

Mauro Druetta^a, Leticia Di Domenica^{a,b,*}, María Macoc^c,
Jorge Kilstein^d
y Daniel Horacio Bagilet^e

^a Médico especialista en Clínica Médica, Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^b Servicio de Urgencias, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Gran Rosario, Santa Fe, Argentina

^c Alumna de 3^{er} año de la Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^d Instructor de Residentes de la Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^e Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Gran Rosario, Profesor Titular de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ldidomenica@yahoo.com.ar (L. Di Domenica).

doi:10.1016/j.regg.2011.06.005

Anciana de 87 años con disnea, aumento del perímetro abdominal y exceso de incapacidad

A 87-year-old woman with dyspnea, increased abdominal perimeter and increased disability

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 87 años que ingresa por cuadro de 10 días de evolución consistente en dolor abdominal, disnea progresiva y aumento del perímetro abdominal.

Sin antecedentes de interés salvo hipertensión arterial.

La paciente presenta un exceso de incapacidad en los 6 últimos meses con un índice de Barthel modificado por Shah de 7. No presenta deterioro cognitivo. Pérdida de peso de 16 kg en los últimos 8 meses. Vive con una hija, que es su cuidadora principal.

Al ingreso, presenta tiraje supraclavicular. Mamas sin alteraciones groseras y no se aprecian adenopatías axilares. La auscultación reveló un soplo sistólico panfocal y crepitantes en base derecha. El abdomen se mostraba distendido con signo de la oleada ascítica.

El electrocardiograma objetiva fibrilación auricular; radiografía de tórax normal; gasometría arterial con hipoxemia e hipocapnia; estudio analítico: trombocitosis 560.000/ μ l; PCR 50 mg/dl; fibrinógeno 570 mg/dl; dímero D 4.026 ng/ml (punto de corte 500 μ g/ml); hemoglobina 12,5 g/dl; albúmina sérica 2,9 g/dl; antígeno anti CA-125 957 kU/l (0-35 kU/l); antígeno carcinoembrionario (CEA) 78 μ g/l (0-2,5 μ g/l). Gammagrafía de alta probabilidad de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral; CT abdominal con derrame pleural bilateral, ascitis e «infiltración de la grasa peritoneal» de forma difusa. Se procede a realizar paracentesis diagnóstica extrayendo 40 cc de líquido claro para baciloscopia, cultivo de micobacterias, citología, bioquímica (glucosa 120 mg/dl, albúmina 2,6 g/dl, CEA 429 μ g/l y ADA 9,5 U/l) y conteo celular (leucocitos 240/mm³ con 90% de mononucleares y 10% de polimorfonucleares).

En los días posteriores presenta un empeoramiento del estado general con hipotensión, oligoanuria y vómitos alimentarios y «en posos de café», falleciendo al decimotercer día de ingreso, solicitándose consentimiento para necropsia, que informa de diseminación linfática, peritoneal y sistémica de adenocarcinoma poco diferenciado de probable origen pancreático o gastrointestinal, junto a TEP periférico en lóbulo inferior derecho.

Discusión

Analíticamente presenta elevación de reactantes de fase aguda, ello sugestivo de proceso sistémico, iniciando un proceso diagnóstico diferencial.

Se ha observado un aumento fisiológico del dímero D en la edad avanzada y se ha indicado que, por encima de los

80 años, hay una baja relación coste/efectividad, por lo que no se recomienda su determinación indiscriminada¹. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una complicación frecuente en individuos con enfermedad neoplásica, con una incidencia del 4-20% de los pacientes. Es un marcador de mal pronóstico y una de las causas principales de muerte al presentarse en estados avanzados de la neoplasia. Los tipos de tumores que con más frecuencia se asocian a ETE son los de páncreas, cerebro, próstata, pulmón y colorrectal en varones, y mama, ovario y pulmón en mujeres².

