



## NOTA CLÍNICA

# Paraplejía en paciente con esquizofrenia

Mariela Rocío Rodríguez Rico<sup>1</sup>, Deborah Moreno-Alonso<sup>2</sup>, Maria Labori Trias<sup>2</sup> y Montserrat Olmo-Plaza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup>Servicio de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 7 de junio de 2018

Aceptado el 30 de enero de 2019

### PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, esquizofrenia, intervención precoz, valoración de necesidades, abordaje multidisciplinar.

### KEYWORDS

Palliative care, schizophrenia, early intervention, need assessment, multidisciplinary approach.

### Resumen

Presentamos el caso clínico de una mujer, con antecedente de esquizofrenia paranoide crónica, en tratamiento con diversos antipsicóticos, con fragilidad familiar importante, que consulta a urgencias por paraplejía de días de evolución, siendo finalmente diagnosticada de una compresión medular por neoplasia de pulmón avanzada. Al presentar este caso queremos destacar la importancia en la detección precoz de necesidades y de factores de complejidad para optimizar el abordaje e interrelación de recursos de la comunidad durante el proceso de enfermedad.

### Abstract

We report the case of a woman with a history of chronic paranoid schizophrenia on treatment with various antipsychotic drugs and with significant family fragility who presented at the emergency room with paraplegia for the past few days. She was finally diagnosed with spinal cord compression due to advanced lung cancer. In this case report we want to highlight the importance of early identification as regards needs and complexity factors in order to optimize the multidisciplinary approach and resource interrelationships during the disease process.

Rodríguez Rico MR, Moreno-Alonso D, Labori Trias M, Olmo-Plaza M. Paraplejía en paciente con esquizofrenia. Med Paliat. 2019;26(4):318-321.

\*Autor para correspondencia:

Deborah Moreno Alonso

Servicio de Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia (ICO). Avda. Granvia de l'Hospitalet, 199-203. 08907,

L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Correo electrónico: [deborah@iconcologia.net](mailto:deborah@iconcologia.net)

DOI: [10.20986/medpal.2019.1075/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1075/2019)

1134-248X/© 2019 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

## Introducción

El reciente cambio de paradigma en los cuidados paliativos en forma de intervención precoz<sup>1</sup>, tanto en enfermedades oncológicas como crónicas<sup>2</sup>, ha evidenciado beneficios, no solo a nivel de calidad de vida, mejoría sintomática física y emocional y de supervivencia<sup>1,2</sup>, sino también en la interrelación en los diferentes niveles de atención asistencial<sup>3</sup>. Asimismo, las recientes herramientas para la estratificación de la complejidad de los pacientes paliativos pueden ser de ayuda de cara a optimizar el manejo y abordaje de estos pacientes con los diferentes recursos disponibles en la comunidad<sup>4</sup>. La implementación de modelos que optimizasen dicha colaboración y cooperación entre los equipos asistenciales implicados en la atención del paciente y su familia debería permitir un abordaje adecuado a las necesidades en cada momento de la enfermedad<sup>3</sup>. A continuación presentamos un caso clínico donde la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales hubiese sido fundamental para su evolución y tratamiento.

## Caso clínico

Mujer de 50 años, con antecedentes de tabaquismo, obesidad, hipoacusia y esquizofrenia paranoide crónica, en tratamiento antipsicótico con olanzapina, clonazepam y paliperidona, que ingresa en el Servicio de Medicina Interna procedente de Urgencias, por un cuadro de aproximadamente dos semanas de evolución consistente en disnea, dolor cervicodorsal e inmovilización absoluta desde hace 2 días. En la exploración física destaca regular estado general, con deterioro funcional importante (Índice Barthel 20), signos de mala higiene y pediculosis; asimismo presenta saturación de 88 % basal sin síndrome febril, semiología de broncoespasmo con roncus dispersos, palpación de gran globo vesical y paraplejía con sensibilidad conservada. A nivel cognitivo, consciente pero desorientada en tiempo y espacio, con discurso incoherente y en diversos idiomas. Desde el punto de vista socio familiar, la paciente vive con su pareja que, por trabajo, pasa mucho tiempo fuera del domicilio (camionero) y tiene tres hijos, siendo una hija adolescente conviviente, la encargada de las tareas domésticas.

La radiografía de tórax (Figura 1) muestra una imagen con densidad de partes blandas que se proyecta en mediastino y hacia campo superior izquierdo, sin visualizar cuerpos vertebrales a esta altura, con infiltrados pulmonares bilaterales de predominio bibasal.

Se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico que evidencia una voluminosa tumoración de mediastino posterior que ocupa la mitad inferior del lóbulo superior izquierdo y que compromete la pared torácica, incluyendo columna vertebral y costillas adyacentes, compatible con neoplasia de primario indeterminado (pulmonar vs. neurógeno) (Figura 2), así como condensaciones multifocales, signos de neumopatía crónica y de pneumoconiosis. Por otro lado, destaca una masa pélvica compatible con una gran retención de orina (Figura 3). Durante el procedimiento se realiza una biopsia dirigida de la masa mediastínica.

Por la clínica respiratoria y los hallazgos del TAC se inicia antibioterapia de amplio espectro y se procede a sondaje vesical con salida de 2500 cc orina.

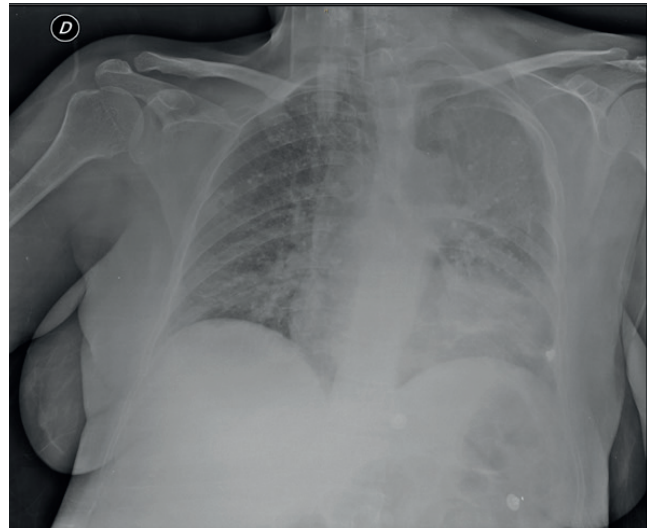


Figura 1. Radiografía de tórax frente: imagen con densidad de partes blandas que se proyecta en mediastino y hacia campo superior izquierdo, sin visualizar cuerpos vertebrales a esta altura.

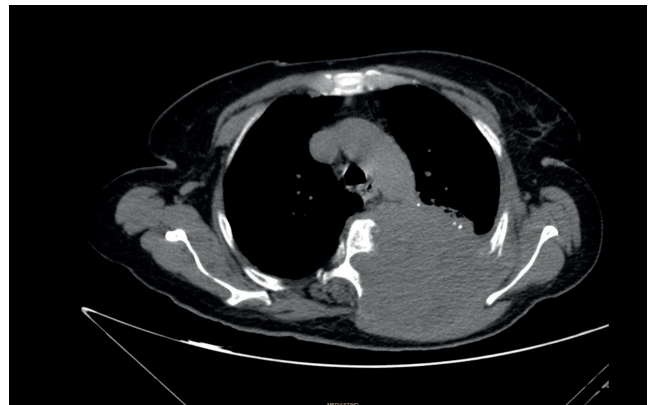


Figura 2. TAC torácico: voluminosa tumoración de mediastino posterior que ocupa mitad inferior del lóbulo superior izquierdo y que compromete pared torácica incluyendo columna vertebral y costillas adyacentes.

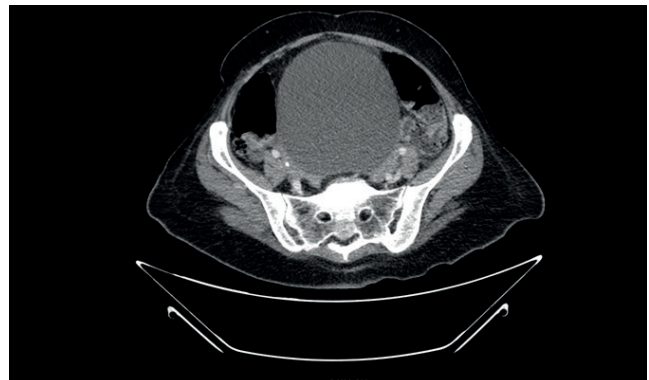


Figura 3. TAC abdomen y pelvis: marcada distensión vesical, compatible con retención aguda de orina.

Tras este hallazgo se realiza una RM vertebral (Figura 4) donde se observa una masa de partes blandas en pared torácica izquierda proximal de unos 111 x 102 x 85 mm (T, L, AP) que engloba los arcos costales de 2.<sup>a</sup> a 7.<sup>a</sup> costillas, destruye parcialmente los cuerpos vertebrales de D3 a D5, y se extiende hacia los agujeros de conjunción izquierdos de C3-C4 y C4-C5 y al canal raquídeo, donde desplaza y comprime el cordón medular con signos de mielopatía. Por otro lado, también muestra infiltración tumoral difusa y lesiones nodulares de menor tamaño en el resto de columna dorsal y lumbar, correspondientes a metástasis, por lo que dado el diagnóstico de neoplasia, se procede a cambio de servicio a Oncología Médica.

Dada la evidencia de una compresión medular establecida de tiempo indeterminado de evolución en una neoplasia avanzada metastásica, se desestima cirugía y se mantiene en reposo absoluto, iniciándose dexametasona a dosis altas junto con analgesia de primer escalón.

Durante el ingreso en Oncología, se informa de que la biopsia de la masa es compatible con un adenocarcinoma de pulmón. Por tanto, debido a la situación clínica actual, con Performance Status 3 secundario a compresión medular establecida D3-D5 secundaria a un adenocarcinoma pulmonar metastásico, de al menos 2 semanas de evolución y con factores de mal pronóstico, con Spine Instability Neoplastic Score (SINS) inestable (9 puntos) y escala pronóstica RADES (27 puntos, grupo I con supervivencia a los 6 meses de 11,3%), no se considera candidata a realizar ningún tratamiento oncoespecífico. Concomitantemente, dado que el dolor se encuentra controlado con analgesia de primer escalón, tampoco se considera tributaria de radioterapia antiálgica.

Dado lo previo y la fragilidad familiar, se realiza cambio de servicio a la Unidad de Cuidados Paliativos para abordaje

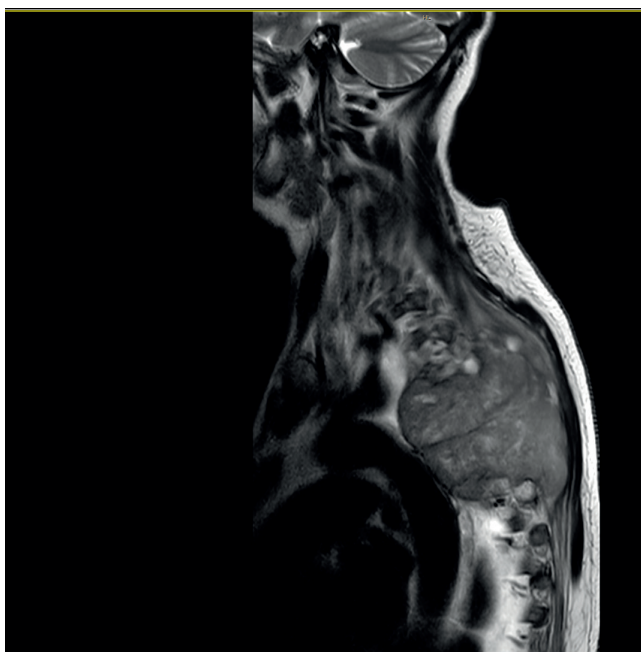


Figura 4. RM vertebral: masa de partes blandas en pared torácica izquierda que engloba los arcos costales de 2.<sup>a</sup> a 7.<sup>a</sup> costillas y destruye parcialmente los cuerpos vertebrales de D3 a D5.

multidisciplinar. Finalmente, y dado el aceptable control de síntomas, estabilidad de su patología psiquiátrica de base y la fragilidad familiar, la paciente es trasladada a un centro sociosanitario donde falleció 10 días más tarde.

