

PC-209

Deterioro cognitivo rápidamente progresivo

M. Arroyo Huidobro, B. Pey Perez, A. Moral
Pijau, M.J. Sanguino Cáceres, A. Yuste Marco,
O. Macho Pérez

Fundació Hospital Comarcal de Sant Antoni Abat,
Vilanova y la Geltrú, Barcelona, España

Introducción: En el diagnóstico del deterioro cognitivo las causas más frecuentes están relacionadas con demencia de tipo degenerativo. Pero ¿y en los casos en que el deterioro evoluciona de forma rápida? Formas excepcionales de demencia, qué hay que tener en mente.

Caso clínico: Mujer, 68 años, consulta por pérdida de memoria episódica tras un accidente de tráfico hace un año de rápida evolución que comienza a afectar las actividades de rutina junto con repercusión funcional. No ha presentado cuadros delirantes, alteraciones de conducta ni alucinaciones. Exploración: inatención, desorientación temporoespacial, amimia, apraxia, bradicinesia junto con piramidalismo bilateral y rigidez. Ha presentado varias caídas en los últimos meses. La paciente presenta mioclonías nocturnas.

Se realiza estudio neuropsicológico, presenta alteración cognitiva predominio fronto-parietal-temporal. MEC: 24, se repite a los 8 meses, MEC: 8.

Resultados de las pruebas:

Punción lumbar: leucocitos 1 cel/ μ l, proteínas 0.4 g/l, glucosa 63,1 mg/dl, eritrocitos 3,00 cel/ μ l, proteína beta amiloide 257 pg/ml, taurina 1.076 pg/ml. VDRL negativo, proteína 14-3-3 negativo.

RMN: hiposeñal T2 y restricción cortical cerebral hemisférica, cabeza del núcleo caudado, putamen y tálamos bilaterales sugestivo de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

EEG: enlentecimiento de actividad basal con brotes de ondas lentas Theta-delta generalizadas. Dos descargas generalizadas punta lenta-onda de alto voltaje. No actividad periódica.

Estudio genético: no existen delecciones o inserciones en la región 51-91. No existen mutaciones puntuales en el gen completo de la PrP. La paciente heterocigota Met/Val para el estudio 129 de la PrP; este polimorfismo presenta alta incidencia en nuestra población normal (42%). Se descarta la forma familiar de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Conclusiones: Ahora bien, ¿nos paramos a pensar en demencias rápidamente progresivas? Tras los hallazgos clínicos, el diagnóstico podría ser probable enfermedad Creutzfeldt-Jakob esporádica, siendo base del diagnóstico la clínica. Encefalopatía espongiforme fatal que es causada por la acumulación de priones; proteínas anormalmente plegadas. Esta enfermedad tiende a provocar un deterioro cognitivo con rápida evolución; sin embargo, al principio no hay ningún síntoma específico. Aunque más frecuente es la variante esporádica, hay un 10-12% de casos que son heredados. Es fatal en pocos meses y no existe ningún tratamiento eficaz. El diagnóstico definitivo es estudio anatopatológico.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.355>

PC-210

Fiebre Q aguda en el paciente anciano: a propósito de un caso

M. Montero Magán, A. Carpintero Vara, R. Rodríguez Fraiz, J. Veríssimo Guillén, D. Pérez Soto

Hospital Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

Objetivo: Presentamos el caso de una mujer de 87 años con diagnóstico de fiebre Q aguda y evolución tórpida.

Método: La paciente es ingresada en el servicio de geriatría con diagnóstico de infección respiratoria. Entre sus antecedentes personales consta hipertensión arterial, asma y leucemia de células T. Es independiente para las ABVD y no presenta deterioro cognitivo. Vive en un área rural y cuida de ganado ovino. En la anamnesis refiere cuadro gripeal de una semana de evolución y fiebre. En la exploración física destacan crepitantes basales derechos en la auscultación pulmonar y exantema maculopapuloso generalizado. La analítica de sangre evidencia aumento de reactantes de fase aguda e hipertransaminasemia leve. La radiografía de tórax resulta poco expresiva.

