

eventos hemorrágicos hasta la fecha, siendo seguido en hospital de día médico, donde se administra dicho fármaco y se controla periódicamente.

**Conclusiones:** El síndrome de Heyde está relacionado con un déficit adquirido de factor de von Willebrand tipo IIa. Se trata de una entidad clínica a tener en cuenta en el manejo de pacientes geriátricos, dado la frecuente asociación de estenosis aórtica y sangrados digestivos de origen oculto. Dada la dificultad para intervencionismo en muchos de nuestros pacientes, el octeótrido LAR subcutáneo se presenta como una opción segura y cómoda de administrar, a tener en cuenta en el manejo de sangrados digestivos en el contexto de dicho síndrome, aunque son necesarios más estudios al respecto.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.368>

## PC-223

### Quilotórax bilateral como forma de presentación de linfoma folicular



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

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

**Objetivos:** Descripción del caso de una paciente con debut de linfoma folicular en forma de quilotórax bilateral.

**Método:** Paciente de 82 años, con excelente situación funcional y cognitiva, antecedentes personales de cardiopatía isquémica crónica. Ingresa en unidad de agudos de geriatría por síndrome constitucional y derrame pleural bilateral a estudio.

**Resultados:** A su ingreso presenta analítica con las tres series hemáticas en rango de normalidad, frotis sanguíneo normal; a destacar LDH 325, folato 1,8 ng/ml y vitamina B<sub>12</sub> 210 pg/ml. Se realiza toracocentesis diagnóstica con hallazgo de quilotórax bilateral con triglicéridos en 150 mg/dl y quilomicrones. Se realizan estudios de extensión con TC toracoabdominal, observándose masa a nivel torácico y abdominal compatible con proceso linfoproliferativo, así como adenopatía axilar izquierda. Se realiza interconsulta al servicio de hematología, iniciándose estudio de proceso linfoproliferativo, con PAAF negativa de adenopatía y masa torácica, realizándose biopsia quirúrgica de masa abdominal con resultado de linfoma folicular grado 2.

Dados los hallazgos y tras valoración geriátrica integral y reunión multidisciplinar con equipo de hematología, se decide inicio de tratamiento quimioterápico esquema R-COP, así como nueva toracocentesis evacuadora.

La paciente, tras una favorable evolución inicial, presenta hepatitis fulminante secundaria a fármacos y fallece.

**Conclusiones:** El quilotórax se define como la presencia de derrame pleural tipo exudado con hallazgo de quilomicrones y triglicéridos, siendo consecuencia en la mayoría de los casos de lesión del conducto torácico, con variabilidad de la etiología, en función de los estudios revisados. La singularidad de nuestro caso radica en la estirpe de linfoma y en la forma de presentación. Destacar así mismo la necesidad de manejo integral y multidisciplinar de este tipo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.369>

## PC-224

### Descripción de un caso de miopatía necrotizante autoinmune por estatinas



B. Pey Perez

Consorci Sanitari del Garraf, Vilanova i la Geltru, Barcelona, España

**Objetivos:** Describir un caso de miopatía necrotizante autoinmune por toma de estatinas.

**Método:** Revisión de la literatura relevante para la enfermedad y revisión de la historia clínica del paciente.

**Resultados:** Paciente de 70 años en tratamiento con atorvastatina de 40 mg durante 6 años, con historia de cardiopatía isquémica en 2010 y portador de un stent coronario desde entonces. Acude a urgencias por presentar debilidad progresiva en extremidades inferiores, disfagia alta a sólidos y pérdida de peso. Se realiza un EMG, que muestra un patrón miopático compatible con una miopatía inflamatoria. Se programa una biopsia muscular que arroja el hallazgo de múltiples necrosis, y expresión de MHC clase 1 en las membranas de las fibras musculares, por lo que se orienta como una miopatía necrotizante autoinmune. En la analítica se encuentran unas CPK de 4.783, un valor de autoanticuerpos anti HMG Co reductasa de 3,95 (VN: < 1,01); el cribado de neoplasia es negativo (TAC toracoabdominal, fibrogastroscopia). El paciente es tratado con 3 bolos de metilprednisolona a dosis altas (1 mg/kg/día) durante 3 días, y posteriormente se introduce el metotrexato 17,5 mg/semana para ir disminuyendo los corticoides y comienza fisioterapia por no tolerar bipedestación. Tras 10 meses de tratamiento y fisioterapia, el paciente es dado de alta de rehabilitación y del tratamiento con unas CPK de 129,6 y con función renal conservada.

