

5. Press Y, Margulin T, Grinshpun Y, Kagan E, Snir Y, Berzak A, et al. The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48:201-4.
6. Fontova Almató A, Basurto Oña X, Congost Devesa L. Prevalencia de delirium en un área de monitorización de urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:39-40.
7. Perelló Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:285-90.
8. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113:941-8.
9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
10. Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: Effect on survival. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:443-50.

Claudia Guadalupe Valdivia-Armenta^a
y Abraham Zonana-Nacach^{b,*}

^a Medicina de Urgencias, Hospital General Regional n.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, BC, México

^b Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional n.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, BC, México

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com (A. Zonana-Nacach).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.001>

Lipoma mediastínico en paciente mayor



Mediastinal lipoma in an elderly patient

Sr. Editor:

El lipoma es uno de los tumores benignos más frecuentes del tejido adiposo en el adulto. Suele presentarse de forma múltiple y se localiza en el tejido subcutáneo. Se trata de la neoplasia benigna más frecuente, su localización a nivel de la cavidad torácica es extremadamente rara; en estos casos tiende a ser único y asintomático, por lo que su detección es tardía y casual.

Se presenta un caso de «lipoma paracardiaco» que cursa de forma concomitante con infecciones respiratorias de repetición y se diagnostica incidentalmente.

Mujer de 90 años, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y sin deterioro cognitivo. Viuda, vive en su domicilio con una hija y no recibe ayuda domiciliaria. Entre sus antecedentes destacan: HTA, dislipemia y síncope de origen vasovagal. Seguía tratamiento con ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y amilorida/hidroclorotiazida 5/50 (un comprimido/día).

Había sido ingresada en nuestro centro por disnea, tos y sibilancias, objetivándose consolidación parenquimatosa en campo medio y base pulmonar derecha (fig. 1A). Con el diagnóstico de infección respiratoria secundaria a neumonía adquirida en la comunidad fue tratada con amoxicilina-clavulánico. En la radiografía de control al alta se describe mejoría de la consolidación y pérdida de volumen de dicho hemitórax y/o elevación hemidiafragmática (fig. 1B).

Reingresa en nuestra Área de Gestión Clínica por astenia, alteración de la marcha y deterioro funcional desde hospitalización previa. Mantiene disnea de reposo, tos con expectoración amarillenta y sensación distérmica.

Se realiza hemograma (leve leucocitosis con desviación izquierda), bioquímica completa (sin alteraciones, salvo proteína C reactiva de 4,5 mg/dl), gasometría arterial basal (pH 7,50; pO₂ 79; pCO₂ 29; HCO₃ 35,2) y radiografía de tórax en la que se visualiza pérdida de volumen en base derecha (ya conocida), consolidación parenquimatosa basal derecha y posible aumento de densidad basal izquierda.

Se inicia antibioterapia empírica (levofloxacino 500 mg) y se solicita cultivo de esputo, siendo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* multisensible.

Ante la incongruencia clínico-radiológica se entrevista de nuevo a la familia, quienes refieren accidente de tráfico con traumatismo costal derecho 3 meses antes.

Con la sospecha de hematoma intratorácico postraumático solicitamos TAC torácico, siendo informado como: «gran masa de densidad grasa homogénea en base de hemitórax derecho, de 145 × 102 × 54 mm. Es una lesión de localización anterior, paracardiaca derecha de aspecto graso sugerente de lipoma benigno. Está por encima del diafragma, el cual se encuentra íntegro, descartándose afectación hepática o de otras estructuras infradiafragmáticas. Contacta con pulmón derecho, al cual comprime, causando atelectasia del LM y LID. También contacta con aurícula derecha, ventrículo derecho, vena cava superior, aorta ascendente y salida de la arteria pulmonar, ya que el lipoma cruza la línea media hasta el mediastino anterior. Se

