

en España aproximadamente 200 casos de leishmaniasis en mayores de 70 años, constituyendo un grupo de riesgo dada la inmunosupresión, las comorbilidades y los tratamientos.

Método: Mujer de 83 años con antecedentes personales de artritis reumatoide estable, con tratamiento corticoideo oral y metotrexato (retirado 2 meses antes), demencia moderada GDS-FAST 5 probablemente neurodegenerativa y osteoporosis.

Ingresó en planta de geriatría por febrícula sin foco infeccioso ni actividad inflamatoria articular y cuadro confusional agudo multifactorial. Se objetivó derrame pericárdico severo, esplenomegalia y derrame pleural leve izquierdo. Cultivos, serologías y marcadores tumorales negativos. Estudio de líquido pleural sin alteraciones. Tras mejoría clínica y sin diagnóstico etiológico se decidió alta para seguimiento ambulatorio.

Transcurridos dos meses del alta, ingresa por síndrome constitucional y persistencia de febrícula con algún pico febril aislado, asociando astenia marcada y sudoración profusa de predominio nocturno. Analíticamente, pancitopenia leve con elevación de reactantes de fase aguda (VSG 101 mm, ferritina 1.300 mg/l y PCR 9 mg/dl).

Resultados:

- TAC corporal: esplenomegalia de 13,5 cm y derrame pericárdico cuantioso.
- Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico severo, sin datos de compromiso hemodinámico.

Se solicitó interconsulta a Hematología para descartar proceso linfoproliferativo.

- Frotis de sangre periférica con análisis citomorfológico inespecífico.
- Biopsia de médula ósea: parénquima medular normocelular con abundantes histiocitos cargados de parásitos intracelulares, compatibles con amastigotes de *Leishmania*.

Dada la ausencia de compromiso hemodinámico y su probable etiología infecciosa, se decidió manejo conservador del derrame pericárdico.

Conclusiones: La leishmaniasis debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial ante pacientes con clínica similar a la reportada en nuestro caso; más aún, en pacientes ancianos que constituyen un grupo especialmente frágil. Por tanto, requieren un diagnóstico lo más precoz y exacto posible que permita tratar de manera óptima entidades potencialmente reversibles como la descrita anteriormente.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.378>

PC-233

«En ocasiones veo muertos...»

E. García Tercero^a, P. Vicent Valverde^b, L.M. García Santos^a, M. Araujo Ordoñez^a, J. Peco Torres^b, M. Asenjo Cambra^b, N. Fernández González^b

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

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

Objetivo: Describir una etiología de alucinaciones visuales en pacientes con déficits sensoriales

Descripción: Varón de 84 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con amlodipino 5 mg/24 h, dislipemia en tratamiento

con atorvastatina 20 mg/24 h, HBP con tamsulosina, CI crónica con Adiro 100 mg/24 h y glaucoma primario de ángulo abierto bilateral, mayor en OD en tratamiento con lumigán.

Acude a urgencias por presentar alucinaciones visuales nocturnas desde hace un mes y medio. Refiere que por la noche suele ver dos hombres y mujeres con caretas de cartón que desaparecen cuando trata de acercarse. Hoy ha visto a un señor que se ha metido en el armario. Sabe que en realidad esos objetos no existen pero le genera bastante angustia. Refiere la hija que los episodios confusionales son nocturnos, que por el día suele mantener sus actividades habituales. No oye sonidos. No focos infecciosos. Ingresó para estudio.

A la exploración lúcido, coherente, tranquilo y abordable, orientado en las tres esferas, no síntomas depresivos, no síntomas psicóticos, no ideas auto o heterolesivas.

ACP: normal.

Neurológico: funciones corticales conservadas. Fuerza, tono, sensibilidad y reflejos conservados. Pares craneales conservados. Signos meníngeos negativos. Cerebelo normal. Minimal 29/30.

Examen oftalmológico: catarata OI, operado de catarata OD. Fondo de ojo normal.

Resultados y pruebas complementarias: TC cráneo sin contraste i.v.: normal.

Dados los antecedentes y la exploración oftalmológica del paciente, así como las características de la clínica que presenta y la exploración cognitiva, se diagnosticó síndrome de Charles Bonnet, para lo que se recomendó seguimiento por oftalmología y psicogeriatría y se ajustó tratamiento: se añade sertralina 100 mg/24 h y Risperdal solución: 0,25 cc de forma puntual.

Conclusiones: El síndrome de Charles Bonnet es un cuadro habitual (13% en mayores de 65 años) en los pacientes ancianos con discapacidad visual. Es imprescindible que los sanitarios conozcamos esta entidad para poder llegar al diagnóstico adecuado. Por otra parte, resulta esencial llevar a cabo un abordaje multidisciplinar del paciente para poder tratarlo adecuadamente y mejorar así la calidad de vida de estos pacientes, los cuales suelen estar muy angustiados con la clínica y con la confusión de que pueden estar desarrollando una demencia.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.379>

PC-234

Hallazgo incidental de aortitis infecciosa en paciente octogenario

F.J. Gómez-Olano Picabea, N.M. González-Senac, M.A. García-Alhambra

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Objetivos: Revisión de una patología poco frecuente y diagnóstico complejo, con elevada mortalidad en la población geriátrica, como es la aortitis infecciosa.

Métodos: Presentación en formato póster del caso clínico de un paciente octogenario atendido en la unidad geriátrica de agudos. Documentado con literatura científica y apoyo de material fotográfico (pruebas de imagen).

Resultados: La aortitis infecciosa es una patología poco frecuente que se produce sobre regiones aneurismáticas y a menudo se asocian a infección por *Salmonella* y *Staphylococcus*. El diagnóstico es clínico (dolor abdominal y fiebre) y radiológico (TAC). Precisa abordaje terapéutico agresivo con antibioterapia y cirugía.

Se presenta el caso de un varón de 81 años, independiente para las ABVD, portador de marcapasos VVI y con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, a quien se le realiza PET-TC como parte

