

en España aproximadamente 200 casos de leishmaniasis en mayores de 70 años, constituyendo un grupo de riesgo dada la inmunosupresión, las comorbilidades y los tratamientos.

Método: Mujer de 83 años con antecedentes personales de artritis reumatoide estable, con tratamiento corticoideo oral y metotrexato (retirado 2 meses antes), demencia moderada GDS-FAST 5 probablemente neurodegenerativa y osteoporosis.

Ingresó en planta de geriatría por febrícula sin foco infeccioso ni actividad inflamatoria articular y cuadro confusional agudo multifactorial. Se objetivó derrame pericárdico severo, esplenomegalia y derrame pleural leve izquierdo. Cultivos, serologías y marcadores tumorales negativos. Estudio de líquido pleural sin alteraciones. Tras mejoría clínica y sin diagnóstico etiológico se decidió alta para seguimiento ambulatorio.

Transcurridos dos meses del alta, ingresa por síndrome constitucional y persistencia de febrícula con algún pico febril aislado, asociando astenia marcada y sudoración profusa de predominio nocturno. Analíticamente, pancitopenia leve con elevación de reactantes de fase aguda (VSG 101 mm, ferritina 1.300 mg/l y PCR 9 mg/dl).

Resultados:

- TAC corporal: esplenomegalia de 13,5 cm y derrame pericárdico cuantioso.
- Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico severo, sin datos de compromiso hemodinámico.

Se solicitó interconsulta a Hematología para descartar proceso linfoproliferativo.

- Frotis de sangre periférica con análisis citomorfológico inespecífico.
- Biopsia de médula ósea: parénquima medular normocelular con abundantes histiocitos cargados de parásitos intracelulares, compatibles con amastigotes de *Leishmania*.

Dada la ausencia de compromiso hemodinámico y su probable etiología infecciosa, se decidió manejo conservador del derrame pericárdico.

Conclusiones: La leishmaniasis debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial ante pacientes con clínica similar a la reportada en nuestro caso; más aún, en pacientes ancianos que constituyen un grupo especialmente frágil. Por tanto, requieren un diagnóstico lo más precoz y exacto posible que permita tratar de manera óptima entidades potencialmente reversibles como la descrita anteriormente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.378>

PC-233

«En ocasiones veo muertos...»

E. García Tercero^a, P. Vicent Valverde^b, L.M. García Santos^a, M. Araujo Ordoñez^a, J. Peco Torres^b, M. Asenjo Cambra^b, N. Fernández González^b

^a Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Objetivo: Describir una etiología de alucinaciones visuales en pacientes con déficits sensoriales

Descripción: Varón de 84 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con amlodipino 5 mg/24 h, dislipemia en tratamiento

con atorvastatina 20 mg/24 h, HBP con tamsulosina, CI crónica con Adiro 100 mg/24 h y glaucoma primario de ángulo abierto bilateral, mayor en OD en tratamiento con lumigán.

Acude a urgencias por presentar alucinaciones visuales nocturnas desde hace un mes y medio. Refiere que por la noche suele ver dos hombres y mujeres con caretas de cartón que desaparecen cuando trata de acercarse. Hoy ha visto a un señor que se ha metido en el armario. Sabe que en realidad esos objetos no existen pero le genera bastante angustia. Refiere la hija que los episodios confusionales son nocturnos, que por el día suele mantener sus actividades habituales. No oye sonidos. No focos infecciosos. Ingresa para estudio.

A la exploración lúcido, coherente, tranquilo y abordable, orientado en las tres esferas, no síntomas depresivos, no síntomas psicóticos, no ideas auto o heterolesivas.

ACP: normal.

Neurológico: funciones corticales conservadas. Fuerza, tono, sensibilidad y reflejos conservados. Pares craneales conservados. Signos meníngeos negativos. Cerebelo normal. Minimental 29/30.

Examen oftalmológico: catarata OI, operado de catarata OD. Fondo de ojo normal.

Resultados y pruebas complementarias: TC cráneo sin contraste i.v.: normal.

