

CARTAS CIENTÍFICAS

Nódulo de la hermana María José secundario a adenocarcinoma de recto

Sister Mary Joseph nodule secondary to rectal adenocarcinoma

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 86 años, hipertensa, dislipémica, con fibrilación auricular crónica, en tratamiento con digoxina, sintrom, pantoprazol, IECA y simvastatina, que ingresó por astenia, anorexia, pérdida de peso no cuantificada, rectorragia y diarrea de tres meses de evolución. Al ingreso era independiente para las actividades básicas de la vida diaria y no presentaba signos de demencia (26 puntos en el test Minimental). La exploración mostró abdomen globuloso, con hernia umbilical y masa redonda, periumbilical, fija en profundidad, de unos 3 cm de diámetro (fig. 1). En el tacto rectal se objetivó una tumoración estenosante a punta de dedo.

Se solicitaron las siguientes pruebas diagnósticas:

- Analítica: hemoglobina de 13,8 g/dl, L $11,2 \times 10^3/\mu\text{l}$, plaquetas de $482 \times 10^3/\mu\text{l}$, aspartato amino transferasa de 31 U/l, alanin amino transferasa de 18 U/l, fosfatasa alcalina de 363 U/l, GGT de 892 U/l, LDH de 862 U/l. Marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario de 239,00 ng/ml, CA 125 de 14,30 U/ml, CA 15-3 de 35 U/ml, CA 19-9 de 70,3 U/ml, CA 72-4 de 46,86 U/ml.
- Colonoscopia: neoplasia maligna estenosante rectal, anatomopatológicamente adenocarcinoma.
- TAC toracoabdominal: neoplasia de sigma y recto con infiltración local y numerosas adenopatías metastásicas. Nódulo en pared abdominal anterior, en la región umbilical, de 3,5 cm (fig. 2).

Se diagnosticó adenocarcinoma de recto medio-superior, con metástasis umbilical.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente y recibió posteriormente tratamiento paliativo.

El diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma de recto infiltrante y metastásico, con nódulo de la hermana María José.

El nódulo de la hermana María José, indicador de metástasis umbilical, fue objetivado por primera vez alrededor de 1906 por Julia Dempsey (hermana María José), ayudante quirúrgica del Dr. William Mayo, en pacientes que se diagnosticaban de cáncer intraabdominal.

El Dr. Mayo publicó como «ombligo en botón de pantalón», y en 1949 el Dr. Hamilton Bailey usó por primera vez el epónimo del nódulo de la hermana María José en «Physical signs in clinical surgery»¹.

Los tumores asociados a él presentan un estadio avanzado y mal pronóstico, con una supervivencia media de 10-12 meses, excepto en pacientes con nódulo umbilical solitario (alta tasa de supervivencia a largo plazo).

Es firme e irregular, puede ser doloroso, ulcerarse y drenar líquido purulento, seroso o hemático. Su tamaño varía entre 1-10 cm².

Su sencillo abordaje aporta utilidad en la evaluación del tumor primario, y la inmunohistoquímica define el origen celular en el 72% de los casos.

La diseminación metastásica se puede producir por diversas vías: infiltración, diseminación hematogena o linfática, a través del ligamento umbilical, flujo retrógrado de linfáticos axilares, inguinales y ganglios paraaórticos, por comunicación con la circulación portal³.

Así, se cita su presencia en carcinoma de ovario⁴, prostático⁵, adenocarcinoma colorrectal, pancreático, ileocecal y colangiocarcinoma.



Figura 1. Abdomen globuloso, con hernia umbilical y masa redonda, periumbilical, fija en profundidad, de unos 3 cm de diámetro.