**Conclusiones:** La miopatía necrotizante autoinmune es una entidad que se comprende dentro de las miopatías inflamatorias, muy relacionada con la toma de estatinas. Para su diagnóstico es necesaria la realización de una biopsia que confirme la presencia de MHC-1 en las fibras musculares en ausencia de infiltrado inflamatorio, y de autoanticuerpos anti HMG-Co reductasa. Esta enfermedad responde adecuadamente a la administración de corticoides, inmunosupresores y rehabilitación.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.370>

## PC-225

### Anciana frágil y la eficacia de un programa de intervención nutricional



M.P. López Viñas <sup>a</sup>, S. Jiménez Mola <sup>b</sup>, E. Martín Pérez <sup>c</sup>, J. Idoate Gil <sup>b</sup>, K. López López <sup>d</sup>, C. Benítez González <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Residencia Mixta de Personas Mayores, León, España

<sup>b</sup> Complejo Asistencial de León, León, España

<sup>c</sup> Hospital San Juan de Dios de León, León, España

<sup>d</sup> Hospital San Juan de Dios de Burgos, Burgos, España

**Introducción:** La hospitalización de un anciano vulnerable aumenta el riesgo de malnutrición, con el consiguiente aumento de la estancia hospitalaria y de la morbilidad. Un programa de intervención nutricional durante la hospitalización y la fase subaguda de la enfermedad es esencial, y ha demostrado su efectividad.

**Resumen del caso:** Paciente de 87 años, con comorbilidades severas (DM tipo 2, hemiparesia residual derecha tras ACVA, cardiopatía isquémica, portadora de dos stent, anemia macrocí-

tica por déficit de  $B_{12}$  y deterioro cognitivo de origen vascular (TAC: enfermedad de pequeño vaso y atrofia cortico-subcortical; MMSE 20/30), índice de Charlson 10,7; Barthel 20/100. Vive en centro residencial. Ingresa en otorrinolaringología por hemorragia nasal severa. Durante el ingreso sufre SCA hipoactivo que impide alimentarla, por lo que, tras valoración por geriatría, indica NE por SNG con fórmula enteral hiperproteica hipercalórica diabética.

**Evolución:** Al regreso a su residencia se procede a VGI con: síndrome confusional hipoacivo, MNA-11, UPP sacra estadio IV y albúmina 2,5. Inicia un programa de intervención nutricional (IN) exhaustivo con control de factores de riesgo, comorbilidades y registro dietético. Tras mejoría de situación cognitiva, se retira SNG, reiniciando tolerancia oral con dieta y SNO con dieta oral hiperproteica hipercalórica diabética, por el beneficio que supone aportar menos volumen con la cantidad adecuada de proteínas y calorías. Controles nutricionales periódicos y obtención de niveles de albúmina 3,5, MNA-17, cicatrización de la úlcera sacra y aumento de peso al cabo de 6 meses. Desde el punto de vista cognitivo, mantiene MMSE 20/30 sin empeoramiento funcional.

**Discusión:** La IN individualizada y el empleo de fórmulas nutricionales adaptadas al perfil del paciente, como el caso que mostramos, junto al control adecuado de sus comorbilidades, en especial tras una hospitalización, no solo permite mejorar su estado nutricional sino mejorar la situación cognitiva y funcional, con la consiguiente reducción de la morbilidad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.371>

