PC-230

Una sospecha de síndrome coronario agudo

M. Alonso Seco [a], E. García Tercero [a], L.A. Porta González [a], C. Pedro Monfort [a], V. Landaluce Pelligra [a], A.M. Cruz Gordillo [b], J.A. Lemus Calderón [b]

[a] *Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*
[b] *Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

Anamnesis: Mujer de 75 años con los siguientes antecedentes: hipertensa, fumadora de 20 cigarrillos/día, exconsumidora de 20 g/día de alcohol.

Enfermedad actual: Acude a urgencias por dolor torácico opresivo, irradiado a cuello, con debilidad de brazos, cortejo vegetativo y asociado a esfuerzos desde hacía 3 días. No palpitaciones o disnea. El primer episodio se produjo con un esfuerzo intenso y presentó 20 min de duración con recuperación tras reposo. Desde entonces había presentado varios paroxismos de dolor ante mínimos esfuerzos, no en reposo ni de duración prolongada. A su llegada a urgencias, asintomática.

Exploración física: PA 100/70 mmHg. FC 84 lpm. Sat 93%. Impresiona de caquexia. No IY. Rítmica con soplo sistólico II/VI foco aórtico. Hipofonesis generalizada. MMII: no edemas o signos de TVP.

Pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, PR normal, P con datos de crecimiento de AD, eje inferior, QRS estrecho, T negativas profundas y simétricas de V2 a V5, II, III y aVF.
- Radiografía de tórax: ICT normal, eje vertical, hiperinsuflación bilateral sugerente de atrapamiento aéreo, sin derrame pleural ni infiltrados.
- Analítica: troponina I 0,147 ng/ml.

Evolución: Se administró doble antiagregación, y con ECG compatible con isquemia subepicárdica (probable amenaza de la descendente anterior), se comentó el caso con cardiología, que ingresó a la paciente con telemetría para estudio. Una vez en planta presentó troponina máxima 0,2 ng/ml. Se realizó ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado, con moderada hipertrofia septobasal (rodete) y función sistólica global ligeramente deprimida (FEVI 45%); aquinesia de segmentos medio y apical del septo anterior con hipoquinesia del resto de segmentos apicales. SAM. Insuficiencia mitral trivial basal que se hace ligera-moderada, excéntrica posterior con Valsalva. Dados los hallazgos y la persistencia de la elevación de troponina y las T negativas profundas en ECG, se realizaron coronariografía y angiografía, que no fueron concluyentes, por lo que se solicitó RMN cardiaca, que presentó hallazgos sugestivos de síndrome de Tako-tsubo con distribución atípica (septal y anterior).

Conclusiones: El síndrome de Tako-tsubo es indistinguible del IAM por la clínica o el ECG, por lo que se debe manejar en su inicio como si de un síndrome coronario agudo se tratase, presentando posteriormente un pronóstico excelente y una baja tasa de recurrencias.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.376

PC-231

Meningoencefalitis por virus de Epstein-Barr: a propósito de un caso

R. Rodríguez Fraiz [a], C. Chapela Villa [b], R. Otero González [b], D. Pérez Soto [a], A. Carpintero Vara [a], J. Verísimo Guillen [a], M. Montero Magan [a]

[a] *Hospital Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España*
[b] *Centro de salud de Matamá, Vigo, Pontevedra, España*

Objetivos: Se hace una revisión de las complicaciones neurológicas por VEB en el anciano, especialmente la meningoencefalitis aguda.

Método: Se revisa la literatura referente a la meningoencefalitis por VEB, una complicación rara causada por la infección por VEB y escasamente descrita en pacientes ancianos. Se presenta un nuevo caso clínico de meningoencefalitis por VEB en una paciente de 83 años que ingresa en nuestro servicio de geriatría.

Resultados: Se trata de una paciente de 83 años con un grado moderado de dependencia (IB 50, CRM 2/5) que tras un período de unos 20 días con un cuadro de deterioro del estado general, lenguaje confuso y marcada postración que no mejoran con tratamiento antibiótico de amplio espectro, ante la sospecha de ITU, ingresa de nuevo en nuestro servicio con un cuadro de estupor y fiebre intensa. Al obtenerse un resultado de LCR compatible con posible meningoencefalitis vírica/bacteriana decapitada, se inicia tratamiento AB empírico con ampicilina, aciclovir y meropenem. La paciente presenta muy buena respuesta clínica desde el día siguiente, recuperando el nivel de consciencia y atención, y sin focalidad motora demostrable. Posteriormente se reciben PCR de LCR+ para VEB, con cultivo negativo y serología compatible con reactivación, así como una imagen en PET-TAC sugestiva de encefalitis, por lo que se mantiene tratamiento con aciclovir i.v. y corticoides a dosis altas durante 3 semanas. Al alta la paciente se encuentra en su práctica situación basal, limitada únicamente por desacondicionamiento físico potenciado por el rechazo al tratamiento rehabilitador ofertado.

Conclusiones: La encefalitis por VEB es una enfermedad rara, caracterizada convencionalmente como autolimitada y de buen pronóstico. La literatura ofrece una prevalencia de infecciones por VEB de predominio en niños, disminuyendo progresivamente con la edad, si bien, en cuanto a las complicaciones causadas por la misma, algún estudio describe un pico de incidencia en niños y otro en ancianos. A pesar de ello, la evidencia científica disponible en este rango de edad es muy escasa, cuestionándose entre otros aspectos la presencia o no de buen pronóstico asociado. En nuestro caso clínico se presenta un caso con excelente respuesta tras tratamiento con aciclovir.

https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.377

PC-232

Octogenaria con artritis reumatoide, febrícula, derrame pericárdico y esplenomegalia

J. Vásquez Grande, F. Gómez-Olano, V. Romero, J. Mendizabal, S. González, S. Muñoz, M.T. Vidán.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: La leishmaniasis es una zoonosis transmitida por el mosquito *Phlebotomus*, caracterizada por fiebre intermitente prolongada, esplenomegalia y pancitopenia1. Es endémica en la cuenca mediterránea; en la pasada década se registraron