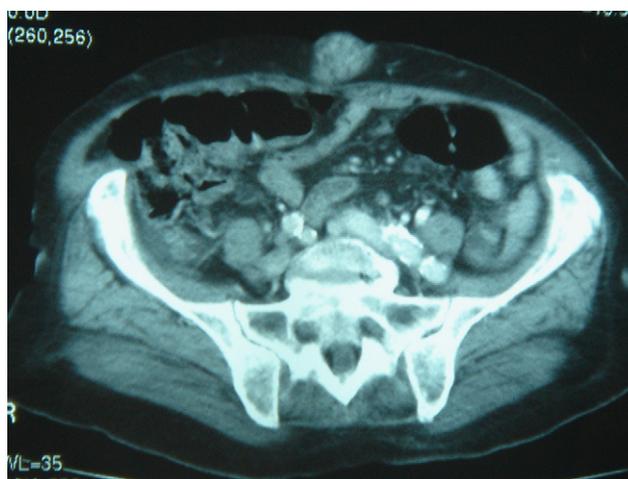


Figura 2. Tomografía axial computarizada toracoabdominal. Neoplasia de sigma y recto con infiltración local y numerosas adenopatías metastásicas.

Cualquier tipo de cáncer puede diseminarse al ombligo, pero es más frecuente la metástasis umbilical en los tumores intraabdominales.

En nuestro caso observamos una metástasis umbilical, secundaria a adenocarcinoma de recto en estadio D de Dukes, compatible con la definición de «nódulo de la hermana María José».

Bibliografía

- Hill M, O'Leary JP. Vignettes in medical history. Sister Mary Joseph and her node. *Am Surg.* 1996;62:328-9.
- Dubreuil A, Domp Martin A, Barjot P, Louvet S, Leroy D. Umbilical metastasis of Sister Mary Joseph's nodule. *Int J Dermatol.* 1998;37:7-13.
- Masmoudi A, Boudaya S, Charfeddine A, Dammak A, Amouri M, Khabir A, et al. Sister Mary Joseph's nodule: Report of five cases. *Int J Dermatol.* 2008;47:134-6.

doi:10.1016/j.regg.2010.02.006

- Albano EA, Kanter J. Images in clinical medicine. Sister Mary Joseph's nodule. *N Engl J Med.* 2005;352:1913.
- Pieslor PC, Hefter LG. Umbilical metastasis from prostatic carcinoma-Sister Joseph nodule. *Urology.* 1986;27:558-9.

Consolación Rosado Rubio^{a,*}, Verónica Álvarez Álamo^b,
María Clara Ortiz Sierra^c y Francisco Domínguez Moronta^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario, Salamanca, España

^b Medicina Interna III, Hospital Clínico, Salamanca, España

^c Universidad CES, Medellín, Colombia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consitorosado@hotmail.com (C. Rosado Rubio).

Fracaso renal como consecuencia de una intoxicación por vitamina D en una anciana por incompreensión terapéutica

Renal failure as a result of vitamin D intoxication in an elderly patient due a therapeutic misunderstanding

Sr. Editor:

La vitamina D juega un papel fundamental en la homeostasis del calcio y metabolismo del hueso. Su déficit es particularmente común en ancianos. La deficiencia subclínica de vitamina D contribuye a la osteoporosis, incrementando el riesgo de fracturas y caídas en personas de edad avanzada^{1,2}. Describimos el caso de una anciana que presentó una insuficiencia renal con hipercalcemia leve como consecuencia de la ingesta excesiva de vitamina D por falta de comprensión en la posología prescrita para tratar su osteoporosis.

Mujer de 88 años con antecedentes personales de insuficiencia venosa crónica. Estudiada en reumatología por osteoporosis, con niveles de vitamina D de 15,9 ng/ml (niveles adecuados 31-40 ng/ml) por lo que se indicó tratamiento con carbonato cálcico 1.500 mg+colecalfiferol 400 UI/d y calcifediol a dosis de 1 ampolla de 16.000 UI/semana. Antes de esta prescripción la creatinina sérica era de 1 mg/dl.

Siete meses más tarde se detectó en un control analítico rutinario una creatinina sérica de 4.5 mg/dl y un hematocrito de 24%, motivo por el que se derivó a urgencias.

