

PC-216

Infección urinaria complicada, vejiga hiperactiva y artes marciales

M.A. Canino Byreing

Hospital General de la Palma, Breña Alta, Santa Cruz de Tenerife, España

Paciente varón de 77 años de edad dependiente para las ABVD, AIVD (manejo del dinero) y AAVD por una mielopatía artrósica de probable origen traumático dada su profesión previa (profesor de artes marciales), que en este caso asocia dificultad miccional con vejiga hiperactiva (tratada con mirabegron) agravada por su HBP (grado I-II) así como tetraparesia de predominio en miembros inferiores con incapacidad para la deambulación (hace vida cama-sillón). Asimismo, presenta deterioro cognitivo de probable origen vascular (a estudio).

Al ingreso presenta un cuadro confusional con tendencia a la agresividad, con molestias abdominales y deterioro del estado general de 3 días de evolución, sin otra clínica acompañante. A la exploración se encuentra estable hemodinámicamente, afebril y presenta dolor a la palpación abdominal en meso e hipogastrio; resto de la exploración anodino (salvo por su déficit neurológico previo: tetraparesia 4/5 en ambos miembros superiores y 3/5 en miembros inferiores).

Se realiza estudio analítico (analítica de sangre, analítica de orina y cultivo de orina), que confirma la presencia de infección urinaria, y radiografía de tórax en la que, si bien hay un índice cardiotorácico aumentado, no hay datos de consolidación, por lo que se descarta neumonía. Posteriormente, el cultivo de orina resulta positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, sensible a todos los antibióticos probados. Es tratado con pauta larga de ciprofloxacino.

Su cuadro (mielopatía cervicoartrosica) se manifiesta con retenciones agudas urinarias de repetición (y vejiga de esfuerzo con divertículos en la ecografía) que le han llevado a un sondaje vesical permanente, el cual, a su vez, conlleva infecciones urinarias de repetición, complicadas por sus circunstancias y por tratarse de un varón, con tendencia a la sepsis (acumula un total de 3, más un último episodio de infección urinaria complicada, motivo del último ingreso). Esto nos recuerda la facilidad de producción de una infección del tracto urinario en pacientes portadores de sonda, garantizada si esta es, además, permanente.

Es desestimado para cirugía descompresiva de su médula espinal dada su patología cardiológica (ICC con FEVI del 40%), así como por su hija, médico rehabilitadora, partidaria de un manejo conservador.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.362>

PC-217

Pileflebitis o trombosis séptica portal persistente en paciente nonagenaria

S.A. González Chávez, V. Romero Estarlich, S. Muñoz Yepez, J.P. Vázquez Grande, M.D.L.A. García Alhambra, F.J. Ortiz Alonso, J.A. Serra Rexach

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de la pileflebitis como complicación de infecciones intraabdominales en la población anciana y su impacto en la morbimortalidad.

Caso clínico: Mujer de 93 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica, fibrilación auricular, dislipemia, enfermedad renal

crónica, polimialgia reumática e hipotiroidismo. En tratamiento con enalapril, acenocumarol, furosema, prednisona, levotiroxina, pravastatina y omeprazol. Funcionalmente, Barthel: 65/100 y *Functional Assessment Classification* (FAC): 2.

Primer ingreso por fiebre secundario a microabsceso hepático (segmento 5) y trombosis portal derecha, sin otros focos infecciosos intraabdominales. Recibió tratamiento con piperacilina-tazobactam, posterior pauta ambulatoria con amoxicilina-clavulánico. Nueve meses después ingresa con shock séptico por colangitis aguda, confirmada en tomografía computarizada (CT), además se objetiva microabscesificaciones múltiples, trombosis portal izquierda aguda y trombosis crónica derecha persistente. Se trató mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), antibioticoterapia intravenosa (30 días) con piperacilina-tazobactam y posteriormente ampicilina ajustado a hemocultivos (*Enterococcus faecalis*). En CT de control, repermeabilización parcial de la trombosis portal izquierda, resto sin cambios. Al alta hospitalaria, continuó con linezolid oral durante 15 días y se mantuvo anticoagulación. Funcionalmente, Barthel 25/100.

Dos meses después, reingresa por fiebre (38,5°C). Nueva CT abdominal, signos de colecistitis aguda complicada con persistencia de abscesificación hepática. La evolución clínica fue rápida, con shock séptico y fallecimiento de la paciente.

Discusión: La pileflebitis, o trombosis séptica de la vena porta, es una complicación infrecuente (0,16% de las infecciones intraabdominales agudas). Se presenta con síntomas inespecíficos que retrasan su diagnóstico. Las principales complicaciones son la hipertensión portal y la microabscesificación hepática, con bacteremia secundaria en el 60% de los casos, desarrollando sepsis severa en un 20%. El diagnóstico se basa en estudios de imagen mediante CT con contraste.

Su tratamiento requiere pautas de antibioticoterapia prolongadas (mínimo 6 semanas) en función de los resultados microbiológicos obtenidos. La terapia anticoagulante está recomendada en casos de trombosis extensas, estados de hipercoagulabilidad y fiebre persistente para acelerar la recanalización portal y minimizar el desarrollo de complicaciones.

Conclusiones: Es importante sospechar de esta entidad, intentando un diagnóstico lo más preciso y precoz posible para de esta manera iniciar tratamiento óptimo que disminuya la mortalidad y la tasa de complicaciones.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.363>

PC-218

Adecuación de pruebas diagnósticas y abordaje no invasivo en ancianos con cáncer de pulmón: eco-PAAF de adenopatía supraclavicular

I. Marín Epelde^a, M.F. Ramón Espinoza^a, T.M. Domene Domene^a, M. Gutiérrez Valencia^a, J.O. Duarte Flores^b, L.I. Corona Sevilla^b, A.A. González Fausto^b

^a *Hospital de Navarra, Pamplona, España*

^b *Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México*

Presentamos una paciente de 87 años con antecedentes de HTA, síndrome depresivo, deterioro cognitivo moderado y Barthel 20/100, sin hábitos tóxicos. Ingresó en geriatría por disnea progresiva que asociaba tos, expectoración blanquecina y escalofríos, de 3 días de evolución. A la auscultación destacaban crepitantes bibasales y sibilantes espiratorios. En analítica de sangre presentaba leucocitosis con neutrofilia, función renal conservada, lactato