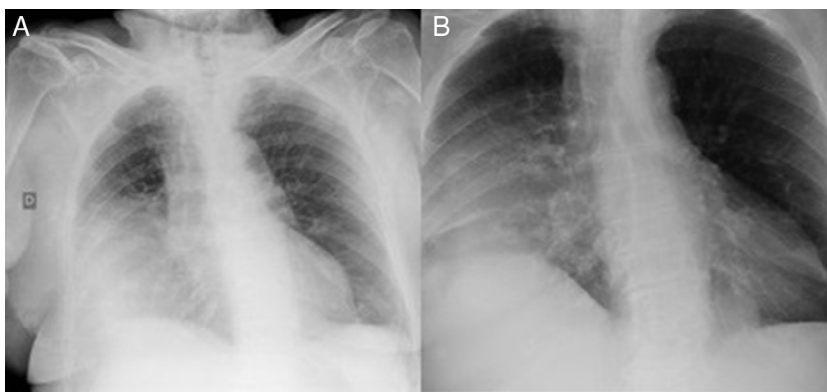


Figura 1. A) Radiografía de tórax donde se visualiza consolidación parenquimatosa en campo medio y base pulmonar derecha. B) Radiografía de tórax con mejoría de la consolidación y pérdida de volumen de dicho hemitórax y/o elevación hemidiafragmática.

continua sin plano de separación con lipomatosis del mediastino anterior».

La paciente es dada de alta con el diagnóstico de infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* y lipoma paracardiaco.

El lipoma es un tumor que puede aparecer sobre cualquier tejido blando. Los del mediastino son extremadamente raros representando del 1,6 al 2,3% de todos los tumores de dicha localización¹.

Normalmente presentan un comienzo insidioso y la sintomatología suele ir en relación al crecimiento². En adultos jóvenes, puede sospecharse cuando produce síndrome de la vena cava, síndrome de Horner, parálisis del nervio espinal, trastornos de la deglución, dificultad respiratoria y/o arritmias³⁻⁶. Aunque histológicamente es un tumor benigno, en los casos referidos debe ser considerado clínicamente maligno y es recomendable la extirpación quirúrgica.

Como la mayoría de las enfermedades, en el paciente anciano puede cursar de forma atípica y ser asintomáticos o presentar escasa sintomatología (disnea, clínica infecciosa) de ahí que su diagnóstico sea incidental⁷.

Algo crítico en la atención al paciente anciano es la correcta realización de la anamnesis. Muchas veces, por problemas de comunicación del paciente o dificultades con los familiares, no se recogen todos los antecedentes personales ni los tratamientos habituales, infradiagnosticándose problemas que podrían tener una importante repercusión.

En nuestra paciente se presentan estos 2 problemas: 1) se omitió el antecedente de traumatismo torácico, y 2) se objetivó la prescripción inadecuada de ácido acetilsalicílico (sin presentar historia antigua de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular ni claudicación intermitente) y de amilorida/hidroclorotiazida (no siendo la mejor opción para tratar al anciano con hipertensión).

Existe una limitación en la exposición de nuestro caso. La escasa sintomatología clínica y la buena evolución de la paciente no indicaron intervención quirúrgica, clasificándose el tumor como benigno sin llegar al diagnóstico histológico.

Bibliografía

1. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ Jr. Fat-containing lesions of the chest. *Radiographics*. 2002;22(Spec):S61-78.
2. Sidhu US, Malhotra V, Chhina GS. An unusual case of pseudocardiomegaly. *Chest*. 1998;113:1711-4.
3. Schweitzer DL, Agum AS. Primary liposarcoma of the mediastinum. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1977;74:83-97.
4. Cutilli T, Schietroma M, Marcelli VA, Ascani G, Corbacelli A. Giant cervico-mediastinal lipoma. A clinical case. *Minerva Stomatol*. 1999;48:23-8.
5. Takamori S, Hayashi A, Tayama K, Ohtsuka S, Hiraki H, Shirouzu K. Thy-molipoma associated with myasthenia gravis. *Scand Cardiovasc J*. 1997;31:241-2.
6. Rosado-de-Christenson ML, Pugatch RD, Moran CA, Galobardes J. Thymolipoma: Analysis of 27 cases. *Radiology*. 1994;193:121-6.
7. Enzinger FM, Winslow DJ. Liposarcoma: A study of 103 cases. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol Klin Me*. 1962;335:367-88.

