Fecha: 12/03/2024 09:05

EPICRISIS

Datos Paciente

314200-0 06/02/2024 Na Rol. Fecha Ingreso: VALDÉS VEGA DOMINGO MASCULINO Nombre: Sexo: 3.194.078-8 15/06/1933 F. Nacimiento: Rut. 90 Años 8 Meses 27 Días Edad: GES: NO 1-98212701 Previsión: CONSALUD Telefono: Ley Urgencia: NO Día Pernoctados: 30 Unidad: 5005 Cama:

Datos Hospitalización

Fecha Ingreso: 06/02/2024 Hora: 16:28 Servicio: 7P NOR HOSP. MEDICO QUIRURGICO

Fecha Egreso: 07/03/2024 Hora: 13:10

Estado Egreso: FALLECIDO

Medico Tratante Dr(a) GASTON FIGUEROA MAUREIRA

Responsable Alta: Dr(a) GASTON LUIS FIGUEROA MAUREIRA

Resumen de Hospitalización

Diagnósticos:

- 1. TEP PESI 180 Clase V
- 2. FA paroxística
- 3. Cáncer gástrico IV con MTT óseas
- a. Cuidados paliativos
- b. Usuario de GTT por disfagia lógica (Instalación 19/02/24)
- 4. AKI KDIGO I resuelta
- 5. HPB
- 6. HTA

Historia clínica:

Paciente hospitalizado por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por trastorno deglutorio, con disfagia lógica, asociado a baja de peso de 10 kg. Consulta a otorrino de forma ambulatoria, quien solicita estudio de videofluroscopia orofaringoesofágica en la que se concluye: Signos de alteración de la fase faríngea de la deglución, con moderado residuo faríngeo y penetración de contraste a la vía aérea. Evaluado por gastro que estima pertinente completar estudio con EDA para descartar patología tumoral. Niega hematemesis, melena. Durante hospitalización cursó con episodios intermitentes de hematuria, con antecedente de HPB + litiasis vesical, no ha presentado RAO. Se inició terapia dual con tamsulosina/dutasteride y al alta evaluación ambulatoria por urología para plantear cirugía de enucleación + cistolitotomía endoscópica. Si RAO instalar foley de 3 lúmenes e iniciar irrigación vesical

Evaluado por ORL quien reporta: Se realiza Nasofaringolaringoscopía diagnostica y se introducen consistencias: liquido/blando/solido para evaluar su paso. Se anexa informe. Donde se evidencia Trastorno Deglutorio en fase faríngea. No aspiración. Aumento de volumen en pared posterior faríngea que desciende hasta área glótica (probable compresión extrínseca). Se Sugiere Tac de cuello, re-evalúa con resultados: no le parece que hay una lesión clara estenótica dado que tenemos Scanner de cuello sin estos hallazgos y una EDA + Nasofibro que no muestran lesiones. Sugiere rehabilitación fonoaudiológica y alimentación acorde a capacidad deglutoria actual. En EDA se realizó biopsia según protocolo Sydney.

El 19/02 se instala gastrostomía, sin incidentes reportados. Se inicia alimentación por GTT el 21/02 con diben 1.0 a 30 cc/hora VT 540 cc. Paciente el día de ayer en la tarde evoluciona con shock indiferenciado. Con cianosis peribucal, somnoliento, al control de SV PAM 50, FC 105 Sat 85-89% ambiental, T 35.9 HGT 159 al examen fisico: csps mp+ crepitos bb. Ritmo irregular abdomen: bdi rha+ sin resistencia abdominal GTT in situ eeii: sin edema, sin tvp EKG: FARVR. motivo por el cual ingresa a UTI. Se instala linea arterial. instalación de CVC derecho sin incidente rx de tórax sin neumotórax, se inicia NAD. ecoscopia: VCI sin oscilaciones, impresiona hipovolémico. control exámenes, medir PVC. Se volemiza con 2500 cc de SF con regular respuesta

Evoluciona en mejores condiciones generales, se mantiene con NAD a 0.03, O2 x naricera 3lt, con diuresis conservada. Niega dolor torácico, disnea, palpitaciones, o síntomas neurovegetativos. Refiere sentirse mejor. A la activación con KNT evoluciona con taquicardia sinusal, sin hipotensión ni aumento de requerimiento de O2.

Dado el contexto clínico se solicita angioTC de tórax en que se evidencia TEP de arterias pulmonares, por lo que se inició terapia anticoagulante con BIC de heparina. Pese a requerimientos de DVA en bajas dosis, no se planteó terapia fibrinolítica ni trombectomía. Adicionalmente cursa con AKI KDIGO II de probable etiología prerrenal, logrando recuperación tras volemización.

Se valora por urología; en espera de patología de base para eventual resolución de hiperplasia de próstata con litiasis intravesical y hematuria. Se realiza TAC que informa la presencia de múltiples lesiones oseas sin caracterización en el informe. Se conversa con paciente, solicita que no se le haga examen físico o mayor estudio, y desea alta pronta.

Durante los días posteriores evoluciona en mejores condiciones generales, HDN estable, sin DVA, aún con requerimientos de O2 suplementario.