Dados los antecedentes y la exploración oftalmológica del paciente, así como las características de la clínica que presenta y la exploración cognitiva, se diagnosticó síndrome de Charles Bonnet, para lo que se recomendó seguimiento por oftalmología y psicogeriatría y se ajustó tratamiento: se añade sertralina 100 mg/24 h y Risperdal solución: 0,25 cc de forma puntual.

Conclusiones: El síndrome de Charles Bonnet es un cuadro habitual (13% en mayores de 65 años) en los pacientes ancianos con discapacidad visual. Es imprescindible que los sanitarios conozcamos esta entidad para poder llegar al diagnóstico adecuado. Por otra parte, resulta esencial llevar a cabo un abordaje multidisciplinar del paciente para poder tratarlo adecuadamente y mejorar así la calidad de vida de estos pacientes, los cuales suelen estar muy angustiados con la clínica y con la confusión de que pueden estar desarrollando una demencia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.379>

PC-234

Hallazgo incidental de aortitis infecciosa en paciente octogenario

F.J. Gómez-Olano Picabea, N.M. González-Senac, M.A. García-Alhambra

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de una patología poco frecuente y diagnóstico complejo, con elevada mortalidad en la población geriátrica, como es la aortitis infecciosa.

Métodos: Presentación en formato póster del caso clínico de un paciente octogenario atendido en la unidad geriátrica de agudos. Documentado con literatura científica y apoyo de material fotográfico (pruebas de imagen).

Resultados: La aortitis infecciosa es una patología poco frecuente que se produce sobre regiones aneurismáticas y a menudo se asocian a infección por *Salmonella* y *Staphylococcus*. El diagnóstico es clínico (dolor abdominal y fiebre) y radiológico (TAC). Precisa abordaje terapéutico agresivo con antibioterapia y cirugía.

Se presenta el caso de un varón de 81 años, independiente para las ABVD, portador de marcapasos VVI y con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, a quien se le realiza PET-TC como parte



del estudio de un nódulo pulmonar solitario en el que se objetiva aneurisma infrarrenal con trombo mural ulcerado e inflamación de grasa subyacente, sugestivo de aortitis infecciosa. Presentaba fiebre y dolor abdominal 5 días antes de su primer ingreso hospitalario.

Dos meses después, se produce rotura contenida del aneurisma, que fue tratada quirúrgicamente con endoprótesis aorto-iliaca. Posteriormente comienza con fiebre, objetivándose burbujas aéreas periprotésicas en TC abdominal. Se aísla en hemocultivos *Streptococcus anginosus*. Evolución tórpida, a pesar de tratamiento antibiótico específico, con desarrollo de fistula aortoduodenal, espondilodiscitis por contigüidad a la prótesis aórtica y descompensación de insuficiencia cardíaca, produciéndose el fallecimiento del paciente tras reintervención para explante de prótesis.

Conclusiones: En el caso presentado, dada la ausencia de patología vascular conocida y a pesar de la batería inicial de pruebas microbiológicas y de imagen, no se filió el foco séptico durante el primer ingreso. El diagnóstico fue incidental en el segundo ingreso, con hemocultivos positivos para *Streptococcus anginosus*, con probable origen en foco quirúrgico. Se presenta el caso por la severidad de la aortitis infecciosa y la necesidad de diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz, para evitar complicaciones letales.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.380>

PC-235

¿Penfigoide ampolloso en el paciente anciano? Importancia de su reconocimiento



M.E. Portilla Franco^a, L. García Cabrera^a, R. Sosa Suárez^b, L. Gómez Armas^b, S. Fernández Villaseca^c, J. Mateos Nozal^c, J. Bartolome Espinosa^a

^a Hospital Hestia Madrid, Madrid, España

^b Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad subepitelial autoinmune poco común. Se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores y se caracteriza por la presencia de ampollas cutáneas que pueden afectar la mucosa. El pronóstico es variable, y suele seguir un curso crónico y recurrente.

Caso: Mujer de 91 años que acude a urgencias por cuadro de tos productiva, en tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico instaurado en días previos, con aparición de un eccema pruriginoso seguido de lesiones dérmicas tipo flictenas extensas en el tronco y extremidades superiores. Situación funcional: índice de Barthel 55/100. FAC 2/5. Síndromes geriátricos: incontinencia urinaria, caídas de repetición.

