

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 localización<sup>1</sup>.

Normalmente presentan un comienzo insidioso y la sintomatología suele ir en relación al crecimiento<sup>2</sup>. 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 arritmias<sup>3-6</sup>. 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 incidental<sup>7</sup>.

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](mailto: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 motivo<sup>1</sup>. 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 infectados<sup>2</sup>.

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<sup>2,3</sup>, 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 basal<sup>2</sup>.

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<sup>4,5</sup>

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 diagnóstico<sup>6</sup>.

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



**Figura 1.** Radiografía de tórax con afectación intersticial difusa de predominio nodular en campos superiores y medios en probable relación a neumoconiosis.

obtenido observándose bacilos ácido alcohol resistentes siendo la ampliación genómica para *Mycoplasma tuberculosis complex* positiva.

La tuberculosis es una enfermedad cuyas manifestaciones clínicas dificultan diferenciarla de otras entidades nosológicas. La mayoría de los casos son de inicio insidioso, poco alarmante y bastante variable, dependiendo de la virulencia del agente casual, edad, órgano afectado y estado inmunitario del huésped. En la tuberculosis pulmonar no hay correlación entre la extensión de la enfermedad y la magnitud de los síntomas, el 5% de los pacientes adultos no presentan ningún síntoma. La primoinfección suele ser subclínica o producir síntomas leves o inespecíficos. El síntoma más frecuente es la tos, que puede ser seca o con expectoración mucosa, purulenta y hemoptoica; puede haber dolor torácico de características pleuríticas. La disnea se presenta en la enfermedad muy extendida y rara vez en la tuberculosis miliar. Una forma especial de inicio es la neumonía tuberculosa, que se puede presentar como cuadro clínico radiológico similar al de la neumonía bacteriana<sup>5</sup>.

La silicotuberculosis se observa raramente en la práctica clínica, los pocos casos en adultos mayores confirman que los pacientes

con silicosis tienen mayor riesgo de desarrollar tuberculosis y hoy día se muestra a la silicotuberculosis como un problema geriátrico siendo su reconocimiento a menudo difícil. La historia ocupacional, radiología y microbiología (identificación de *Mycobacterium tuberculosis* en esputo y exudado pleural) son de ayuda para el correcto diagnóstico que es importante para el pronóstico<sup>7</sup>.

La asociación entre silicosis y tuberculosis ha sido estudiada desde el inicio del siglo pasado. El riesgo de portadores de silicosis de desarrollar tuberculosis pulmonar comparados con controles sanos está entre 2,8 y 39 veces<sup>8,9</sup>.

## Bibliografía

1. Fernández Moyano A, Mata Martín AM, Espinosa Calleja R. Síndrome febril en el paciente de edad avanzada. Estrategias diagnósticas. Rev Clin Esp. 2008;208:564-7.
2. Norman DC, Wong MB, Yoshikawa TT. Fever of unknown origin in older persons. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:937-45.
3. Díaz Menéndez M, Barbado Hernández FJ, Gómez Cerezo S, Fabra Cadenas S, Zamora Vargas M, López Dieguez M, et al. Fiebre de origen desconocido clásica: cambios en dos series asincrónicas en un hospital universitario. Rev Clin Esp. 2007;207:13-5.
4. Scafa F, Minelli CM, Fonte R, Rosso GL, Cappelli MI, Candura SM. Silicotuberculosis in the elderly: Report of two cases. Monaldi Arch Chest Dis. 2004;61:241-3.
5. Shi XC, Liu XQ, Zhou BT, Zhang LF, Ma XJ, Deng GH, et al. Major causes of fever of unknown origin at Peking Union Medical College Hospital in the past 26 years. Chin Med J (Engl). 2013;126:808-12.
6. Ruiz-Manzano J, Blanquer R, Calpe JL, Caminero JA, Cayla J, Domínguez JA, et al. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2008;44:551-66.
7. Tal S, Guller V, Gurevich A. Fever of unknown origin in the elderly. Clin Geriatr Med. 2007;23:649-68.
8. Barboza CE, Winter DH, Seiscento M, Santos UdeP, Terra M. Tuberculosis and silicosis: Epidemiology, diagnosed and chemoprophylaxis. J Bras Pneumol. 2008;34:959-66.
9. Silva GA, Brandao DF, Vianna EO, de Sá Filho JBC, Baddini-Martínez J. Cryptococcosis, silicosis, and tuberculosis pseudotumor in the same pulmonary lobe. J Bras Pneumol. 2013;39:620-6.

Diana Ariza Herrera\*, Rocío Menéndez, Ximena Guevara y Teresa Alarcón

Departamento de Geriátrica, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dfarizah@hotmail.com](mailto:dfarizah@hotmail.com) (D. Ariza Herrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.07.004>

## Cuantificación del riesgo de fractura osteoporótica en una población geriátrica institucionalizada y con diferentes grados de retraso mental



### Determination of osteoporotic fracture risk factors in an institutionalised geriatric population with different levels of mental impairment

Sr. Director:

Para prevenir las fracturas osteoporóticas por fragilidad se requiere una herramienta fiable, rápida y de bajo coste que valore el riesgo de padecerlas<sup>1</sup>. La densitometría ósea (DMO) se considera el patrón de oro, pero es cara y de difícil acceso<sup>2</sup>. El índice de FRAX<sup>®</sup> usa un algoritmo para estimar el riesgo de fractura osteoporótica en los 10 años siguientes sin necesidad de la DMO, a partir de datos de la historia clínica del paciente. El índice de FRAX<sup>®</sup> internacio-

nalmente validado, es barato, realizable en consultas y no precisa de mucha formación<sup>3,4</sup>. En este sentido, nos planteamos realizar un estudio para evaluar si padecer retraso mental aumenta el riesgo de fractura osteoporótica en los mayores de 65 años institucionalizados, utilizando el índice de FRAX<sup>®</sup> como medida de riesgo.

De una población de 400 individuos institucionalizados en el mismo centro se escogió una muestra aleatoria de 100 (59 varones y 41 mujeres) de entre 65 y 90 años. Cincuenta con retraso mental (RM) y 50 sin retraso mental (SRM). Siguiendo la definición del DSM-5, todos los sujetos incluidos y diagnosticados de retraso mental, presentaron tempranamente un funcionamiento intelectual general inferior a la media (una o 2 desviaciones estándar por debajo de la media de la población de su edad), existiendo concurrentemente un déficit en la conducta adaptativa que se manifestó durante el periodo de desarrollo (edad inferior a 18 años). Los grados de retraso fueron evaluados mediante pruebas neuropsicológicas (test estandarizados de inteligencia general, administrados individualmente y desarrollados para este propó-