Por otra parte se rescata resultado de biopsia que informa: Adenocarcinoma tubular. Se complementa estudio con TC TAP que informa múltiples lesiones metastásicas óseas. Evaluado por oncología el 23/02/2024 quien define cuidados paliativos, no siento candidato a QMT u otras terapias sistèmicas.

Exámenes complementarios:

EDA 12/02/24: Esófago: laringe normal, paso difícil por cricofaringeo por aparente compresión extrinseca por paredes posterior y lateral derecha, logrado el paso se pasa guía con la cual se accede en varias oportunidades, sin compromiso de mucosa.

Estomago lago gástrico claro, mucosa fúndica normal, mucosa corporal de incisural y antral muy congestiva, con erosiones superficiales de 2mm con estigmgas de sangrado reciente y adelgazaieno perdida de pliegues y áreas extensas de placas blanquecinas diseminadas. Piloro: central y franqueable. Duodeno: normal en bulbo, área prepailar normal

Biopsia: protocolo sideny 1y 2 antro 3 incsirusa 4 y 5 cuerpo

- Conclusión aparente comprensión extrínseca por paredes posterior y lateral derecha de cricofaringeo. Gastropatía aguda erosiva y crónica atrófica con extensa metaplasia intestinal corporo antral
- Se rescata biopsia 22/02/24: Adenocarcinoma tubular poco diferenciado, ulcerado, en la mucosa gástrica
- Fibronasoendoscopia 13/02: Trastorno deglutorio fase faríngea (aparente compresión extrínseca de pared posterior faríngea)

Laringeo: con aumento de volumen en pared posterior faríngea que logra cubrir la totalidad de la laringe, leve disminución de movilidad cuerda vocal derecha bien compensada por cuerda vocal contra lateral, cierre glogico completo. Se intengra consistencias liquidas blandas solidas con colorante, se evidencia retraso en aclaramiento permanene mucho en senos piriformes y valleculas, amaor consistencia solida, sin llegar a aspiración, glotis limpia durante deglución

- TC AP 16/02: Persiste engrosamiento parietal vesical inespecífico. Litiasis vesical. Adenopatías inguinales bilaterales. Persisten signos de paniculitis mesentérica. Ligera derrame pleural izquierdo. Resto sin cambios.
- TC torax 07/02: Fenómenos atelectásicos subsegmentarios bibasales. Derrame pleural y leve izquierdo asociado a mínima atelectasia pasiva del parénquima adyacente. Adenopatía paratraqueal derecha de aspecto sospechoso. Específicamente, no se observan alteraciones categóricas que consignar por este método en el esófago torácico. Se sugiere complementar con estudio endoscópico. Ateromatosis aorto coronaria calcificada
- TC de cuello 07/02: Examen sin hallazgos de significado patológico a nivel de los segmentos visibles del esófago cervical. Importantes cambios degenerativos interdiscales, interapofisarios y atlanto odontoideo que podrían ser mejor evaluados con RM.
- AngioTAC de Tx 22/02: Tromboembolismo pulmonar, de aspecto reciente, con signos de sobrecarga derecha.
 Exámenes de laboratorio:

26/02: Na: 137, K: 3.6, Cl: 111, PCR: 77.4, Mg: 2.0, Hcto: 31.9%, Hb: 9.9, Leucocitos: 13080, Plaquetas: 250000, BUN: 24, Albúmina: 2.0, Crea: 1.1.

Paciente evoluciona estable inicialmente, Se inicia anticoagulación, con apixaban, en dosis mínimas, 2,5 mg cada 12hrs, pero paciente presenta persistentemente hematuria franca, abundante el día 28/03/2024; evidenciada en pañal. Se decide suspender anticoagulación, dado riesgo de sangrado hemorragico perpetuado. Etiología de hematura es calculo urologico, el cual, paciente no desea, y se comprende, intervención alguna. Conoce a cabalidad ademas su Dg. Oncológico. Se plantea bajo IC a Cx. vascular, realizar colocación de filtro de vena Cava; lo cual se desestima en contexto de procedimientio invasivo, y paciente con cuadro oncològico de mal pronòstico. Se conversa con familiares (hijos) y con el paciente sobre los riesgo y beneficios de uso de FVC en contexto ademas de pronóstico de paciente, y se acuerda no realizarlo; paciente no desea mayores intervenciones, y se comprende su voluntad.

Paciente presenta nauseas, y vomitos recurrentes, que impresiona ser secundaria a cuadro gastroparesia por infiltración tumoral. Se conversa con enfermería para fraccionar dosis de fármacos y volúmenes de paso por GTT. Se deja medicación anti-emetica, presentando evolución fluctuante. Presenta el día de 04/03/2024, cuadro de descarga septica, con hipotensión, desaturación, febril. Se decide manejo de cuadro activo, pero proporcional a condición del paciente. Se explica situación a hijo, y con paciente, esta de acuerdo en no realizar maniobras invasivas. Se decide, dado apremio, y para confort, uso de morfina como analgesia e.v. Paciente fallece a las 13:05 del 07-03-24

Diagnósticos de Ingreso

- DISFAGIA

Diagnósticos de Egreso

- TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO

Resp. Alta GASTON LUIS FIGUEROA MAUREIRA 10787583-2