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

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; $SatO_2$ B98%.

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 m^2; 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 Mataro, Mataro, Barcelona, España

Antecedentes patológicos: HTA, DMII, déficit B_{12} 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_{12} cada mes.

Valoración geriátrica integral:

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

- Funcional: índice de Barthel 100/100.
- Cognitivo: sin deterioro cognitivo.
- Afectivo: eutímica.
- Nutricional: no presenta disfagia, apetito conservado, hábito deposicional regular.

Enfermedad actual y evolución:

Paciente de 82 años que consulta a urgencias por malestar general, náuseas, vómitos y posterior tendencia a la somnolencia. Presenta episodio de sudoración profusa y tiritonas (sin fiebre termometrada). Esta mañana se encuentra somnolienta con escasa respuesta, por lo que la familia la trae a urgencias (ya el SEM objetiva temperatura de 39 °C).

Exploración física:

PA 90/45 mmHg, FC 111, FR 30, Sat 96% con Vmask 0,26, temperatura 39,4 °C.

Piel y mucosas: palidez de piel, sequedad de mucosas (lengua+), diaforética, buena perfusión distal.

NRL: consciente, orientada, ligera bradipsiquia, obedece órdenes simples, no paresia facial, moviliza cuatro extremidades.

AC: ruidos regulares.

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: globuloso, no doloroso a la palpación, peristaltismo presente, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades: no edemas, no signos de TVP.

Exploraciones complementarias:

Analítica urgencias: glucosa 228,4 mg/dl, urea 38,6 mg/dl, creatinina 1,17 mg/dl, FG47 ml/min/1,73 m^2, Na 129 mmol/l, K 2,2 mmol/l, Cl 91 mmol/l, calcio 7,9 mmol/l, proteínas 5,7, calcio corregido con proteínas 8,7 mmol/l, PCR 33,14, CK 6.315 UI/l, Hb 12,1 $\times 10^6$/µl, Hto 35,8%, VCM 76,8 fl, HCM 26 pg, leucos 9.410 (N 88,8%, L 6,5%), plaquetas 160.000, lactato 3,88 mmol/l.

Rx tórax en decúbito supino, hemidiafragma derecho sobreelevado, senos costofrénicos libres, no imágenes sugestivas de condensación.

TAC toracoabdominal: condensación pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. Hígado de tamaño normal homogéneo. Bazo normal. Vesícula normal. Vía biliar no dilatada. Páncreas normal. Glándulas suprarrenales sin alteraciones. Riñones sin signos de dilatación de vías ni imágenes de lesiones focales.

Diagnóstico: sepsis de probable foco respiratorio por neumonía por *Legionella* Fine V, CURB65 4.

Discusión: Ante los resultados del TAC se solicitan antigenurias neumococo y *Legionella*. *Legionella*+, por lo que se ajusta antibioterapia a levofloxacino 500 mg y azitromicina 500 mg.

La neumonía por *Legionella* es una enfermedad de declaración obligatoria. Se trata de un cuadro con una sintomatología atípica y hallazgos tales como fiebre alta, náuseas y vómitos; hipoNa e hiperCK nos pueden orientar hacia el diagnóstico.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.366

PC-221

Apendicitis secundaria a linfoma tipo MALT. A propósito de un caso de linfoma primario del apéndice cecal

O. Miralles, P.V. Perea, B.J. Fontecha-Gómez

Consorci Sanitari Integral - Hospital de l'Hospitalet de Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Objetivos: Los linfomas afectan secundariamente al apéndice cecal tras la extensión de la enfermedad desde otra localización. La afectación del sistema digestivo de los linfomas extranodales representa entre el 30 y el 45% del total. Son muy infrecuentes los procesos linfoproliferativos apendiculares primarios, habitualmente son de tipo Burkitt o de células B grandes. Se describe un caso de linfoma primario del apéndice cecal de tipo extraganglionar de zona marginal de células B (MALT) en una paciente mujer de 90 años que debutó en forma de apendicitis.

Método: Descripción de las características clínicas y diagnósticas de una paciente geriátrica con linfoma tipo MALT. Revisión sistemática de la literatura mediante búsqueda en PubMed® con las palabras clave («MALT» y «linfoma no-Hodgkin» O «gastrointestinal» O «apendicitis»).

Resultados: *Caso clínico:* Mujer de 90 años con dependencia moderada para las ABVD que fue estudiada por síndrome tóxico el año previo sin objetivar proceso subyacente. Acude por un cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha de 48 h de evolución con vómitos, leve leucocitosis sin neutrofilia y PCR de 62 mg/l. La TC abdominal mostró un tumor apendicular primario localizado. Se procedió a realizar una cecotomía con apendicectomía; la pieza mostraba engrosamientos irregulares. La anatomía patológica constató un linfoma B tipo MALT con márgenes de resección libres de lesión. El estudio de extensión fue negativo.

Revisión de la literatura: Los linfomas MALT representan un 7% del total de los linfomas no Hodgkin (LNH). Afectan principalmente a hombres y se manifiestan en la sexta década de vida. Se diagnostican en estadios avanzados de enfermedad y suelen presentar antígenos pan-B (CD19 y CD20) e inmunohistoquímica positiva para ciclina D1. La presentación clínica más frecuente de los linfomas del manto son las adenopatías, y un tercio de los paciente presenta síntomas B. Ambas manifestaciones clínicas son comunes para la mayoría de LNH.

Conclusiones: La afectación primaria apendicular por linfoma es inusual. La presentación clínica es similar a otros LNH, siendo el diagnóstico en estadios avanzados frecuente. Destaca el comportamiento de los linfomas tipo MALT que suele ser variable y con tendencia a la agresividad.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.367

PC-222

Uso de octeótrido LAR en el síndrome de Heyde

D. Pérez Soto, M. Montero Magán, R. Rodríguez Fraiz, J. Verísimo Guillén, A. Carpintero Vara, A.M. Gómez Mosquera, I. Torres Torres

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

Objetivos: Descripción del uso de octeótrido LAR en el síndrome de Heyde.

Método: Describimos el caso de un paciente varón de 92 años, con buena situación funcional y cognitiva. Con antecedentes personales de HTA, valvulopatía aórtica en grado severo asintomática, HDB secundaria a angiodisplasia duodenal. Ingresa por anemización severa en contexto de síndrome de Heyde, siendo tratado de manera compasiva con octeótrido LAR subcutáneo.

Resultados: A su ingreso en la unidad de agudos el paciente presenta, en la exploración física, tacto rectal con heces melénicas. En estudios analíticos presenta cifras de Hb de 6,5 g/dl, con creatinina sérica de 2,2 mg/dl. Se decide a su ingreso transfusión de concentrados de hematíes, así como solicitud de estudios endoscópicos. Dadas las cifras de creatinina, se desestima la realización de angiografía, motivo por el cual se realiza gammagrafía con hematíes marcados, objetivándose sangrado activo en yeyuno. Ante los antecedentes de angiodisplasias y estenosis aórtica, es diagnosticado de probable síndrome de Heyde, iniciándose tratamiento subcutáneo con octeótrido LAR, con favorable evolución clínica, sin nuevos