

el tratamiento más prevalente fue la artroplastia total y el clavo endomedular.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.339>

PC-194

Influencia indebida como forma de maltrato en el anciano



L. Lozano Vicario^a, V. Martín López^a, P. Vicent Valverde^a, I. Criado Martín^a, B.D. Vasquez Brölen^a, M.J. del Yerro Álvarez^b

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

^b Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Objetivo: Destacar la importancia del abuso financiero como tipo de maltrato en el paciente mayor.

Descripción del caso: Mujer de 86 años que es traída al hospital por intento autolítico. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no tiene deterioro cognitivo ni antecedentes psiquiátricos y vive sola en su domicilio (viuda).

Tras ser atendida por el servicio de urgencias, es derivada al programa de psicogeriatría para evaluación.

Pruebas complementarias y resultados: Durante la exploración la paciente relata avergonzada cómo una vecina, con la excusa de los problemas de deambulación de la paciente, se ofrece «altruistamente» a cuidarla, acompañarla al médico, hacer las compras e incluso gestionar su economía. Al mismo tiempo evita que la paciente tenga contacto con sus hijos, delegando en ella prácticamente todas las actividades. Un día, su vecina acude al banco y, extrayendo una importante suma de dinero de la cuenta corriente de la paciente, se da a la fuga.

Tras nuestra intervención, la paciente denuncia el caso y se va a vivir con una de sus hijas, recuperándose con éxito.

Conclusiones: La influencia indebida es un tipo de maltrato en el anciano que consiste en la explotación o uso ilegal de los fondos o recursos de una persona de edad avanzada. La prevalencia, por lo general subestimada por la falta de denuncias, es del 0,5-5%. Los sujetos más vulnerables son aquellos de edad avanzada, con renta media/alta, que sufren aislamiento social y geográfico y que tienen algún tipo de enfermedad, déficit motor o cognitivo. El agresor suele ser un individuo con trastorno de personalidad antisocial, rasgos sociopáticos o enfermedad mental, que se relaciona con la víctima e incluso convive con ella. Poco a poco crea una situación de dependencia víctima-agresor a través del ofrecimiento de falsos gestos de buena voluntad, manipulando y aislando a la víctima, para finalmente causarle perjuicio (pérdida económica).

Esta situación debe ser identificada y manejada adecuadamente por los profesionales sanitarios, diagnosticando, previniendo y tratando las secuelas psicológicas que puedan aparecer para evitar pérdidas emocionales en las víctimas, con el fin de preservar su autonomía y patrimonio.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.340>

PC-195

Demencia por infarto estratégico



V. Martín López, L. Lozano Vicario, B.D. Vásquez Brölen, I. Criado Martín, P. Vicent Valverde

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

Objetivos: Mostrar la importancia del deterioro cognitivo adquirido tras un ictus, con intensidad suficiente para interferir en las actividades básicas de la vida diaria.

Descripción del caso clínico: Varón de 84 años con excelente situación basal (independiente para las actividades básicas e instrumentales y sin deterioro cognitivo) y sin antecedentes personales filiados, únicamente colocación de prótesis de rodilla izquierda. Actualmente no recibe ningún tratamiento farmacológico. Acude a urgencias por episodio de desorientación, fenómenos alucinatorios y heteroagresividad desde esa tarde. En la exploración física se encuentra consciente pero desorientado en las tres esferas, poco colaborador e inatento, verboso y sin otra focalidad neurológica. Se realiza una analítica de sangre y orina descartando una posible infección, un ECG que se encuentra dentro de la normalidad y una radiografía de tórax sin hallazgos significativos, por lo que se decide realizar un CT de cráneo, en el que se observa un infarto lacunar de 6 mm en tálamo izquierdo y datos sugerentes de patología vascular en la sustancia blanca profunda. Ante los hallazgos en las pruebas complementarias y la persistencia del cuadro clínico se decide ingreso en el servicio de geriatría.

En la valoración por geriatría el paciente persiste desorientado, con discurso incoherente, no reconoce a sus familiares y con cuadros de inquietud nocturna durante el ingreso, precisando valoración por psicogeriatría.

Resultados: El paciente cuando es valorado por psicogeriatría permanece con el cuadro confusional, con fluctuación del nivel de conciencia e imposibilidad para realizar la exploración psicopatológica, por lo que ante la presencia de un delirium hiperactivo probablemente secundario al deterioro cognitivo vascular por la lesión isquémica en tálamo izquierdo se inicia primero tratamiento antidepresivo con duloxetina. Posteriormente se introduce un IACE (rivastigmina), un antipsicótico a dosis bajas (quetiapina) y pregabalina, con mejoría clínica, permaneciendo el paciente tranquilo, más orientado, sin nuevos episodios de heteroagresividad y pudiendo recuperar su situación funcional previa.

Conclusiones: La demencia por infarto estratégico es un tipo de demencia vascular de instauración aguda y causada por la presencia de un único infarto o hemorragia en localizaciones específicas implicadas en las funciones cognitivas y la conducta.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.341>

PC-196

Angiosarcoma de Kaposi en una nonagenaria



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

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

Presentación: Mujer de 92 años. No RAMC. HTA en tratamiento con hidrocloruro de amilorida/HTZ 5/50 mg diario, no DL, no DM, deterioro cognitivo al menos moderado. Ingresa en planta de geriatría por neumonía necrotizante abscesificada. Durante su estancia en planta presenta lesiones papulonodulares violáceas en MMII, cuello y tronco.

Exploración física: PA 113/54 mmHg. FC: 103 lpm. Temperatura: 37,9 °C. Saturación de O₂: 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, límites 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 cefditoren 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 Pelligrá, 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 enfisematosas 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 enfisematosas, 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 Rodríguez

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, hemiplegia 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 O₂ 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