Ana González Sanz*, Olga Saavedra Obermann,
José Gutiérrez Rodríguez
y Juan José Solano Jaurrieta

Área de Gestión Clínica de Geriátría, Hospital Monte Naranco,
Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagonsanz@gmail.com (A. González Sanz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.008>

Silicotuberculosis, una causa de fiebre de origen desconocido en el adulto mayor. Reporte de un caso



Silicotuberculosis, a cause of fever of unknown origin in the elderly. A case report

Sr. Editor:

La fiebre es uno de los signos principales que motivan la consulta médica, siendo los mayores de 65 años los que más frecuentemente acuden al servicio de urgencias por este motivo¹. Es el signo principal de infección que a su vez es una de las principales causas de hospitalización. Puede estar ausente o mitigada hasta en un tercio de los pacientes geriátricos infectados².

La definición tradicional de fiebre de origen desconocido como temperatura $\geq 38,3^\circ\text{C}$ determinada en varias ocasiones, de duración igual o superior a 3 semanas en la que no se llega a un diagnóstico después de una semana de estudio hospitalario o 3 visitas ambulatorias^{2,3}, muchas veces no puede ser aplicada a pacientes geriátricos debido a la ausencia de respuesta febril a la infección. Numerosos estudios confirman que aproximadamente el 20-30% de estos pacientes no mostraron fiebre alta como respuesta a la infección, por lo que hay autores que han propuesto como nueva definición una temperatura oral o de la membrana timpánica mantenida $\geq 37,2^\circ\text{C}$ o rectal $\geq 37,5^\circ\text{C}$ o un cambio de $1,3^\circ\text{C}$ sobre la temperatura basal².

Frecuentemente en los ancianos la fiebre de origen desconocido es el resultado de la presentación atípica de una enfermedad común. La infección es la etiología en el 25-31% de los casos^{4,5}

siendo la tuberculosis la principal causa de infección en personas mayores, junto a endocarditis, sepsis intraabdominal e infección por VIH. En el adulto mayor pueden ser un desafío para el diagnóstico⁶.

Presentamos el caso de un paciente varón de 87 años de edad con un situación funcional basal de Cruz Roja funcional: 1; índice de Barthel: 75; Cruz Roja mental: 2 con antecedentes personales de enfermedad de Parkinson, insuficiencia cardíaca leve y neumopatía crónica por hormigón y polvos orgánicos. Ingresa en la Unidad de Agudos de Geriátría por cuadro de fiebre de un mes y medio de evolución relacionado con infección del tracto urinario para lo que recibió tratamiento con fosfomicina durante 15 días a pesar de lo cual persiste febrícula diaria. Durante el ingreso el paciente permanece afebril. Se realizan 2 urocultivos que son negativos, así como radiografía de tórax (fig. 1) con afectación intersticial difusa de predominio nodular en campos superiores y medios en probable relación a neumoconiosis. Se da el alta al paciente con juicio clínico de infección del tracto urinario resuelta.

Quince días más tarde reingresa por fiebre de predominio vespertino de una semana de evolución con deterioro del estado general y pérdida de peso. Se inicia estudio de fiebre de origen desconocido, objetivándose en tomografía computarizada torácica signos de neumoconiosis y en ecografía de abdomen y aparato urinario: prostatitis crónica. No se encuentra en ecocardiograma sin imágenes sugestivas de endocarditis y la serología de toxoplasma, citomegalovirus, sífilis, VIH, así como el estudio inmunológico y los marcadores tumorales resultan todos negativos.

El siguiente paso fue realizar fibrobroncoscopia donde se objetivaron tatuajes antracóticos y secreciones mucosas dispersas sin lesiones endobronquiales. Se realizó baciloscopia del material