Resultados: Se inicia antibioterapia empírica con amoxicilina/clavulánico y tratamiento broncodilatador con buena respuesta inicial, pero posteriormente presenta cuadro de distrés respiratorio y edema agudo de pulmón, siendo preciso su ingreso en la unidad de reanimación, donde permanece hasta estabilidad clínica. Ante la sospecha de atipicidad de cuadro respiratorio, se solicita serología de neumonía atípica, que evidencia positividad para anticuerpos tipo IgM en fase II de *Coxiella burnetti*, compatible con fiebre Q aguda. Se inicia tratamiento con doxiciclina y diuréticos, con excelente evolución. La biopsia cutánea informa de lesiones compatibles con eritema nodoso, una de las presentaciones poco frecuentes de esta patología, con desaparición posterior. La serología también resulta positiva para IgM de *Chlamydia* y *Mycoplasma*, describiéndose en la literatura reacción cruzada.

Conclusiones: La fiebre Q es una zoonosis endémica en el área rural de nuestro país, causada por la bacteria *Coxiella burnetti*. En un alto porcentaje de casos cursa de forma asintomática, aunque en ocasiones puede ocasionar un cuadro clínico florido pero heterogéneo e inespecífico, tanto en su presentación aguda (cuadro pseudogripeal, neumonía, hepatitis aguda) como crónica (endocarditis). El diagnóstico definitivo habitualmente se realiza con métodos indirectos (anticuerpos) y mediante seroconversión. Esta heterogeneidad en la presentación es la que dificulta su reconocimiento e implica un alto índice de sospecha, junto con una exposición ambiental clara.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.356>

PC-211

Espondilodiscitis como primera manifestación de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica tardía por *Enterococcus (durans/faecalis)* en paciente octogenario

L. Valenzuela Vanegas, A.B. Sanjurjo Rivo, J. de la Fuente Aguado

Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra, España

Objetivo: Individualizar el tratamiento en paciente anciano con excelente situación funcional, ya que no debe diferir con respecto a la población más joven.

Método: Varón de 83 años con cuadro clínico de 2 semanas de evolución con lumbalgia irradiada a región inguinal derecha que

no cede con analgesia; un mes antes presentó pico febril de 40°C y desde entonces afebril. No otra clínica asociada. Antecedentes médicos: destaca cardiopatía isquémica, enfermedad de tres vasos con revascularización miocárdica, estenosis aórtica severa con sustitución valvular aórtica por prótesis biológica. Funcionalmente índice de Barthel 100/100 y sin deterioro cognitivo. A la exploración física hemodinámicamente estable y afebril, AC: rítmico con soplo sistólico aórtico con 2°R disminuido AP: hipoventilación basal izquierda, abdomen: blando depresible no doloroso, EEII: lesiones petequiales en mitad inferior de ambas piernas.

Se solicitaron pruebas complementarias, destacando: leucocitos 7,31 mm, segmentados 84%, hemoglobina 9,3 g/dl, Cr 3,84 mg/dl, PCR 8,33 mg/dl. ECG: RS a 54 lpm. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo. Hemocultivos: *Enterococcus durans* / *Enterococcus faecalis*. RMN lumbar: espondilodiscitis en L2 y L3 complicada con absceso paravertebral en músculo psoas derecho y pequeños abscesos epidurales. TC abdominopélvico: absceso en psoas derecho, lesiones hipodensas esplénicas. Ecocardiograma transesofágico: velos engrosados con imágenes mamelonadas, móviles (la mayor de 11 x 8 mm) adheridas a los mismos y al anillo, con movimiento libre hacia el TSVI (que provoca estenosis de la prótesis) sugestivas de vegetaciones. Por encima del anillo se objetiva engrosamiento con tejido de diferentes ecogenicidades. RMN cerebral que evidencia infartos cerebrales agudos de etiología embólica.

Resultados: El paciente fue diagnosticado de endocarditis infecciosa sobre válvula protésica tardía por *Enterococcus (durans/faecalis)* con embolismos sépticos periféricos y centrales solicitando valoración por servicio de cirugía cardíaca realizando sustitución valvular por prótesis biológica e implantación de marcapasos por bloqueo AV completo. Se completa tratamiento antibiótico con ampicilina + ceftriaxona (por insuficiencia renal) completando 9 semanas de tratamiento con buena evolución clínica/radiológica de los procesos infecciosos.