## PC-226

### Sospecha de sumisión química en paciente mayor: ¿mito o realidad?



M. Lázaro del Nogal, C. Fernández Alonso, R.M. Moreno Rodríguez, C. León Serrano, C. Gil López, R. Castro Rodríguez, A.E. Santiago Sáez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**Caso clínico:** Mujer de 68 años con diagnóstico al alta del servicio de urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) de sospecha de sumisión química (SQ). Se trata de una paciente sin antecedentes personales de interés, salvo dislipemia e hipertensión arterial bajo tratamiento con simvastatina y losartán, independiente para todas las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo ni enfermedad psiquiátrica. La paciente refiere que dos individuos desconocidos se abalanzaron sobre ella una mañana de otoño en la vía pública espolvoreándola con alguna sustancia que la dejó aturdida y confusa. Recuerda vagamente lo sucedido posteriormente. Refiere que se subió en un coche con ellos, acudió a su domicilio y les entregó todo el dinero que tenía en metálico. No refiere agresión sexual. Pasadas unas horas la paciente acude a un SU de hospital privado aportando informe con exploración física y pruebas complementarias normales. Aproximadamente 36 h después de lo sucedido acude al SU del HCSC refiriendo posible SQ. La paciente descarta haber consumido ningún tóxico y su familia descarta alteración del comportamiento reciente. Se activó el protocolo de SQ y se recogieron muestras biológicas (sangre y orina) previo consentimiento, realizando parte judicial y recomendando denuncia a la policía. Tres meses después se recibe el informe del análisis toxicológico-forense (ATF) realizado en el INTCF con resultado negativo.

**Discusión:** Se conoce la SQ como la utilización de agentes químicos para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento con fines delictivos, habitualmente robo o

agresión sexual. Recientemente se están registrando casos en pacientes mayores. Se presenta un caso de sospecha de SQ no confirmada. ¿Mito o realidad? En este sentido, conviene aclarar que el tiempo de evolución que pasa entre la exposición al tóxico y la recogida de muestras biológicas es clave para interpretar el resultado del ATF. Se ha documentado una ventana de detección estrecha, inferior a 12 h, tanto en sangre como en orina, para sustancias implicadas en casos de SQ como la burundanga o escopolamina, GHB o ketamina. Por tanto, un resultado negativo en el ATF tras 36 h de evolución no descarta la sospecha de SQ.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.372>

## PC-227

### Crisis comiciales en paciente con enfermedad de Parkinson avanzada tras parada cardiorrespiratoria



A. Carpintero Vara, M. Montero Magán, J. Verísimo Guillén, R. Rodríguez Fraíz, D. Pérez Soto

Hospital do Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

**Objetivo:** Presentamos el caso de un paciente con enfermedad de Parkinson (EP) de 25 años de evolución que realiza parada cardiorrespiratoria en el contexto de TEP agudo y neumonitis broncoaspirativa y que durante el ingreso realiza movimientos tónico-clónicos compatibles con crisis comiciales.

**Método:** Paciente con EP de 25 años de evolución con mala vida basal (dependiente para ABVD, incapacidad para la marcha independiente desde 2013, caídas frecuentes), sigmoidectomía en 2001 por cáncer de colon con múltiples reintervenciones por laparocelar incarcerado; que en el contexto de TEP agudo y neumonitis sufre síncope tras el cual realiza parada cardiorrespiratoria atendida por equipo del 061 durante 6 min hasta conseguir pulso espontáneo; es necesaria la administración de noradrenalina por PAS sistemáticamente bajas. Ingresa en REA con una EF inicial en la que destaca roncus bibasales a la auscultación y una exploración neurológica ya dentro de la normalidad. La analítica post-RCP objetiva pH 7,1, aumento de troponinas, y la TC abdominal es compatible con suboclusión intestinal.

**Resultados:** Ingresa en REA, se inicia terapia con HBPM para TEP. Tras estabilización clínica, es trasladado al servicio de geriatría. Ya desde el ingreso comienza con movimientos erráticos de los cuatro miembros, descritos como «espasmos» y mantenidos durante 15-30 min que ceden coincidiendo con la disminución de las dosis de levodopa, pero que se repiten a pesar de llegar a retirar el fármaco. El EEG del paciente objetiva actividad δ rítmica e intermitente frontal (FIRDA), iniciándose tratamiento anticomicial con levetiracetam 1.000 mg/24 h. Una vez iniciado el tratamiento se consigue disminuir los episodios de movimientos tónico-clónicos.

**Conclusiones:** A pesar de que las crisis comiciales secundarias a la EP son un evento poco común, se relacionan con mucha más frecuencia tras un daño cerebral, por ejemplo, una parada cardiorrespiratoria (encefalopatía anoxo-isquémica ulterior). Después de eventos como la PCR es necesaria una estrecha vigilancia neurológica para la identificación temprana de posibles entidades secundarias a la anoxia cerebral como las mioclonías postanoxia. Generalmente existe una correlación electroencefalográfica que ayudará a dirigir el diagnóstico, ya que estas crisis pueden ser muy sútiles.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.373>