

en V2-V5, BRD. En Rx de tórax aumento de densidad en segmento basal y parahiliar derecho, redistribución vascular. Rx abdomen: dilatación generalizada de asas intestinales. Ecocardiograma con hipertrofia ligera del septo, insuficiencia aórtica y tricusípida ligera. Se diagnostica de SCA sin elevación del ST e insuficiencia cardíaca aguda. Se inicia manejo con oxigenoterapia, antiisquémico (nitratos en parche), se descarta de inicio la anticoagulación por elevado riesgo de sangrado posquirúrgico. Al alta, normalización del ECG y enzimas cardíacas.

Conclusiones: El SCA como complicación cardiovascular tras una cirugía no cardíaca en el anciano se ve favorecido por la pobre respuesta cardiovascular adaptativa al estrés agudo y la disminución de la reserva funcional miocárdica asociado a factores de riesgo como la hipertensión arterial y la dislipemia. Presentación atípica en las primeras 24-48 h tras la intervención quirúrgica. El diagnóstico se basa en la clínica (que hasta en un 63% de los casos tienen una presentación atípica indolora), cambios en el electrocardiograma (ECG) y esencialmente elevación de biomarcadores. Determinando el tiempo posquirúrgico la terapia farmacológica.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.385>

PC-240

A propósito de un caso de disfagia. Importancia del diagnóstico diferencial

K. Reynoso de los Santos, J. Caballero Palacio, M.L. Morillo Blanco, M.G. Taveras Bretón, J.M. Ortega Morente, S. Rodríguez Ordéñez, J.A. López Vázquez

Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres, España



Objetivos: La disfagia es un síndrome geriátrico que presenta un enorme impacto en la capacidad funcional, calidad de vida y salud de los pacientes. Con este caso clínico queremos resaltar los diagnósticos diferenciales a tener presente en la misma.

Método: Mujer de 81 años hipertensa, diabética tipo 2, con anemia ferropénica y faquetectomía izquierda. Tratamiento: amiodipino/hidroclorotiazida/olmesartán 20/5/12,5 mg 1-0-0, Adiro 100 mg 0-1-0, bisoprolol 2,5 mg 1-0-0, megestrol 15 ml 0-1-0, Lantus 15 UI y sulfato de hierro. Valoración geriátrica integral, funcional: IABVD, excepto ayuda para el baño e incontinencia urinaria, índice de Barthel 85 puntos. Disfagia a líquidos y dudosa a sólidos; mental: deterioro cognitivo leve, no alteración de la esfera afectiva; social: soltera, sin hijos, vive en pisos tutelados con aceptable apoyo familiar; nutricional: test MNA-7 puntos. IMC: 21%.

Derivada desde atención primaria por pérdida de peso desde un año, junto con hiporexia y astenia. Cambio de hábito intestinal. Molestias faríngeas y dificultad para deglutar líquidos, por lo que ha dejado de comer y beber por miedo a atragantarse. Vista en urgencias por tos persistente no productiva de una semana de evolución y dada de alta con pruebas complementarias normales. No fiebre, ni disnea.

Exploración física: delgadez sin caquexia, eupneica con buenas saturaciones basales y palidez cutánea. No adenopatías, ni bocio, ni masas orofaríngea. Probable hepatomegalia con quejas a la palpación abdominal, sin otros hallazgos relevantes. Test-volumen-viscosidad: disfagia para líquidos y no concluyente a sólidos.

Resultados: Se sospecha tumoración abdominal y probable disfagia funcional, solicitamos analítica con marcadores tumorales, TAC-abdominal y cerebral. En la analítica presenta beta-2-microglobulina: 8,73 mg/l y en TAC abdominal una masa necrosada 12 cm de diámetro con conglomerados adenopáticos que se extiende a retroperitoneo y mediastino. Se amplía a TAC torácico,

hallando defectos de repleción en arterias pulmonares, lesión en mediastino posterior que contacta con esófago y aorta, extendiéndose inferiormente a la cavidad abdominal.

Conclusiones: Diagnosticamos de TEP agudo y probable síndrome mieloproliferativo con disfagia motora secundaria, ingresando para tratamiento y evolución.

Poder diagnosticar el tipo de disfagia, estudiar el diagnóstico diferencial, realizar las pruebas complementarias que nos ayudaron a dar con el diagnóstico, hizo que nuestra paciente pudiera tener alternativas terapéuticas y tratamiento según sus necesidades.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.386>

PC-241

Tratamiento y evolución de úlcera por presión (UPP) en sacro tras hematoma subdural



J.C. Heredia Pons^a, E.M. Nieto Ramos^a, M.A. Regodón Redondo^a, P. Garibaldi^b, I. Bueno Martín^b

^a Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

^b Hospital I Llars de la Santa Creu, Tortosa, Tarragona, España

Anamnesis: Paciente masculino con 73 años con diagnóstico de hematoma subdural secundario a trauma craneoencefálico con tratamiento quirúrgico. Estancia posterior en UCI de un mes, desarrolló UPP de sacro que necesitó desbridamiento quirúrgico bajo anestesia.

Necesita ayuda para actividades básicas de la vida diaria. No controla esfínteres. Lleva sonda vesical.

Antecedentes personales:

- Hipertensión arterial.
- Flutter A con ablación del istmo cavotricuspídeo.
- Cardiopatía isquémica.
- Fibromas en axilas y cuello.

Valoración al ingreso:

- Barthel menos 20 puntos: dependencia total.
- Karnofski: 40, incapaz de satisfacer sus necesidades.
- Charlson corregida: 5 comorbilidad alta.
- Norton: 12 riesgo alto.
- Despierto, colaborador, orientado en las 3 esferas.
- Mucosa oral hidratada y normocoloreada.
- Traqueotomía cerrada en su totalidad.
- UPP sacro grado IV.
- Extremidades móviles pero con disminución de fuerza, reflejos presentes.

Tratamiento úlcera: Como se trata de una úlcera grado IV, medidas 13 x 8 cm, y con mucha exudación y tejido esfacelado y necrótico, se trató de desbridar con bisturí todo lo posible y se trataba con cura húmeda con desbridantes enzimáticos, parches hidrocoloides y con carbón activado para disminuir el olor. Se pautó tratamiento antibiótico para tratar infección de la UPP, después de analizar muestras recogidas de exudado. Las curas se realizaban diariamente, y si la cura se humedecía se volvía a realizar las veces que conviniera, para evitar riesgo de infección o empeoramiento.

Evolución UPP: Tras 6 meses de curas diarias, evolucionó favorablemente a una úlcera grado II en el momento del alta, con medidas de 2 x 2. Con el lecho ungual limpio, sin tejido necrótico, sin esfacelos, con tejido de granulación. La pauta de cura que se propuso para atención primaria que realizaría a partir de ese