En el interrogatorio la paciente refería únicamente astenia. No había iniciado nuevos tratamientos farmacológicos, salvo los prescritos por reumatología, indicándonos que había tomado carbonato cálcico 1.500 mg+colecalfiferol 400 UI/d y una ampolla de calcifediol de 16.000 UI/d (en lugar de una ampolla/semana como estaba indicado).

La valoración de la situación mental al ingreso de la paciente fue de ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Cruz Roja Mental 0/5), funcionalmente mantenía movilidad con un andador (Escala de Cruz Roja Física de 3/5) y socialmente vivía en su domicilio con hijo hemipléjico.

En la exploración física la paciente tenía buen estado general, consciente y orientada. PA 150/80 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal; abdomen blando y depresible; edemas y signos de insuficiencia venosa crónica en miembros inferiores.

En las pruebas complementarias realizadas al ingreso destacar: hematíes 2,500.000/μl; hemoglobina 8 g/dl; hematocrito 24,6%;

plaquetas 129.000; creatinina 3,6 mg/dl; urea 144; calcio 11,3 mg/dl, calcio iónico 1,45 mmol/l (normal: 1,13-1,32), fósforo 4,3 mg/dl, niveles de 25OH vitamina D > 100 ng/ml, el estudio inmunológico incluyendo ANA, Ac antinucleares, ANCA, antimitocondriales, complemento C3 y C4 fue normal. La electroforesis en sangre: hipoalbuminemia, sin objetivar picos monoclonales. Hormonas tiroideas dentro de los valores normales. PTHi: 7,90 pg/ml (11,10-79,50). Serología de virus de hepatitis C; B y VIH negativo.

El sistemático de orina: densidad 1.015; pH 5; indicios de proteínas; resto negativo; el sedimento mostraba moderadas células epiteliales escamosas; 3-6 hematíes/campo; el aclaramiento de creatinina de 7 ml/min, sodio en orina 87 mmol/l y la proteinuria de Bence-Jones negativa.

En la ecografía abdominal los riñones son de tamaño y morfología normal.

Se indicó una dieta baja en lácteos y retirada de suplementos de vitamina D y calcio e hidratación con solución salina isotónica, tratamiento con furosemida i.v., ácido zoledrónico 4 mg/i.v. y calcitonina 300 U s.c., así como debido a la anemia asociada al grado severo de disfunción renal (sin datos de sangrado activo), la paciente precisó transfusión de 4 unidades de hematíes y eritropoyetina. Con estas medidas se ha logrado la normalización de la calcemia 9,3 mg/dl a los 15 días; persistiendo una creatinina sérica de 3,1 mg/dl un mes después del ingreso.

La insuficiencia de vitamina D es común en los ancianos, cuyas causas se pueden explicar por un descenso en la hidroxilación renal de vitamina D, pobre nutrición y escasa exposición a la luz solar; por ello hay diversos estudios donde se muestra que la suplementación con dosis (400-800 UI) de vitamina D diaria sola o en combinación con calcio permiten revertir su insuficiencia, prevenir pérdidas óseas y mejorar la densidad ósea en el anciano³. En el caso que presentamos, debido a la osteoporosis severa de la paciente se indicó una pauta de suplementación con carbonato cálcico y vitamina D. Posteriormente, al detectar un fracaso renal severo, una intoxicación por vitamina D se revisó el tratamiento realizado por la paciente y se comprobó que esta había interpretado erróneamente la pauta indicada; de ahí la conveniencia de supervisar periódicamente la medicación que toman los pacientes añosos, aun cuando no presenten deterioro cognitivo como fue el caso de nuestra paciente.

El exceso de vitamina D tiene diversos efectos secundarios: hipercalcemia, hipercalcúria, confusión, poliuria, polidipsia, vómitos, debilidad muscular y desmineralización ósea con dolor.