masa en FID e hipogastrio de unos 15 cm de diámetro máximo, en probable relación con tumoración en ciego.

Se realiza ecografía de abdomen que muestra invaginación de 15 cm del colon ascendente que arrastra al íleon terminal, sobre la localización de la masa conocida.

La TC toracoabdominal confirma el hallazgo anterior, descartando perforación y diseminación tumoral.

Se solicita valoración por cirugía general, siendo intervenida mediante hemicolectomía derecha laparoscópica sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

La anatomía patológica es compatible con adenocarcinoma enteroide infiltrante de bajo grado, T2 N0 M0.

Es dada de alta a los 7 días. Dos años después continúa en seguimiento en consultas externas, con la misma situación funcional y sin anemia.

Conclusiones: La invaginación intestinal es una patología altamente infrecuente en la población geriátrica; si no se interviene a tiempo, puede tener consecuencias devastadoras.

La buena reserva funcional de esta enferma y su situación basal contribuyeron de forma trascendental a la ausencia de complicaciones postoperatorias.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.359

PC-214

Paciente con deterioro cognitivo grave, Parkinson avanzado y alteraciones conductuales graves. A propósito de un caso

V. Garay Airaghi, M. Vigara García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: En pacientes geriátricos polimedicados con múltiples comorbilidades avanzadas, el control de las alteraciones conductuales supone un reto, existiendo poca literatura al respecto.

Caso clínico: Paciente varón de 79 años que ingresa por intento de precipitación en domicilio.

AP: Enfermedad de Parkinson estadio IV de Hoehn y Yahr de 10 años de evolución y demencia severa asociada. Dependiente para las ABVD. Deambula con andador y supervisión constante. Tratamiento habitual: oxibutinina en parche, carbidopa/entacapona/levodopa en dos formatos 150/37,5/200 cada 24 h y 200/50/200 cada 3 h; carbidopa/levodopa 25/100 cada 24 h, rivastigmina parche 9,5 mg, quetiapina 25 mg cada 24 h, duloxetina 60 mg cada 24 h y trazodona 100 mg cada 24 h.

En la EF se objetiva intensa ansiedad durante la anamnesis, importantes discinesias axiales y apendiculares, inquietud psicomotriz y heteroagresividad al mínimo contacto físico. Rigidez en rueda dentada bilateral, de predominio en MMSS.

Se realiza cribado orgánico donde se descarta foco infeccioso y evento agudo a nivel central. Dada la polifarmacia, se procede a la retirada del parche antimuscarínico. Se aumenta el intervalo de administración de carbidopa/entacapona/levodopa 200/50/200, retirando las otras formulaciones. Las discinesias se resuelven de forma progresiva.

Ante la persistencia de síntomas conductuales con agitación psicomotriz, se intensifica la pauta de trazodona y se añade quetiapina prolong en desayuno y cena junto con quetiapina de liberación normal para favorecer el sueño, con mejoría parcial, pues presenta buen descanso nocturno pero continúa precisando rescates de neuroléptico intramuscular durante el día. Finalmente se suspende duloxetina y se inicia paroxetina hasta alcanzar dosis de 20 mg. La mejoría clínica posterior es notable, mostrándose tranquilo y colaborador. Acude a terapia ocupacional a diario, con participación adecuada y deambulando por paralelas con supervisión.

Conclusiones: En pacientes con deterioro cognitivo polimedicados, una valoración clínica exhaustiva y el ajuste periódico de medicación constituyen puntos trascendentales para un manejo adecuado.

Aunque la paroxetina se incluye dentro de los fármacos no recomendados según los criterios STOPP-START, en este caso contribuyó a resolver el trastorno conductual de nuestro paciente.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.360

PC-215

Síndrome confusional agudo hipoactivo e hiperactivo en nonagenario pluripatológico intervenido por fractura de cadera

V. Garay Airaghi, A. Capón Sáez, J. Mora Fernández

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: La fractura de cadera por fragilidad resulta un problema sanitario de primera línea: presenta elevada mortalidad al año, genera gran gasto de recursos y supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes con dificultosa recuperación funcional.

Caso clínico: Varón de 94 años que presenta fractura subcapital de fémur derecho tras caída casual. Parcialmente dependiente para las ABVD, deterioro cognitivo leve de perfil vascular, deambula con andador, buen apoyo social.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, DM de mal control, ERC estadio IIIB, EPOC con oxígeno domiciliario, SCACEST en 2010 con FEVI del 14% en último ecocardiograma, síndrome de Guillain-Barré en 2006 con cuadro miasteniforme residual y crisis parciales complejas.

Tratamiento habitual: lamotrigina, insulinoterapia con dos antidiabéticos orales, dos nebulizadores, parche de rivastigmina, atorvastatina, ivabradina, higrotona, sertralina, Adiro.

Evolución: Tras intervención quirúrgica con anestesia general presenta SCA hipoactivo en el contexto de infusor externo con opiáceos. Se mantiene con 24 h de lavado farmacológico y correcto control de analgesia, debutando con SCA hiperactivo consistente en alucinaciones visuales y marcada agitación psicomotriz. No se controlan los síntomas con quetiapina y finalmente se opta a mínimas dosis de aripiprazol por vía oral. Durante toda esta evolución el paciente permanece en dieta absoluta dado el alto riesgo de broncoaspiración, dificultando el manejo de la sueroterapia y diuréticos intravenosos (insuficiencia cardíaca y ERC reagudizada por rabdomiólisis). La transfusión sanguínea en la anemización posquirúrgica esperable obliga a vigilar más intensivamente mínimos signos de insuficiencia cardíaca.

Se procede a la retirada de antidepresivo y reajuste de insulinoterapia. Buen control del dolor. Tras inicio de terapia ocupacional, presenta insuficiencia cardíaca leve que precisa aumentar diurético habitual por vía oral. La intolerancia a IECA y a betabloqueantes no permite optimizar la farmacoterapia para la insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: El SCA acompaña complicaciones intrahospitalarias, prolonga la estancia hospitalaria y ensombrece el pronóstico. Su correcta identificación y manejo son prioritarios. La correcta valoración pre, inter y postoperatoria es crucial para este perfil de pacientes. Al alta, es importante la comunicación con atención primaria para gestionar descompensaciones y evitar reingresos.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.361