## Discusión

Las personas afectas de esquizofrenia habitualmente tienen altas tasas de tabaquismo, obesidad y abuso de sustancias, por lo que la mayoría de las muertes prematuras se deben a enfermedades de causa cardiovascular y cáncer<sup>5,6</sup>. Algunos autores han investigado acerca de la incidencia de cáncer en pacientes con esquizofrenia, sin evidenciar mayor incidencia de enfermedades oncológicas respecto a la población general, pero sí describen una mayor mortalidad y un menor acceso a los tratamientos oncoespecíficos<sup>5,6</sup>. De hecho, los pacientes con esquizofrenia tienen una probabilidad de 1,5 a 2 veces más de morir de cáncer que los pacientes sin enfermedad mental<sup>5</sup>. En este sentido, algunos autores refieren que el aumento de la mortalidad probablemente pueda estar influenciado por factores relacionados con el paciente, el sistema de salud y/o las interrelaciones entre los diferentes niveles de atención<sup>5,6</sup>. Los factores propios del paciente podrían estar relacionados con el hecho de que las personas con enfermedades mentales graves puedan experimentar o responder a los síntomas de manera diferente, pudiendo retrasar o no la búsqueda de una evaluación médica<sup>6</sup>. Por otro lado, es importante destacar que las comorbilidades médicas se asocian con empeoramiento de los síntomas psiquiátricos y del estado general de salud, dificultando la atención médica<sup>7</sup>. Asimismo, se ha descrito que el estigma que puede generar la patología psiquiátrica<sup>5</sup> puede provocar que estos pacientes dispongan de menos probabilidades de controles rutinarios de la salud.

Dado lo previamente expuesto, y teniendo en cuenta otros modelos descritos<sup>3,4,8</sup>, sería importante destacar el potencial beneficio de una atención integral y colaborativa de los equipos asistenciales y de la comunidad de referencia (primaria, salud mental, trabajo social, hospitalarios...). Dicha integración debería compartir la revisión de antecedentes y de nuevas comorbilidades/agudizaciones, valoración multidimensional, incluyendo la esfera sociofamiliar, valoración psicoemocional, calidad de vida, efectos secundarios y estado general, entre otras, para posteriormente establecer un plan de cuidados, seguimiento y tratamiento<sup>5,8</sup>. Dicha evaluación podría incluir el uso de instrumentos específicos de valoración de necesidades paliativas, como por ejemplo la herramienta NECPAL<sup>9,10</sup> o el Gold Standard Framework<sup>11</sup>; o de estratificación de complejidad como el PALCOM<sup>12</sup> o el IDC-PAL<sup>13</sup>, entre otros. De esta manera se podría realizar un abordaje orientado a las necesidades/complejidad de cada paciente y familia, activando los recursos adecuados en cada momento<sup>3</sup>, mejorando así su atención en todos los niveles del sistema de salud<sup>3</sup>. En nuestro caso, el retraso en la consulta de una paciente con patología psiquiátrica, y aparente escasez de pautas de alarma en la red sociofamiliar, implicó un diagnóstico tardío, limitando la posibilidad de tratamiento oncoespecífico y de calidad de vida.

Todo lo expuesto nos hace pensar en la vulnerabilidad y fragilidad de estos pacientes, siendo de vital importancia la detección de necesidades y de factores de complejidad de

forma precoz para poder optimizar el abordaje y el uso de los recursos disponibles en la comunidad durante el proceso de enfermedad.

## Conclusiones

La integración de cuidados y colaboración de los diferentes equipos asistenciales y comunitarios puede jugar un papel crítico en la detección de complejidad y de necesidades del paciente psiquiátrico y su familia, facilitando así la intervención adecuada en cada momento para la prevención y/o tratamiento del cáncer o de otras enfermedades.

## Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
2. Tassinari D, Drudi F, Monterubbianesi MC, Stocchi L, Ferioli I, Marzaloni A, et al. Early palliative care in advanced oncologic and non-oncologic chronic diseases: A systematic review of literature. *Rev Recent Clin Trials*. 2016;11:63-71.
3. Llobera J, Sansó N, Ruiz A, Llagostera M, Serratusell E, Serrano C, et al. Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial. *BMC Palliat Care*. 2018;17:4.
4. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care – Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 2013;368:1173-5.
5. Irwin K, Henderson D, Knight H, Pirl W. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer*. 2013;120:323-34.
6. Woods A, Willison K, Kington C, Gavin A. Palliative Care for People with Severe Persistent Mental Illness: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. 2008;53:725-36.
7. Foti M, Bartels S, Merriman M, Fletcher K, Van Citters A. Medical Advance Care Planning for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2005;56:576-84.
8. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD 007906.
9. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup>. *Med Clin*. 2013;140:241-5.
10. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO<sup>®</sup> tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med*. 2016;31:754-63.
11. <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cdcontent/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
12. Tuca A, Gómez-Martínez M, Prat A. Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study). *Support Care Cancer*. 2018;26:241-9.
13. [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/cuidados\\_paliativos/idc\\_pal\\_2014.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/idc_pal_2014.pdf)