

13,7 mg/dl, albúmina 3,4 g/dl, BNP 150 pg/ml y PCR 109,7 mg/l. La radiografía de tórax presentaba derrame pleural izquierdo e imagen de colapso de LSI.

Tratada con levofloxacino, presentó buena evolución. Se realizó TAC pulmonar por la imagen radiográfica, documentándose extensa condensación en LSI con adenopatías patológicas supraclaviculares, mediastínicas e hiliares contralaterales y derrame pleural izquierdo. Se realizó eco-PAAF de adenopatía supraclavicular izquierda, resultando células malignas compatibles con metástasis de carcinoma no microcítico.

Discusión: La edad media de diagnóstico de cáncer de pulmón es 70 años, y se trata de una de las causas más comunes de muerte. ¿Es necesario adaptar procedimientos diagnósticos y de estadificación en poblaciones con mayor riesgo iatrógeno y en quienes el cociente riesgo/beneficio condicione la calidad de vida? Para la selección de tratamiento curativo y paliativo apropiado tendremos que precisar la fase clínica, estratificar según edad fisiológica y situación basal y valorar la tipificación celular. Dada la presentación atípica y el consecuente diagnóstico tardío, el pronóstico resulta sombrío en el adulto mayor, por lo que hay que valorar procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante una visión multidimensional.

Belucci et al. dividieron el adulto mayor oncológico en tres grupos: los que por buena condición general precisan tratamiento convencional, los de estado basal alterado que requieren moderada asistencia y los frágiles, candidatos a cuidados de soporte. En nuestro paciente (frágil) se procedió a una técnica diagnóstica con bajo riesgo iatrogénico.

La prueba ideal para estadificación debe ser económica, fácil de administrar, altamente sensible y específica y con mínima morbilidad. Las adenopatías supraclaviculares, habitualmente implicadas en enfermedad metastásica, son una diana segura, según Gaddey et al.

En pacientes geriátricos oncológicos, por su complejidad y heterogeneidad, debemos tener en cuenta las preferencias personales y valernos de una buena VGI para la toma de decisiones.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.364>

PC-219

Astenia, tos, expectoración y fiebre. Qué duro es el invierno

A. Oller Bonache, C. Nicolas Luis, E. Martinez Suarez, M. Mendez Brich, A. Llopis Calvo, R. Cristofol Allue

Consorti Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Caso clínico: Paciente de 80 años sin alergias y fumador de 10 cigarrillos/día (dosis acumulada 20 paquetes/año). Acude a urgencias por astenia, pérdida de peso (6 kg en 2 meses), tos con expectoración de 3 semanas de evolución y fiebre de 38,5°C en las últimas 48 h.

Antecedentes patológicos: hipertensión, dislipemia, EPOC enfisematoso no agudizador (BODEX 2).

Tratamiento habitual: sin adherencia.

Valoración geriátrica integral:

- **Funcional:** índice de Barthel 100/100. Autónomo para actividades básicas de la vida diaria. Continente. Autónomo para transferencias y deambulación. Realiza actividades instrumentales.
- **Cognitivo:** sin signos de deterioro cognitivo.
- **Social:** casado, sin hijos. Domicilio sin barreras arquitectónicas. No teleasistencia.
- **Afectivo:** eutímico.



- **Nutricional:** hiporexia. Edéntulo parcial (cavidad oral séptica). No disfagia. Ritmo deposicional sin alteraciones.
- **Sensorial:** presbicia e hipoacusia leve.

Exploración física: PA 106/67 mmHg; FC 103x'; FR 22x'; T 37,2 °C; SatO₂ 98%.

Normohidratado y normocoloreado. Sin lesiones cutáneas evidentes. CAR: ruidos rítmicos, soplo sistólico. Carótidas sin soplos. No edemas. RESP: hipofonesis global. Abdomen: blando, no doloroso, sin irritación peritoneal. Peristaltismo presente. NRL: consciente y orientado. Sin focalidad neurológica aguda. Sin signos meníngeos.

Exploraciones complementarias:

- **Analítica:** glucosa 91,2 mg/dl; urea 35,4 mg/dl; creatinina 0,73 mg/dl; filtrado glomerular >90 ml/min/1,73 m²; sodio 139 mmol/l; potasio 4,5 mmol/l; cloro 97 mmol/l; PCR 24,51 mg/dl; hemoglobina 11,8 g/dl; hematocrito 37,9%; VCM 93,9 fl; HCM 30,8 pg; leucocitos 11.890/μl; neutrófilos 76,5%; linfocitos 13,3%; plaquetas 412.000/μl; TP: 11,5 s; TTPA Ratio 1,02; fibrinógeno >500 mg/dl.
- **Rx tórax:** marco óseo conservado. Imágenes de cavidades en lóbulo superior derecho. Senos costofrénicos libres.
- **ECG:** ritmo sinusal, FC 100x'. Eje 60°. PR 0,16; QRS 0,08. No alteración de la repolarización.
- **Hemocultivos:** negativos.
- **Cultivo esputo:** flora mixta. BK negativo. Lowestein negativo.
- **TAC torácico:** discreto derrame pericárdico. Enfisema paraseptal y bulloso, difuso evolucionado. Lesión mixta sólida/líquida de paredes gruesas en LSD, sugestiva de absceso.
- **Ecocardiograma:** ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico. Contractilidad global conservada. Válvulas finas, morfológica y funcionalmente normales, con buena apertura.

Diagnóstico diferencial: absceso pulmonar; tuberculosis y endocarditis.

Diagnóstico final: absceso pulmonar en paciente EPOC enfisematoso.

Discusión: Un absceso pulmonar es una necrosis del parénquima pulmonar secundaria a un agente infeccioso, generalmente una bacteria anaerobia que coloniza la cavidad oral. Nuestro paciente presenta absceso pulmonar situado en lóbulo superior derecho y cavidad séptica. Se realizó estudio descartándose tuberculosis y endocarditis. Se administró tratamiento antibiótico (amoxicilina/clavulánico) endovenoso con mejoría clínica y radiológica. Actualmente en seguimiento en CCEE de nuestro centro.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.365>

PC-220

Neumonía por Legionella

E. Martinez Suarez, A. Oller Bonache, C. Nicolas Luis, M. Mendez Brich, J.A. Gutierrez Martos, R. Cristofol Allue

Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona, España

Antecedentes patológicos: HTA, DMII, déficit B₁₂ y dislipemia.

Tratamiento: lantus 38 UI cada 24 h, omeprazole 20 mg cada 24 h, metformina 850 mg cada 8 h, valsartan 320 mg cada 24 h, simvastatina 40 mg cada 24 h, optovite B₁₂ cada mes.

Valoración geriátrica integral:

- **Social:** vive con esposo en domicilio, buen soporte por parte de los hijos. No barreras arquitectónicas.

