

FRANCISCO PASCUAL BARRERO

INFORME CLINICO ONCOLOGÍA MEDICA

Paciente de 87 años

Antecedentes patológicos

ALERGIA a LAS SULFAMIDAS, PENICILINA, GENTAMICINA

No hábitos tóxicos.

Déficit de proteína C.

Hernia de hiato.

Inestabilidad a la marcha residual a toxicidad por gentamicina.

IQ: tumoración benigna de rodilla hace 20 años.

Independiente para las actividades de la vida diaria. Funciones superiores conservadas.

Antecedentes familiares oncológicos: no refiere.

HISTORIA ONCOLÓGICA

Desde el 2009, tumores superficiales de vejiga urinaria, intervenidos en múltiples ocasiones mediante RTU.

2009: pTa bajo grado

2013: pTa alto grado + CIS

Recibe 9 sesiones de 10 sesiones previstas por intolerancia por dolor vesical espasmódico intenso.

Ingresado desde el 18/07/2017 en Hospital Arnau de Vilanova por dolor pelvio-perineal espasmódico y hematuria. Se traslada a Hospital Delfos para valoración por urología. Ingresado en dicho centro hasta el 28/07/2017, realizándose revisión hemostática en quirófano por parte de urología. Se confirma la falsa vía uretral y se recoloca la sonda. Precisa bomba analgésica epidural. Como principal complicación, destacar que el paciente presenta mala tolerancia a los morfínicos, presentando cuadro confusional y apneas tras administración de morfina. En planta presenta mejoría progresiva tras ajuste de tratamiento, permitiendo la retirada de la bomba epidural, y mejoría progresiva de la clínica de intoxicación por opiáceos, y correcto control del dolor. En analítica presenta hipoalbuminemia (25). Valorado por nutrición, se inician suplementos hiperproteicos.

Se completa estudio con

TAC abdomen (21/07/2017): Hígado de tamaño, morfología y coeficiente de atenuación normal, sinevidencia de lesiones focales de tipo sólido ni de naturaleza quística. Retroperitoneo sin evidencia de masas ganglionares ni alteración de los grandes vasos. Vejiga urinaria depleccionada en paciente sondado (globo de sonda en uretra bulbar) con un engrosamiento mural de la pared lateral derecha y posterior de unos **5,2 cm en el plano anteroposterior y de 3,5 cm en el plano lateral**, con afectación de ambos meatos ureterales, con UHN bilateral con la presencia de sendos pigtails. El grosor de la lesión vesical máximo es de **2,58 cm con cambios infiltrativos de la grasa local y contacto con vesícula seminal derecha**. Signos inflamatorios periureterales sin signos de fuga de orina. Prostata de tamaño conservado con signos de RTU. Pequeña hernia de hiato. Cambios degenerativos en el marco óseo.

TAC torácico (24/07/2017): Elongación de la aorta torácica con dilatación aneurismática de la aorta ascendente con un diámetro máximo de 4,7 cm. Hilios pulmonares de morfología normal.

Paciente de 87 años, con comorbilidad controlada, antecedente de múltiples tumores superficiales tratados con RTU. Portador de doble J bilateral por UHN bilateral. Ha realizado recientemente RT hemostática, por hematuria (Hospital Arnau Vilanova de Lleida), e ingreso reciente por mal control del dolor, y hematuria. Actualmente, PS2, aceptable control del dolor.

1, Carcinoma urotelial vesical infiltrante localmente avanzado cT4 N0 M0 (afectación grasa perivesical e infiltración vesícula seminal), no candidato a tratamiento curativo. Valorado por urología, no se considera candidato a cistectomía. Comentado con RT, no candidato a tratamiento radioterápico a dosis radicales. Pendiente de nueva visita con RT, pdte de valorar posibilidad de RT paliativa a nivel vesical según sintomatología. Por parte de oncología, no consideramos candidato a tratamiento de QT por edad del paciente y riesgo de complicaciones con la QT. En cambio, se podría valorar tratamiento con inmunoterapia con atezolizumab en base a resultados del estudio fase II, invigor 210 cohorte de pacientes no elegibles para tratamiento con CDDP, siempre que el paciente mantenga PS apropiado. Explico al familiar del paciente, situación regulatoria del fármaco en el momento actual. Por razones de cobertura de mútua, no está incluido el tratamiento oncológico en nuestro centro. Se informa de finalidad no curativa del tratamiento.

2, Infección urinaria. Cistitis.

Paciente con antecedente de sondaje urinario reciente. Clínica sugestiva de cistitis en el momento actual, con sedimento con leucocituria. Indico tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500 mg/12 horas (paciente alérgico a la penicilina). Pdte de resultado definitivo del urocultivo. Acuerdo con el familiar del paciente contactar telefónicamente para resultados del cultivo, y comprobar la sensibilidad al tratamiento antibiótico iniciado.

3, Dolor vesical. Espasmos vesicales.

Paciente con neoplasia de vejiga localmente avanzada cT4 con infiltración grasa perivesical y vesícula seminal. Presenta dolor espasmódico. Actualmente bajo tratamiento con parche de fentanilo 50 mcgh y rescates de actiq 200, así como tratamiento corticoideo. Dada la sintomatología del paciente, aconsejamos activación del PADES/unidad de cuidados paliativos para optimización del control sintomático.

Atentamente,