

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 iatrogénico 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

Consorci 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; SatO<sub>2</sub> B98%.

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

#### Exploraciones complementarias:

- **Análítica:** glucosa 91,2 mg/dl; urea 35,4 mg/dl; creatinina 0,73 mg/dl; filtrado glomerular >90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; 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. Lowenstein 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 B<sub>12</sub> 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 B<sub>12</sub> cada mes.

#### Valoración geriátrica integral:

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