

benignas pleuropulmonares, tuberculosis peritoneal, cirrosis hepática y procesos pancreáticos y ginecológicos se asocian con niveles séricos elevados de CA-125<sup>5</sup>.

Si el origen del tumor es desconocido, en mujeres hay que buscar en ovario, mama, tracto gastrointestinal y descartar un linfoma; en varones, gastrointestinal, pancreático o linfomas. El adenocarcinoma es el tumor que más afecta a las cavidades serosas. En 1999 Longatto et al. estudiaron 1.168 líquidos ascíticos y los tumores más frecuentemente encontrados fueron estómago (40,5%), ovario (26,2%) y mama (7,1%). En un 6,8% de los líquidos, el origen del tumor permaneció desconocido<sup>6</sup>.

En definitiva, ha de investigarse el exceso de incapacidad de forma precoz mediante la Valoración Geriátrica Integral, pues la mejor manera de valorar la salud de un anciano es en términos de actividad y función física<sup>7</sup>. Este cambio en la situación funcional y el síndrome constitucional acompañante no fueron valorados adecuadamente por atención primaria como un indicativo de pérdida de salud o de alarma acerca de una situación de enfermedad subyacente, lo que contribuyó al retraso diagnóstico y en la puesta en marcha de medidas terapéuticas potencialmente resolutivas y apunta cierto nihilismo en el reconocimiento del estado de enfermedad.

## Bibliografía

1. Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H. D-dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. *J Thromb Haemost*. 2008;6:1059-71.

2. Thodiyil PA, Kakkar AK. Variation in relative risk of venous thromboembolism in different cancers. *Thromb Haemost*. 2002;87:1076-7.
3. Thomsen T, Shaffer R, White B, Setnik GS. Paracentesis. *N Eng J Med*. 2006;355:e21.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practical guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatology*. 2010;53:397-417.
5. Miralles C, Orea M, España P, Provencio M, Sánchez A, Cantos B, et al. Cancer antigen 125 associated with multiple benign and malignant pathologies. *Ann Surg Oncol*. 2003;10:150-4.
6. Longatto F, Bisi H, Bortolan J, Lombardo V, Alves VA. Frequency of adenocarcinomas in serous effusions. *Rev Assoc Med Bras*. 1999;45:327-36.
7. Viñuela Beneítez M. Envejecimiento. Criterios funcionales. En: SEMEG, López Arrieta JM, Rodríguez Mañas L, editores. Atención sanitaria al anciano; 2008. p. 49-61.

Francisco Javier Alonso Renedo<sup>a,\*</sup>, Álvaro Casas Herrero<sup>b</sup>,  
Nicolás Martínez Velilla<sup>b</sup>  
e Itziar Iráizoz Apezteguía<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

<sup>b</sup> Servicio de Geriátrica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javialonsorenedo@yahoo.es (F.J. Alonso Renedo).

doi:10.1016/j.regg.2011.05.007

## Paciente geriátrica institucionalizada con proptosis en relación con síndrome linfoproliferativo

### An institutionalised geriatric patient with proptosis associated with a lymphoproliferative syndrome

Sr. Editor:

Se trata de una mujer de 89 años que presenta, en el momento del ingreso en el centro gerontológico, linfocitosis en relación con el síndrome linfoproliferativo. En seguimiento por hematología, al cabo de un año comienza con tumoración blanda orbitaria.

