

PC-216

Infección urinaria complicada, vejiga hiperactiva y artes marciales

M.A. Canino Byreing

Hospital General de la Palma, Breña Alta, Santa Cruz de Tenerife, España

Paciente varón de 77 años de edad dependiente para las ABVD, AIVD (manejo del dinero) y AAVD por una mielopatía artrósica de probable origen traumático dada su profesión previa (profesor de artes marciales), que en este caso asocia dificultad miccional con vejiga hiperactiva (tratada con mirabegron) agravada por su HBP (grado I-II) así como tetraparesia de predominio en miembros inferiores con incapacidad para la deambulación (hace vida cama-sillón). Asimismo, presenta deterioro cognitivo de probable origen vascular (a estudio).

Al ingreso presenta un cuadro confusional con tendencia a la agresividad, con molestias abdominales y deterioro del estado general de 3 días de evolución, sin otra clínica acompañante. A la exploración se encuentra estable hemodinámicamente, afebril y presenta dolor a la palpación abdominal en meso e hipogastrio; resto de la exploración anodino (salvo por su déficit neurológico previo: tetraparesia 4/5 en ambos miembros superiores y 3/5 en miembros inferiores).

Se realiza estudio analítico (analítica de sangre, analítica de orina y cultivo de orina), que confirma la presencia de infección urinaria, y radiografía de tórax en la que, si bien hay un índice cardiotorácico aumentado, no hay datos de consolidación, por lo que se descarta neumonía. Posteriormente, el cultivo de orina resulta positivo para *Pseudomonas aeruginosa*, sensible a todos los antibióticos probados. Es tratado con pauta larga de ciprofloxacino.

Su cuadro (mielopatía cervicoartrósica) se manifiesta con retenciones agudas urinarias de repetición (y vejiga de esfuerzo con divertículos en la ecografía) que le han llevado a un sondaje vesical permanente, el cual, a su vez, conlleva infecciones urinarias de repetición, complicadas por sus circunstancias y por tratarse de un varón, con tendencia a la sepsis (acumula un total de 3, más un último episodio de infección urinaria complicada, motivo del último ingreso). Esto nos recuerda la facilidad de producción de una infección del tracto urinario en pacientes portadores de sonda, garantizada si esta es, además, permanente.

Es desestimado para cirugía descompresiva de su médula espinal dada su patología cardiológica (ICC con FEVI del 40%), así como por su hija, médico rehabilitadora, partidaria de un manejo conservador.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.362>

PC-217

Pileflebitis o trombosis séptica portal persistente en paciente nonagenaria

S.A. González Chávez, V. Romero Estarlich, S. Muñoz Yepez, J.P. Vásquez Grande, M.D.L.A. García Alhambra, F.J. Ortiz Alonso, J.A. Serra Rexach

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de la pileflebitis como complicación de infecciones intraabdominales en la población anciana y su impacto en la morbimortalidad.

Caso clínico: Mujer de 93 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica, fibrilación auricular, dislipemia, enfermedad renal

crónica, polimialgia reumática e hipotiroidismo. En tratamiento con enalapril, acenocumarol, furosemida, prednisona, levotiroxina, pravastatina y omeprazol. Funcionalmente, Barthel: 65/100 y *Functional Assessment Classification (FAC)*: 2.

Primer ingreso por fiebre secundario a microabsceso hepático (segmento 5) y trombosis portal derecha, sin otros focos infecciosos intraabdominales. Recibió tratamiento con piperacilina-tazobactam, posterior pauta ambulatoria con amoxicilina-clavulánico. Nueve meses después ingresa con shock séptico por colangitis aguda, confirmada en tomografía computarizada (CT), además se objetiva microabscesificaciones múltiples, trombosis portal izquierda aguda y trombosis crónica derecha persistente. Se trató mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), antibioticoterapia intravenosa (30 días) con piperacilina-tazobactam y posteriormente ampicilina ajustado a hemocultivos (*Enterococcus faecalis*). En CT de control, repermeabilización parcial de la trombosis portal izquierda, resto sin cambios. Al alta hospitalaria, continuó con linezolid oral durante 15 días y se mantuvo anticoagulación. Funcionalmente, Barthel 25/100.

Dos meses después, reingresa por fiebre (38,5°C). Nueva CT abdominal, signos de colecistitis aguda complicada con persistencia de abscesificación hepática. La evolución clínica fue rápida, con shock séptico y fallecimiento de la paciente.

Discusión: La pileflebitis, o trombosis séptica de la vena porta, es una complicación infrecuente (0,16% de las infecciones intraabdominales agudas). Se presenta con síntomas inespecíficos que retrasan su diagnóstico. Las principales complicaciones son la hipertensión portal y la microabscesificación hepática, con bacteremia secundaria en el 60% de los casos, desarrollando sepsis severa en un 20%. El diagnóstico se basa en estudios de imagen mediante CT con contraste.

Su tratamiento requiere pautas de antibioticoterapia prolongadas (mínimo 6 semanas) en función de los resultados microbiológicos obtenidos. La terapia anticoagulante está recomendada en casos de trombosis extensas, estados de hipercoagulabilidad y fiebre persistente para acelerar la recanalización portal y minimizar el desarrollo de complicaciones.

Conclusiones: Es importante sospechar de esta entidad, intentando un diagnóstico lo más preciso y precoz posible para de esta manera iniciar tratamiento óptimo que disminuya la mortalidad y la tasa de complicaciones.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.363>

PC-218

Adecuación de pruebas diagnósticas y abordaje no invasivo en ancianos con cáncer de pulmón: eco-PAAF de adenopatía supraclavicular

I. Marín Epelde^a, M.F. Ramón Espinoza^a, T.M. Domene Domene^a, M. Gutiérrez Valencia^a, J.O. Duarte Flores^b, L.I. Corona Sevilla^b, A.A. González Fausto^b

^a *Hospital de Navarra, Pamplona, España*

^b *Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México*

Presentamos una paciente de 87 años con antecedentes de HTA, síndrome depresivo, deterioro cognitivo moderado y Barthel 20/100, sin hábitos tóxicos. Ingresó en geriatría por disnea progresiva que asociaba tos, expectoración blanquecina y escalofríos, de 3 días de evolución. A la auscultación destacaban crepitantes bibasales y sibilantes espiratorios. En analítica de sangre presentaba leucocitosis con neutrofilia, función renal conservada, lactato

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 supraclavicilar 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 iatrogénico 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

Consorti 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; SatO₂ 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 m²; 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 B₁₂ 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 B₁₂ cada mes.

Valoración geriátrica integral:

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