Exploración física: PA 113/54 mmHg. FC: 103 lpm. Temperatura: 37,9 °C. Saturación de O_2: 94% con GN a 2 l.

Alerta, desatenta, escasa colaboración. Bien hidratada y perfundida. Hábito asténico. No se palpan adenopatías. No bocio palpable.

Lesiones papulonodulares, eritematovioláceas, bien delimitadas, limites difusos, infiltradas al tacto, no descamativas. Generalizadas por tronco, miembros superiores e inferiores, incluyendo plantas.

Cardiopulmonar: tórax simétrico, normoexpansible, MVC con algunos crepitantes aislados. RsCsRsRs sin soplos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias. RHA+.

Extremidades: simétricas. No edemas. Signos de IVC.

PC: se añadirán resultados e imágenes.

Evolución: La paciente ingresa con el diagnóstico de neumonía en LSD. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y levofloxacino que se modificó con tratamiento con meronem por mala evolución. Tras completar antibiótico intravenoso 3 semanas, se pasó a vía oral para mantenimiento prolongado con cefditoreno 400 mg/12 h y clindamicina 300/8 h hasta completar 6 meses.

En segundo lugar han aparecido lesiones cutáneas dos días antes el ingreso, por lo que se interconsultó con dermatología, siendo sugestivas de angiosarcoma de Kaposi del adulto que se confirmó con la biopsia. No tenía afectación intestinal. Se recomendó valoración por oncología, pero la familia decidió no continuar el estudio. Se solicitó revisión a los 6 meses con radiografía de tórax con resolución completa del absceso.

Diagnóstico: Absceso de pulmón sobre neumonía necrotizante. Angiosarcoma de Kaposi del anciano.

Conclusiones: A pesar de que las lesiones cutáneas más frecuentes en el anciano son las de queratosis actínica, esto no debe hacernos pasar de largo ni subestimar otro tipo de lesiones. Para ello es importante una correcta anamnesis para conocer la evolución de las mismas, que sean valoradas por los especialistas, los dermatólogos, y la toma de una biopsia de la lesión que nos confirmará el diagnóstico.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.342

PC-197

Hematoma abscesificado de psoas traumático

L.A. Porta González, E. García Tercero, V. Landaluce Pelligra, C. Pedro Monfort, M. Alonso Seco, M.A. Carbonell Rabanal, M. Araujo Ordoñez

Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

Presentación: Mujer de 77 años. No RAMC. HTA en tratamiento con enalapril 5 mg/24 h; dislipemia en tratamiento con simvastatina 20 mg/24 h; síndrome depresivo en tratamiento con sertralina 50 mg/24 h.

Situación basal: IABVD, IAIVD. Vive con esposo, dos hijas pendientes. No deterioro cognitivo.

Acude a urgencias por aumento progresivo de debilidad y cansancio. Además refiere dolor en hemiabdomen derecho, irradiado a MID, que le imposibilita la deambulación normal, tras caída accidental con traumatismo en sacro hace un mes que cede con analgesia habitual y reposo. Sus familiares comentan importante deterioro funcional desde entonces. No hiporexia, no pérdida de peso. Deposiciones normales, sin productos patológicos macroscópicos. En analítica de urgencias destaca anemia microcítica hipocrómica con Hb 8,3 (previa de hace dos meses, Hb 12,7). Ingresa para estudio de anemia.

Diagnóstico: Hematoma abscesificado en psoas derecho. Bacteriemia por SARM. Cistitis enfisematosa por *E. coli*.

Evolución: A su llegada se realizó RMN por el dolor en MID, donde se evidencia un hematoma subagudo abscesificado con hemocultivos positivos para SAMR. Se inició tratamiento con linezolid i.v. que tuvo que ser modificado por vancomicina por aparición de una pancitopenia que se resolvió tras la supresión del mismo. En la TC de control se evidenció una cistitis enfisematosa, con cultivo positivo para *E. coli*, tratada con ceftriaxona. Tras completar el tratamiento AB, se realizó una nueva TC de control con mejoría respecto a previos. Al alta se encuentra estable, con una Hb 11,2.

Conclusiones: Una correcta anamnesis es clave para enfocar el diagnóstico en todos los pacientes, y aún más en aquellas patologías que tienen clínica inespecífica como es el caso arriba expuesto. Los hematomas del músculo psoas pueden ser espontáneos en pacientes que presenten alteraciones de la coagulación o traumáticos. La clínica suele ser inespecífica y puede variar entre dolor abdominal bajo o inguinal hasta shock hipovolémico. El estudio debe hacerse mediante pruebas de imagen, ya sea con ecografía o mediante TC. El tratamiento más adecuado se realizará en función del resultado de las pruebas complementarias y generalmente consiste en reposo y analgesia, junto con corrección de la causa reponiendo la coagulación de la sangre.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.343

PC-198

A propósito de un caso: aspiración de prótesis dental

L. García Ortiz de Uriarte, M.A. Zelada Rodriguez

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Les presentamos el caso de un varón de 86 años, institucionalizado, con dependencia funcional total establecida secundaria a ictus isquémico aterotrombótico de la ACM derecha, con factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica estadio III, cardiopatía isquémica con doble bypass aortocoronario, con secuelas de espasticidad, hemiplejia izquierda y disfagia orofaríngea, así como demencia severa de etiología vascular, que es derivado a urgencias por sintomatología sugestiva de broncoaspiración.

A su llegada a urgencias con estabilidad hemodinámica inicial y saturación de O_2 conservada, se realiza Rx de tórax convencional que no objetiva alteraciones. Por persistencia de clínica tras horas en evolución se repite Rx de tórax ampliada a orofaringe que muestra cuerpo extraño compatible con prótesis dental. Se procedió a la extracción del cuerpo extraño mediante pinzas sin incidencias durante el procedimiento, extrayéndose prótesis dental íntegra sin signos de sangrado.

Como complicación presentó somnolencia y disminución de Glasgow con broncoaspiración secundaria. Durante el ingreso en planta fue necesario mantener tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico, así como corticoterapia y broncodilatadores nebulizados ante infección respiratoria de origen aspirativo, pese a lo cual presentó mala evolución finalmente falleció.

La aspiración de material protésico dentario es un evento infrecuente pero grave y potencialmente mortal, debiendo realizarse una correcta anamnesis y estudio radiográfico con Rx simple que incluya proyección AP y lateral para explorar la zona cervical, que permitan así confirmar el diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño, incluso en localizaciones atípicas, como fue en nuestro caso.

Nuestra población, cada vez más envejecida, presenta numerosos factores de riesgo que pueden provocar la aspiración de cuerpo extraño como son la demencia, psicofármacos, secuelas de