Como antecedentes de interés presenta poliartritis seronegativa, glaucoma crónico con degeneración macular y atrofia, enfermedad renal crónica en grado IIIb (aclaramiento de creatinina 44 ml/min). Es autónoma para actividades básicas e instrumentales de vida diaria, no presentando deterioro cognitivo ni afectivo. A la exploración física destaca una masa blanda en la órbita derecha; no se aprecian adenopatías en otros territorios ni hepatoesplenomegalia. En la analítica sanguínea se aprecia Hb 12,5 g/dl, Hto 41%, leucocitos  $34.840 \times 10^3 \mu\text{l}$  (3,8-10), plaquetas  $102 \times 10^3 \mu\text{l}$  (140-400), neutrófilos 4,3% (40-75),  $2,80 \times 10^3 \mu\text{l}$ , linfocitos 94,4% (19-48),  $61,51 \times 10^3 \mu\text{l}$ , monocitos 1% (3,5-12),  $0,65 \times 10^3 \mu\text{l}$ , eosinófilos 0,1% (0,5-7),  $0,07 \times 10^3 \mu\text{l}$ , VSG 22,  $\beta_2$  microglobulina 4,2 mg/l (0,8-2,4), PCR 1,76 mg/l, LDH 363 U/l (135-250), con función renal y hepática normal. Morfología de serie blanca: 21% linfocitos de pequeño tamaño con núcleo irregular o hendido que en algunos casos presenta nucleolo visible, relación núcleo citoplasma alta. Estudio inmunológico: CD4 7% (32-61), CD8 5% (14-43), T CD3 13% (60-77), B CD19 82% (5-20) y NK CD16 2% (4-28).

Marcadores compatibles con síndrome linfoproliferativo B CD5+ en relación con el linfoma del manto clásico y con menor probabilidad a una leucemia linfoide crónica atípica.

TAC orbitario (fig. 1): en ambas órbitas se objetiva masa de partes blandas de localización post-septal y extraconal de mayor tamaño

en la órbita derecha, donde ejerce compresión del músculo recto externo. Dichos hallazgos radiológicos sugieren afectación bilateral de la glándula lacrimal compatible con hiperplasia linfoide o seudotumor inflamatorio.

Tras ser valorada por el servicio de oftalmología y reumatología en varias ocasiones, se decide mantener una actitud conservadora, incrementándose progresivamente la proptosis que llega a alcanzar las lentes oculares, dificultando su mantenimiento y generando disconfort, así como cefalea periorbitaria, por lo que se realiza por parte del centro gerontológico interconsulta a servicio de radiote-

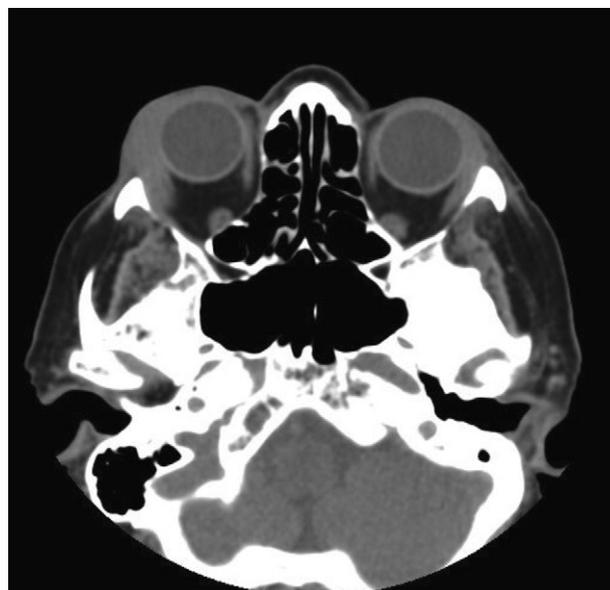


Figura 1. TC craneal donde se aprecia masa orbitaria derecha.

rapia. Se han administrado un total de 12 sesiones de 250 cGy por sesión para alcanzar finalizando el tratamiento una dosis de 30 Gy.

Posteriormente, desaparece la masa orbitaria a las 4 semanas, con una buena tolerancia a la terapia sin complicaciones locales, sin embargo aumenta la reacción leucemoide con unos leucocitos de 72.530 de predominio linfocitario. Al cabo de 3 meses, requiere ingreso hospitalario por infección respiratoria, insuficiencia cardiaca, hemorragia digestiva alta en relación con masa gástrica; en el estudio endoscópico tras la biopsia, se aprecia linfoma de manto. En la revisión posterior por hematología, se inicia tratamiento con lenalidomida 10 mg, con mala tolerancia. Fallece al cabo de pocas semanas.

