

momento su seguimiento fue con blastoestimulina, más protección y sobre todo evitando su cierre por segunda intención.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.387>

PC-242

Disfagia en paciente octogenario tras traumatismo cervicodorsal



P. Vicent Valverde^a, E. García Tercero^b, M.E. Martín Correa^b, B.D. Vásquez Brölen^b, I. Criado Martín^a, V. Martín López^a, L. Lozano Vicario^a

^a Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Hospital Geriátrico Virgen del Valle-Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

Objetivo: Describir una etiología infrecuente de disfagia en paciente con antecedente traumático.

Descripción del caso clínico/método: Varón de 85 años, sin antecedentes de interés, que presenta caída fortuita con traumatismo cervicodorsal, presentando posteriormente disfagia, tanto para líquidos como para sólidos, por lo que acude a urgencias, donde tras una valoración inicial es dado de alta remitiéndole a CEX de Geriatría para estudio de disfagia. Ante la progresión sintomática, decide acudir nuevamente a urgencias.

Pruebas complementarias y resultados:

- TAC torácico: hernia hiatal de pequeño tamaño. Cambios degenerativos en columna dorsal, con formación de osteófitos de predominio anterior, el mayor a nivel D1-D2, que comprime la pared posterior del esófago.
- TAC cervical: hematoma abscesificado retrofaríngeo que se extiende desde C2 hasta C6, condicionando obliteración de la luz laríngea.
- ORL: parálisis de cuerda vocal derecha.

Evolución: Tras los hallazgos en las pruebas de imagen y la aparición de disnea con estridor secundaria a absceso con obliteración laríngea, se decide intervención quirúrgica urgente para traqueostomía y drenaje del absceso, para lo que se comenta conjuntamente con ORL, UCI y neurocirugía, desestimando por parte de neurocirugía actuación por su parte, dada la alta complejidad de la intervención por la gravedad del proceso artrósico y el acceso difícil. Por consiguiente, ORL (ante la imposibilidad de actuar sobre el foco infeccioso) desestima apertura de tejidos blandos a nivel de hipofaringe. Por todo ello, se decide manejo conservador, con colocación de gastrostomía como parte del manejo paliativo del paciente, falleciendo 4 días después.

Conclusiones: La frecuencia de las complicaciones tras traumatismo cervical, ha disminuido notablemente durante el siglo XX tras la introducción del cinturón de seguridad. No obstante, la mortalidad se estima en un 5%, por lo que ante cualquier traumatismo de dicha localización es esencial descartar la existencia de complicaciones en el servicio de urgencias. Tal y como se puede observar en el caso clínico expuesto, de haber existido una sospecha inicial de complicación secundaria a traumatismo cervical, el cuadro podría haber sido manejado en una etapa anterior, facilitando el acceso quirúrgico con alta probabilidad de evolucionar favorablemente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.388>

PC-243

Forma de presentación de hidrocefalia secundaria a tumoración intracraneal no conocida en paciente nonagenario



M. Mendez Hinojosa, A.J. Garza Martinez, D. Padron Guillen, M. Salas Carrillo, P.L. Carrillo Garcia, L. Guardado Fuentes

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción: Ante un paciente con cuadro clínico de deterioro cognitivo y funcional de curso agudo/subagudo debemos buscar organicidad. Si con el cribado común (EF, pruebas de laboratorio, historia farmacológica, RAO, impactación fecal...) no encontramos la etiología, debemos plantear ampliar el estudio con prueba de imagen cerebral y/o punción lumbar.

Caso clínico: Paciente varón de 92 años con antecedentes de HTA, DM2, portador de MCP por BAV completo, FA no anticoagulada, EPOC, ERC estadio 3a, nefrectomía derecha por neoplasia renal, prostatectomía y quiste hidatídico. Funcionalmente independiente para ABVD y algunas AIVD (Barthel 100/100, Lawton 4/8, FAC 5/5). No deterioro cognitivo.

Cuadro clínico: 15 días con deterioro cognitivo (desorientación temporoespacial, irritabilidad) y funcional (abandono de higiene personal, alimentación y tratamiento farmacológico, incontinencia urinaria, dificultad para desplazarse en domicilio, no sale de casa, dos caídas no presenciadas).

Exploración física: general sin alteraciones, excepto hematoma parietooccipital izquierdo. Neurológica: consciente, inatento, desorientación temporoespacial, sin alteraciones del lenguaje. PPCC, motor y sensitivo sin alteraciones. Marcha: inestable, pasos cortos, con aumento de la base de sustentación. No signos meníngeos.

Pruebas complementarias: análisis de sangre, orina, Rx tórax y abdomen, revisión de MCP y ecocardiograma sin grandes alteraciones. En planta: TC cerebral: tumoración sólida en el tercer ventrículo de $19,1 \times 15$ mm de diámetros AP \times T, hemorragia intraventricular en astas occipitales e hidrocefalia tetraventricular. Neurocirugía desestima tratamiento quirúrgico. Se inicia terapia funcional y estimulación cognitiva y se pauta medicación neuroléptica. Al alta, y debido a la situación de dependencia establecida, se procede a institucionalización.

Discusión: El paciente cursa con la clásica triada de Hakim-Adams, que alerta de hidrocefalia y que asocia alteraciones de la marcha, de funciones superiores y esfinterianas, predominando en pacientes de edad avanzada (no siendo constante la asociación de los tres síntomas ni obligatoria para establecer el diagnóstico).

La forma de presentación de este caso clínico engloba varios síndromes geriátricos (deterioro funcional, caídas, delirium, incontinencia urinaria) que comparten factores de riesgo y pueden desencadenar en discapacidad, institucionalización e incluso en la muerte.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.389>