Conclusiones: Ante la presencia de una espondilodiscitis con bacteriemia por *Enterococcus* spp. debe descartarse necesariamente la existencia de una endocarditis infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.357>

PC-212

Deterioro funcional como reacción adversa a la polifarmacia. ¿Qué hacemos?

L. Vargas Alata^a, D. Peña^b, J.J. Roldan^c, B. Perez^c, C. Echávarri^c, J. Alustiza^c



^a Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

^b Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Clínica Josefina Arregui, Alsasua, Navarra, España

Introducción: La iatrogenia farmacológica es uno de los condicionantes en la evolución en las diferentes patologías del paciente, a nivel tanto cognitivo como funcional. Presentamos el caso de una mujer de 71 años.

Antecedentes: Diabetes tipo 2, retinopatía diabética, hipertiroidismo, trombosis venosa profunda, adenocarcinoma de sigma resuelto, fractura reciente de L4, infecciones de orina a repetición, inestabilidad de la marcha multifactorial. Trastorno distímico.

Índice de Barthel modificado por Shah 38/100, basalmente dependencia severa. Deterioro en actividades instrumentales de años de evolución relacionado con el cuadro psiquiátrico.

Tratamiento habitual: venlafaxina, mirtazapina, quetiapina, lorazepam, cloracepato dipotásico, gabapentina, zolpidem, sitagliptina,

metformina, lantus, tirodril, vitamina B1-6-12, ácido fólico, enoxaparina.

Ingrera por mal control de síntomas depresivos y deterioro funcional. Primer episodio de depresión a los 19 años. Desde entonces consumidora habitual de recursos sanitarios y de salud mental, con múltiples quejas somáticas.

En el último año, ingreso hospitalario prolongado por cuadro distímico en unidad de psiquiatría (agudos, media estancia, hospital de día) sin mejoría evidente.

Exploración psicopatológica: lenguaje reiterativo. Ideas de minusvalía, tristeza, anhedonia y apatía. Quejas somáticas múltiples, con manipulación de las mismas. No ideación autolítica estructurada. No trastornos de la sensopercepción ni vivencias de significado anormal. Inestabilidad en la marcha.

Analíticas y TAC craneal normales. Test neuropsicológico: afectación de la memoria, atención-ejecución y praxias.

Objetivo: Ajustar psicofármacos, iniciar terapia ocupacional y fisioterapia para recuperar la autonomía en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD) y recuperación de la marcha. Tras lograr dichos objetivos, presenta importante mejoría, siendo IABVD y marcha sin supervisión con ayuda de andador en trayectos largos.

Conclusión: El 80% de ancianos tiene alguna enfermedad crónica y muchos de ellos varias simultáneas. La polifarmacia añadida a esta pluripatología, junto a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, les hacen más sensibles a reacciones adversas farmacológicas. Una forma frecuente de presentación son los síndromes geriátricos.

El reconocimiento de las mismas a veces se confunde como empeoramiento de una enfermedad subyacente (interacción fármaco-enfermedad). Ello puede llevar a una intervención tardía e incluso que el problema se atribuya a una nueva entidad pudiendo introducir más fármacos, aumentando así el peligro de más RAM.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.358>

PC-213

Invaginación ileocólica secundaria a neoplasia de ciego en paciente nonagenaria. Abordaje quirúrgico



E.X. Toral Valdivieso, V. Garay Airaghi, P. Gil Gregorio, M. Vigara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: La invaginación intestinal constituye una causa poco frecuente de obstrucción mecánica del adulto. La etiología es diversa, y lo más frecuente es que la obstrucción se corresponda con lesiones orgánicas malignas a nivel de colon y benignas en intestino delgado. La resección intestinal sigue siendo el tratamiento en la mayoría de las ocasiones, por el alto porcentaje en el que una lesión maligna es la causa subyacente.

Caso clínico: Paciente de 98 años que acude a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de 72 h de evolución.

AP: HTA, dislipémica, en tratamiento con hierro por anemia ferropénica. Está diagnosticada de una probable neoplasia de ciego, mediante estudio baritado un año antes, consensuando con familiares no intervenir, dada la edad de la paciente.

Es independiente para las ABVD, realiza instrumentales y avanzadas. No tiene deterioro cognitivo.

En la EF destaca un abdomen distendido, RHA metálicos, empastamiento en mesogastrio y dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla vacía. Radiografía de abdomen: