEC 30/34, PPS 30% PPI >4 puntos PAP Score B. TAC Abdomen: muestra lesiones nodulares a nivel hepático, que condicionan hepatomegalia y esplenomegalia, lo que condiciona compresión de la cámara gástrica, sin datos de obstrucción a su salida.

PREGUNTAS A DEBATIR

Pregunta 1. ¿Cuál sería la condición que explique la sintomatología digestiva?

R.- El Síndrome de Aplastamiento Gástrico, es la compresión extrínseca de la cámara gástrica producida por una masa en crecimiento, frecuentemente se debe a aumento del tamaño del hígado. Clínicamente se manifiesta por saciedad precoz, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal y dispepsia.

Pregunta 2. ¿Cuál sería la opción farmacológica más apropiada?

R.- Entendiendo el mecanismo por el cual se producen estos síntomas, las opciones farmacológicas más aceptadas son el uso de un antiemético con características procinéticas como la Metoclopramida a dosis de 10-20mg cada 6-8 horas. Además, el uso de un esteroide como la dexametasona, ha sido utilizado como coadyuvante en el manejo de náuseas y vómitos; sin embargo en este contexto es recomendado con la finalidad de disminuir la compresión tumoral mediante su efecto antiinflamatorio cuyas dosis pueden ser tan altas como de 40-80mg en 24 horas. Es importante añadir inhibidor de bomba de protones, especialmente cuando se usan estas dosis de esteroide.

Pregunta 3. ¿Cuáles medidas no farmacológicas podrían ser recomendadas?

R.- Además de incluir terapia farmacológica, es imprescindible acompañarla de medidas generales no farmacológicas, las cuales han demostrado disminuir la náusea en los pacientes terminales, tales como: Ingerir alimentos en pequeñas porciones, frecuentes, a temperatura ambiente, preferiblemente de consistencia líquida, evitar alimentos fritos, dulces, salados, y picantes, así como evitar olores fuertes.