Diagnostico diferencial de proptosis: en condiciones normales el párpado superior esconde la parte superior de la córnea y el párpado inferior no pasa más allá del limbo. De perfil se hace más evidente la lesión. La etiología incluye tiroidopatías, neoplasias (glándula lacrimal, senos paranasales, metástasis, neurógenos, orbitarios), causa inflamatoria (celulitis orbitaria bacteriana, micótica), causa traumática (hematoma o enfisema orbitario), causa vascular (malformación vascular, hemangioma cavernoso) y malformación craneofacial<sup>1</sup>.

En los síndromes linfoproliferativos, la proptosis es irreductible; no suele afectar a la agudeza visual hasta estadios tardíos. La evolución en los linfomas no hodgkinianos de grado bajo o intermedio depende del tipo celular, aunque suele ser lenta. La clínica oftálmica aparece 2 años antes de la afectación extraglandular, pudiendo afectar el tratamiento a la agudeza visual, aunque en este caso es complicado evaluarlo dada la disminución severa de agudeza visual previa<sup>2,3</sup>.

Tras la administración de radioterapia mejora sustancialmente la lesión orbitaria; sin embargo, en poco tiempo se incrementa la reacción leucemoide (de  $34 \times 10^3$  a  $75 \times 10^3$ ). En una revisión de la literatura se aprecia que la administración de radioterapia es segura, apareciendo lesiones locales oftálmicas, no estando relacionado con descompensaciones extraglandulares o de tendencia a la leucemización, aunque existen pocos datos en pacientes mayores de 80 años<sup>4,5</sup>.

El tratamiento de la proptosis puede ser con corticoides (50 a 100 mg prednisona), quimioterapia o radioterapia<sup>6</sup>.

En este caso llama la atención la actitud conservadora por parte del servicio de oftalmología, al no realizar medida terapéutica alguna durante un periodo prolongado (aproximadamente un año), cuando el disconfort y la molestia que le producía a la paciente era considerable, pudiendo tratarse de un caso de ageísmo, al no tenerse en cuenta la situación funcional o cognitiva de la residente y primando en la toma de decisiones la edad y el recurso social donde vive la residente. Es por ello que deben valorarse estos casos de forma multidisciplinar, con la instauración progresiva de la oncogeriatría para valorar adecuadamente la eficacia y seguridad de los tratamientos, adecuándolos a la situación integral de la persona, desarrollando protocolos de remisión o paliatividad, que tengan en cuenta la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

## Bibliografía

1. Morax S, Hamedani M. Exophtalmie. Orientation diagnostique. Le Revue du Practicien. 2000;50:1223-9.
2. The International Non-Hodgkins Lymphoma prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive Non Hodgkins Lymphoma. NEJM. 1993;329:987-94.
3. Alizadeh AA, Eisen MB, Davis RE. Distinct types of diffuse large B-cell lymphoma identified by gene expression profiling. Nature. 2000;403:505-11.
4. Stafford SL, Kozelsky TF, Garrity JA. Orbital lymphoma: Radiotherapy outcome and complications. Radiother Oncol. 2001;59:139-44.
5. Bhatia S, Paulino AC, Buatti JM. Curative radiotherapy for orbital lymphoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002;54:818-23.
6. Swamy BN, McCluskey P, Nemet A. Idiopathic orbital inflammatory syndrome: Clinical features and treatment outcomes. Br J Ophthalmol. 2007;91:1667-70.

Javier Alaba Trueba

Médico Centro Gerontológico Txara 1, Fundación Matia-Gerozerlan,  
San Sebastián, Guipúzcoa, España  
Correo electrónico: jalaba@matiaf.net

doi:10.1016/j.regg.2011.05.005