

conocimiento. Al examen físico destacaba temperatura de 39 °C y una saturación del 82% basal. En la analítica destacaba leucocitosis de 16.600 WBC y elevación de la PCR (111), además de una glucemia de 507 mg/dl.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino y en hemocultivos se identificó crecimiento de *Cellulosimicrobium cellulans*. Se modificó el antibiótico por amoxicilina-clavulánico según antibiograma y se descartó endocarditis sobre prótesis. Dada la nula mejoría clínica de la paciente, se decide realizar ecografía transesofágica, donde se detecta una imagen compatible con vegetación a nivel valvular sin afectación perianular ni del funcionalismo valvular con función del ventrículo izquierdo conservado.

Se modificó el antibiótico por vancomicina más linezolid y se desestimó retirar material protésico. La duración del tratamiento tras 4 semanas no negativizó los hemocultivos, presentando un empeoramiento clínico con edema agudo de pulmón y anemia (hemoglobina 7,1 g/dl). Se decidió limitar medidas, con suspensión de antibiótico por la toxicidad asociada y posterior reintroducción de amoxicilina-ácido clavulánico. Tras 23 días de tratamiento se decidió alta a hospital de media estancia para intentar recuperar funcionalidad y cerrar ciclo antibiótico.

La endocarditis por *Cellulosimicrobium cellulans* apenas está descrita en la literatura en pacientes, especialmente en ancianos, siendo un reto diagnóstico y terapéutico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.352>

PC-207

Meningitis criptocócica en paciente anciano: a propósito de un caso



J.I. Velasco Lavalle, M.D.M. Magariños Losada, R. Malfeito Jimenez, L. Gamonal Gonzalez, J.R. Martinez Calvo

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

Introducción y objetivos: La criptococosis es una enfermedad micótica que se adquiere por inhalación de blastosporas disecadas y afecta los pulmones; este organismo tiene predilección por el sistema nervioso central y, por tanto, la enfermedad se diagnostica en la mayoría de los casos como criptococosis meníngea. Generalmente se presenta en pacientes inmunodeprimidos, afectando de especial manera a pacientes con infección por VIH. A continuación se describe un caso clínico de meningitis criptocócica en paciente no VIH.

Métodos: Varón de 86 años consumidor de un vaso de vino diario, antecedente de HBP y artritis reumatoide en tratamiento crónico con prednisona 10 mg al día, que acudió a urgencias por cuadro de varios días de evolución caracterizado por deterioro funcional (previamente era IABVD) y fiebre. Destaca ingreso 4 semanas antes en otro centro hospitalario con diagnóstico al alta de diarrea, dolor abdominal e insuficiencia renal aguda en contexto de retención aguda de orina. Ingresó en la unidad de agudos de nuestro servicio con la sospecha diagnóstica inicial de infección de tracto urinario.

Resultados: A su ingreso se solicitan pruebas complementarias (analítica, hemocultivos y urinocultivos y ecografía abdominal), siendo los resultados compatibles con ITU por *E. coli* sensible a antibioterapia pautada sin bacteriemia asociada. Pese a dicho tratamiento, el paciente persiste febril y con fluctuación del nivel de consciencia, por lo que se realiza TAC cerebral, que muestra «foco hipodenso en cápsula externa izquierda sugestivo de patología isquémica, sin poder precisar aguda o crónica», ampliando estudio con punción lumbar. El líquido cefalorraquídeo presentaba hipoglicorraquia, hiperproteíorraquia y predominio de mono-

nucleares. Con la sospecha inicial de meningitis, tras decisión de limitación del esfuerzo terapéutico consensuado, el paciente fallece. Se obtienen *post mortem* resultados de microbiología del LCR: tinta china y cultivo positivos para *C. neoformans*.

Conclusiones: Nuestro objetivo con esta comunicación es hacer hincapié en que, a pesar de que la meningitis criptocócica se atribuye generalmente a pacientes con sida, hemos de considerar otros factores inmunosupresores, como en nuestro caso, la corticoterapia crónica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.353>

PC-208

Hematoma retroperitoneal masivo y parada cardiorrespiratoria en paciente anciano. ¿Reiniciarías la anticoagulación?



I. Pulido González, I. Ramos Gómez, A. Merlán Hermida, H.S. Rosario Mendoza, J.A. Martín Armas, A. Conde Martel

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio IIIA, trombosis venosa profunda y cardiopatía isquémica que es diagnosticado de fibrilación auricular paroxística en el servicio de urgencias de nuestro centro. Dado que el paciente presenta un CHA2DS2-VASc de 5, se decide iniciar tratamiento con acenocumarol. Se pauta, de cara al alta desde el servicio de urgencias, enoxaparina (1 mg/kg cada 12 h) y acenocumarol (4 mg/24 h) y se concierta una cita con Hematología para realizar pauta de acenocumarol. Cuando acude a su primera de cita de control se objetiva INR mayor de 13. En la anamnesis, el paciente refiere caída casual hace 10 días y dolor abdominal en las últimas 12 h, por lo que es derivado al servicio de urgencias. Se realiza ecografía abdominal urgente en la que se observa hematoma retroperitoneal de probable origen renal. Dado que el paciente presenta empeoramiento progresivo e inestabilidad hemodinámica (requiere hasta 3 concentrados de hemáties y catecolaminas), se decide realizar arteriografía selectiva en la que se localiza punto de sangrado y se efectúa embolización con buen resultado. A pesar de esto, en el contexto del deterioro de función renal y la hiperpotasemia asociada, el paciente presenta parada cardiorrespiratoria que se recupera tras 7 min de reanimación cardiopulmonar avanzada. Tras estancia de un mes en la unidad de medicina intensiva, se traslada al servicio de medicina interna, donde se inicia tratamiento con anticoagulante oral de acción directa. Una vez se consigue la optimización clínica se decide alta a domicilio manteniendo el anticoagulante oral de acción directa (apixabán 2,5 mg cada 12 h). El paciente mantiene en la actualidad este tratamiento y se encuentra en seguimiento en consulta de medicina interna. En tres años de seguimiento no ha presentado complicaciones hemorrágicas, episodios trombóticos ni deterioro de función renal.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.354>