El líquido obtenido en la paracentesis mostraba predominio mononuclear y un gradiente sero-ascítico de albúmina (GSA) menor de 1,1 g/dl; este gradiente es un test muy sensible (97%) para diferenciar entre ascitis por hipertensión portal (HTP) y la relacionada con otras causas^{3,4} (tabla 1). Las entidades en las que hay que pensar cuando hay predominio mononuclear son la tuberculosis peritoneal y la carcinomatosis peritoneal.

Las manifestaciones clínicas de la peritonitis tuberculosa se caracterizan por fiebre, anorexia, dolor abdominal, síndrome tóxico y ascitis. Es característica una concentración de proteínas superior a 25 g/l en líquido ascítico y un recuento celular con predominio de linfocitos. El Mantoux fue negativo, así como la baciloscopia y el cultivo de micobacterias (recibido con posterioridad al exitus), por lo que el diagnóstico de tuberculosis peritoneal parecía poco probable.

El examen citológico es el método más común para detectar células malignas en el líquido ascítico; sin embargo, la citología positiva tiene una especificidad del 100% en ascitis por carcinomatosis peritoneal, pero la sensibilidad global neoplásica se cifra en el 60%, ya que tumores como el linfoma, el hepatocarcinoma y las metástasis hepáticas masivas producen ascitis por obstrucción linfática o HTP, pero no por carcinomatosis peritoneal, y en estos casos la citología acostumbra a ser negativa.

El antígeno CA-125 es expresado en el epitelio celómico fetal y en muchos tejidos adultos. La insuficiencia cardíaca, enfermedades

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de ascitis según el gradiente sero-ascítico de albúmina

Gradiente \geq 1,1 g/dl	Gradiente < 1,1 g/dl
Cirrosis hepática	Carcinomatosis peritoneal
Hepatitis alcohólica	Tuberculosis peritoneal
Ascitis por insuficiencia cardíaca	Ascitis pancreática
Ascitis mixta	Ascitis biliar (sin cirrosis)
Metástasis hepáticas masivas	Infarto intestinal
Síndrome de Budd-Chiari	Síndrome nefrótico
Insuficiencia hepática aguda	Enfermedad del tejido conectivo
Mixedema	Hipoalbuminemia severa
Relacionada con la diálisis	
Trombosis portal	

benignas pleuropulmonares, tuberculosis peritoneal, cirrosis hepática y procesos pancreáticos y ginecológicos se asocian con niveles séricos elevados de CA-125⁵.

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 desconocido⁶.

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 física⁷. 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^{a,*}, Álvaro Casas Herrero^b,
Nicolás Martínez Velilla^b
e Itziar Iráizoz Apezteguía^b

^a Servicio de Geriátrica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b 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, β_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-

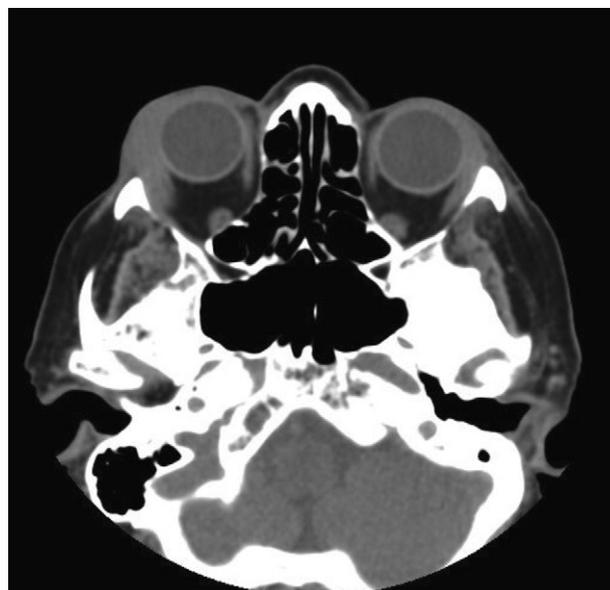


Figura 1. TC craneal donde se aprecia masa orbitaria derecha.