

origina delirio con agitación psicomotriz, aunque también ha sido descrito el infarto extenso en ACPD con preservación cognitiva y funcional.

En el caso de nuestra paciente, la lesión isquémica en territorio de la ACPD ha resultado ser no la única causante de su demencia, ya que no podemos obviar las lesiones que previamente ya tenía, pero sí un factor decisivo para el desarrollo de su demencia actual.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.396>

PC-251

Oncogeriatría: carcinomatosis leptomeníngea

D. Prada Cotado^a, M.J. Díez Medrano^a, A. Ruiz Pinto^b, A.I. Hormigo^a, P. Sáez^a, S. Domínguez Mendoza^c, J. García Martínez^c

^a Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

^c Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España



Objetivos: El envejecimiento poblacional asocia más mayores de 75 años diagnosticados de cáncer que serán susceptibles de tratamiento oncoespecífico.

Métodos: La oncogeriatría optimiza la atención del anciano oncológico. En función del estadio tumoral, la expectativa de vida y del estado de salud sugerido por la valoración geriátrica integral (cognitivo/afectivo, funcional, nutricional, comorbilidad, polifarmacia y sociofamiliar) individualiza si el paciente es potencialmente tratable (intención erradicadora, paliativa o sintomática). Onco/hematoespecialistas mediante test de screening (G8, VES13...) identificarán a los pacientes frágiles que, por ser quienes tienen mayor riesgo de morbilidad, serán los más beneficiarios de derivación a geriatros/especialistas para mediante VGI clasificarlos, según Balducci, en 3 tipos con diferentes niveles de tolerancia al tratamiento.

La carcinomatosis leptomeníngea aparece en el 15% de los estadios avanzados de carcinomas de mama, pulmón, melanoma y hematológicos. La citología positiva para malignidad en el LCR establece el diagnóstico (aunque la primera PL solo alcanza el 40% de rentabilidad); además, existe realce leptomeníngeo en la RMN. Solo existen opciones paliativas (corticoides, quimioterapia sistémica/intratecal o radioterapia) elegidas según las características del paciente, puesto que todas proporcionan un pronóstico de semanas.

Resultados: Mujer de 83 años sin antecedentes con 20 días de marcha atáxica, hipoestesia de miembros inferiores, dolor neuropático, acorchamiento perineal e incontinencia. En la RMN craneo-cervico-dorso-lumbar se evidencian lesiones medulares dorsales inespecíficas y la PL resultó negativa microbiológica y citológicamente. Quedaron descartadas afecciones infecciosas y autoinmunes sistémicas y tras TAC toracoabdominal se confirma neoplasia pulmonar. En este momento, con el diagnóstico de: 1) clínica tumoral (carcinoma pulmonar estadio IV con metástasis leptomeníngeas) y G8=10, se procede a 2) VGI (Barthel 30, FAC 1C, Pfeiffer 0, MNA 8, SPPB 4, Frail 3, Charlson 8 sin polifarmacia y buen apoyo social) y 3) cálculo de esperanza de vida mediante e-prognosis (>6), iniciando corticoterapia y progresiva analgesia opioide, sucediendo el fallecimiento 2 semanas después.

Conclusiones: La VGI otorgó visión multicomponente de la paciente anciana oncológica clasificándola en el grupo 3 de Balducci (*Unfit*), estableciendo de forma individualizada que la mejor línea terapéutica sería la paliativa y ofertando cuidados sintomáticos hasta el final de sus días.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.397>

PC-252

Epilepsia en el anciano. Un arma de doble filo

M. Montoya Martínez, M. Ley Nacher, L. Canchucaya Gutarra, R. Blasi Martínez, O. Vazquez Ibar, M. Baca Bautista, M. Fernanda Velarde

Hospital del Mar, Barcelona, España



Objetivos: Describir un caso clínico de epilepsia en el anciano, destacando el impacto funcional y potencial generador de síndromes geriátricos.

Métodos: Descripción retrospectiva. Se revisa la historia clínica del paciente incluyendo situación previa: médica y funcional, consulta que motivó el inicio del estudio y el seguimiento posterior. Se ha utilizado la información clínica registrada en el aplicativo del hospital y se ha consultado al neurólogo responsable del paciente.

Resultados: Mujer de 77 años con antecedentes a destacar: HTA, adenocarcinoma de colon intervenido quirúrgicamente y libre de enfermedad, BAV de primer grado y epilepsia de larga evolución tipo ausencia y difícil manejo. Estable con levetiracetam y eslicarbamazepina (efectos secundarios más frecuentes son depresión, hiponatremia y bloqueo auriculoventricular). Consultó a urgencias por inestabilidad cefálica con una caída que le provocó una fractura metadiáfisaria radiocubital. La valoración geriátrica integral evidenciaba dependencia leve para ABVD (índice de Barthel 85/100), dependencia para AIVD; no deterioro cognitivo, depresión, vivía autónomamente; no déficit sensitivo, no alteraciones nutricionales; comorbilidad según Charlson: 2; síndromes geriátricos: depresión, insomnio, estreñimiento, incontinencia, polifarmacia. Concluyendo con un índice frágil: VIG: 0,24. Se guió la aproximación diagnóstica según algoritmo de síndrome de caídas. Se descartaron mediante semiología y exploraciones complementarias origen cardiogénico, infeccioso, neurológico. Se identifica como causa hiponatremia secundaria a SiADH, cuyo fármaco responsable era la eslicarbamazepina. Se redujo su dosis y se asoció a clonazepam. Recidivó la crisis y se aumentó de nuevo. Re-consulta por inestabilidad de la marcha y se halla hiponatremia. Se retira eslicarbamazepina e inicio de lacosamida. Empezó con temblor distal y diplopía (efectos adversos frecuentes de lacosamida). Por recidiva repetida de crisis se aumentaron las dosis de FAE. Tras este proceso la VGI cambió: aumento de dependencia con índice de Barthel 40/100, demencia (GDS6c equivalente), institucionalizada, sensitivo (diplopía ocasional). El IF-VIG: 0,44.

Conclusiones: La epilepsia en el anciano supone una patología con potencial impacto negativo en la funcionalidad y calidad de vida, siendo generadora de síndromes geriátricos, riesgo de exclusión social, elevando el nivel de fragilidad. Se beneficia de un abordaje global que aplique la valoración geriátrica integral. La epilepsia es un factor de riesgo para las caídas, por la clínica y los efectos secundarios de los FAE. El perfil de efectos adversos de los FAE será determinante para su elección en la población anciana.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.398>