Dentro de sus antecedentes médicos destaca diabetes mellitus tipo 2, asma bronquial. El estudio histológico mediante biopsias de piel revela PA. Inicia tratamiento con corticoides tópicos con buena respuesta. Es diagnosticada además de un síndrome rígido-acinético con criterios de enfermedad de Parkinson, con buena respuesta a levodopa/carbidopa. Inicia proceso de recuperación funcional y de la marcha.

Discusión: Los mecanismos que conducen al PA implican daño mediado por autoanticuerpos a la zona de la membrana basal epitelial, estimulando una cascada inflamatoria destructiva que produce la separación de la epidermis y dermis en la piel. Las reacciones autoinmunes, desencadenadas por la exposición a infecciones o medicamentos, podrían tener un papel importante en su desarrollo, como resultado de reactividad cruzada de anticuerpos con antígenos en la zona de la membrana basal.

El diagnóstico requiere la presencia de ampollas tensas y erosiones que ocurren sin otra causa identificable, así como de pruebas

histológicas: biopsia de piel lesionada (para tinción hematoxilina y eosina); biopsia de piel de tejido perilesional (para inmunofluorescencia directa), esta última considerada *gold standard* para el diagnóstico. Se han reportado asociaciones con trastornos neurológicos (demencia, enfermedad de Parkinson).

Los corticosteroides, administrados por vía tópica o sistémica, son la piedra angular del tratamiento. Se podrá optar también al tratamiento con fármacos inmunosupresores y antiinflamatorios, aunque la evidencia es limitada. También se han utilizado antimicrobianos, como las tetraciclinas y dapsona, o terapias biológicas para quienes no respondan a los tratamientos previos.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.381>

PC-236

Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. A propósito de un caso



J. Verísimo Guillén, A.M. Gómez Mosquera, D. Pérez Soto, A. Carpintero Vara, M. Montero Magan, R. Rodríguez Fraiz

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

Objetivo: Presentamos un caso de varón de 82 años con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

Método: El paciente ingresa en el servicio de geriatría con diagnóstico de probable neumonía de LSI. Como antecedente relevante para el caso consta ingreso en neurología por cuadro confusional con crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas en tratamiento con valproico. El paciente tiene deterioro cognitivo al menos moderado, siendo parcialmente dependiente para ABVD. Durante la anamnesis refiere postración en los últimos 4-5 días, negando dificultad respiratoria u otra sintomatología, con pérdida de peso no cuantificada y fiebre termometrada. La exploración física resulta anodina. En analítica destaca hiponatremia verdadera con patrón SIADH y anemia normo-normo con fenotipo trastornos crónicos. En radiografía de tórax, de la que se solicita informe, se visualiza opacidad en ambos vértices, especialmente el izquierdo, que en el contexto del paciente sugiere infiltrado por proceso infeccioso/específico, sin poder descartar otras causas, incluida masa.

Resultados: En planta de hospitalización ante hallazgos de radiografía tórax se decide solicitar TC torácico, que describe opacidades en lóbulos superiores con nódulos de distribución centrolobulillar bilaterales, con hallazgos sugestivos de proceso infeccioso multifocal con diseminación endobronquial, siendo el diagnóstico principal tuberculosis. Se realizan baciloscopía y técnicas moleculares con resultado negativo. A pesar de ello, se inician tuberculostáticos debido a la alta sospecha clínica con lenta progresión a mejoría, resultado posteriormente el cultivo positivo en 4 semanas. Durante su estancia, el paciente presenta múltiples crisis tónico-clónicas (principalmente durante episodios de fiebre) y nivel de conciencia fluctuante; se realizan EEG repetidos sin observar actividad epileptiforme y TC cerebral sin patología; finalmente se realiza RMN, que presenta numerosas lesiones con captación de contraste en anillo, sugestivas como primera posibilidad de tuberculomas.

Conclusiones: Para la admisión de caso TB puede ser solo necesario un cuadro clínico y radiología compatibles en enfermos con estudios negativos en los que se han excluido otros diagnósticos, con mejoría tras inicio de tratamiento antituberculoso, por lo que adquiere especial relevancia la sospecha clínica. A pesar de ello, en nuestro caso finalmente el cultivo resultó positivo.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.382>