

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 or 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.

- 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).

doi:10.1016/j.regg.2010.02.006

Fracaso renal como consecuencia de una intoxicación por vitamina D en una anciana por incomprensión 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, hipercalciuria, confusión, poliuria, polidipsia, vómitos, debilidad muscular y desmineralización ósea con dolor.

Entre las medidas para tratarla se incluyen la restricción de lácteos, la administración de solución salina isotónica, furosemida y esteroides⁴. Algunos estudios han sugerido que existe un incremento de la resorción ósea en hipervitaminosis D, por lo que se ha considerado que el uso de bifosfonatos puede jugar un papel importante en su manejo^{5,6}. En nuestro caso, puesto que la paciente presentaba una osteoporosis severa, se indicó el tratamiento con bifosfonatos y calcitonina en lugar de emplear esteroides, manteniendo las medidas conservadoras de la hipercalcemia leve (restricción de lácteos, hidratación y furosemida).

En conclusión, el tratamiento de la deficiencia de vitamina D con aporte de suplementos exógenos requiere una supervisión estrecha del cumplimiento terapéutico dado los riesgos potenciales que conlleva su intoxicación.

Bibliografía

1. Verhaar HJ. Medical treatment of osteoporosis in the elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21:407-13.

doi:10.1016/j.regg.2010.03.002

2. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*. 2007;357:266.
3. Gennari C. Calcium and vitamin D nutrition and bone disease of the elderly. *Public Health Nutr*. 2001;4:547-59.
4. Chiricone D, De Santo NG, Cirillo M. Unusual cases of chronic intoxication by vitamin D. *J Nephrol*. 2003;16:917-21.
5. Selby PL, Davies M, Marks JS, Mawer EB. Vitamin D intoxication causes hypercalcemia by increased bone resorption which responds to pamidronate. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1995;43:531-6.
6. Lee DC, Lee GY. The use of pamidronate for hypercalcemia secondary to acute vitamin D intoxication. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1998;36:719-21.

Raquel Rodríguez^{a,*}, Manuel Heras^b,
María José Fernández Reyes^b y Rosa Sánchez^b

^a Servicio de Geriátría, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelrh84@hotmail.com (R. Rodríguez).

Endocarditis aórtica y espondilodiscitis por *Streptococcus bovis* asociado a adenocarcinoma de colon en paciente octogenario

Aortic endocarditis and spondylodiscitis due to Streptococcus bovis in a patient in his eighties with colon cancer

Sr. Editor:

Las infecciones por *Streptococcus bovis* son poco frecuentes, aunque en los últimos años se ha observado un incremento de la incidencia, fundamentalmente en pacientes ancianos¹. Suelen ocasionar bacteriemia y endocarditis infecciosa (EI). La EI por *S. bovis* representa aproximadamente un 14% del total de las EI, siendo la segunda causa de EI estreptocócica². Por otro lado, es bien conocida la relación existente entre la bacteriemia y la EI por *S. bovis* y la presencia de neoplasias y lesiones premalignas intestinales, sobre todo de colon³. Exponemos el caso de un paciente octogenario que presentaba dicha asociación.

Caso clínico

Varón de 81 años de edad, ex fumador desde hacía 30 años, con antecedentes de hipertensión arterial, intolerancia hidrocarbónica, dislipemia, bronquitis crónica simple e intervenido de poliposis nasal en tratamiento con beclometasona inhalada, valsartan y simvastatina. Valoración geriátrica integral: a) escala de Lawton-Brody para actividades instrumentales: 5; b) test de Pfeiffer: sin errores; c) escala Yasevage: 0, y d) escala Gijón: 7.

Desde hacía 2 meses presentaba lumbalgia persistente y progresiva de características inflamatorias, acompañada de febrícula y sudoración nocturna sin escalofríos, así como pérdida ponderal de 7-8 kg. En la exploración física destacaba: temperatura axilar de 37,8 °C y buen estado general, alerta y orientado en tiempo y espacio. Su pulso carotídeo era normal sin soplos; no presentaba adenopatías periféricas. A la auscultación torácica, los tonos cardíacos eran rítmicos con soplo sistólico aórtico III/VI; con

murmullo vesicular conservado. El abdomen era blando, sin masas ni visceromegalias, con discreto dolor a la palpación del vacío izquierdo y peristalsis conservada. Presentaba dolor a la percusión de las apófisis espinosas dorsales bajas con signo de Lassegue izquierdo positivo a 30°, sin otros hallazgos de focalidad neurológica.

En los exámenes complementarios, la analítica general, incluyendo hematimetría, coagulación, bioquímica, TSH, rosa de Bengala, fue normal, a excepción de la proteína C reactiva de 8,36 mg/dl y la velocidad de sedimentación globular de 60 mm/h. La determinación de antígeno carcinoembrionario fue de 3,02 ng/ml. La bioquímica y el sedimento urinarios eran normales. La intradermorreacción de Mantoux fue negativa. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal no presentaban alteraciones. En el hemocultivo se aisló *S. bovis* en 6 frascos. La resonancia magnética vertebral mostraba alteración de la señal de los cuerpos vertebrales y platillos D12 y L1, y pinzamiento y aumento de la señal del disco intervertebral a dicho nivel, con pequeña masa de partes blandas prevertebral e intracanal que provocaba estenosis moderada de canal y compromiso de la raíz D12 izquierda (fig. 1). En el ecocardiograma transtorácico se apreciaba una vegetación única de morfología alargada de 18 × 4 mm, muy móvil y de pedículo fino, adherida a la cara ventricular de la sigmoidea posterior de la válvula aórtica. Se realizó una colonoscopia que objetivó, a 50 cm del margen anal, una lesión excrecente que ocupaba la mitad de la circunferencia del colon, sin provocar estenosis, y friable a la toma de biopsia, con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado.

Se inició tratamiento con ampicilina (12 g/d) y gentamicina (160 mg/d), manteniéndose afebril desde las primeras 48 h. El paciente se derivó a un servicio de cirugía cardiovascular de un hospital de referencia para valoración quirúrgica. En el 8.º día de tratamiento presentó disminución brusca del nivel de consciencia y hemiplejía izquierda. Se realizó una tomografía axial computarizada craneal que mostró infarto isquémico a nivel parietooccipital derecho. Fue desestimada la cirugía valvular, siendo remitido de nuevo a nuestro centro para continuar el tratamiento antibiótico y fisioterápico. Se completó el tratamiento