

vasculares en su interior que en el TAC cervical mostraba una lesión hipervascular cervical izquierda en espacio carotídeo, planteando como primer diagnóstico paraganglioma carotídeo. Se realizó un PET/CT con fluorodopa, que fue informado como paraganglioma cervical izquierdo no secretor, descartándose enfermedad a distancia. Dada la edad, la cirugía cervical previa y las características del paraganglioma (no secretor, crecimiento superficial y sin clínica compresiva), se decidió no realizar la resección quirúrgica del mismo y vigilar su evolución.

Los paragangliomas son más frecuentes en mujeres, en el 10% son bilaterales y entre el 7-9% son hereditarios^{3,6}. Los paragangliomas más frecuentes de cabeza y cuello son los derivados del cuerpo carotídeo, como era el que presentamos, y los del nervio vago⁷. La mayoría son benignos y no secretores, y el diagnóstico está basado en las pruebas de imagen, además de las bioquímicas. El diagnóstico es clínico por la compresión de las estructuras vecinas, y por las pruebas radiológicas, siendo la arteriografía un medio imprescindible para el diagnóstico y el plan terapéutico³. Es raro que aparezcan síntomas asociados a la producción de catecolaminas: hipertensión fluctuante, enrojecimiento, palpitaciones, apneas del sueño³. Las 2 pruebas de imagen más frecuentemente usadas son el TAC y la RMN, aunque también se realizan pruebas funcionales, como la gammagrafía con ¹²³I-metaiodobenzilguanidina (MIBG) o el PET/CT, con distintos radiofármacos. En nuestro caso, utilizamos el TAC y el PET/CT, por su mayor sensibilidad y especificidad frente a la gammagrafía MIBG⁸.

Una vez diagnosticado, el tratamiento de elección de un paraganglioma de cuerpo carotídeo es el quirúrgico⁵, aunque hay autores que propugnan el tratamiento con radioterapia⁹, basados en su alta eficacia y mínima toxicidad, frente a la no despreciable tasa de complicaciones del tratamiento quirúrgico⁴. No obstante, a la hora de tomar una decisión terapéutica, debemos considerar que el crecimiento medio anual de un paraganglioma es de 1 mm de diámetro al año¹⁰ por lo que, si consideramos las complicaciones, fundamentalmente neurológicas de la cirugía, y los efectos adversos de la radioterapia, parece razonable considerar la abstención terapéutica y el control evolutivo, como hicimos en la paciente que presentamos, de 85 años y con cirugía cervical previa^{7,10}.

Conflicto de intereses

Los autores firmantes declaramos que no existen conflictos de intereses, así como no ha existido financiación del trabajo proveniente de agencias públicas de investigación o fundaciones.

Bibliografía

- Sevilla García MA, Llorente Pendas JL, Rodrigo Tapia JP, García Rostán G, Suárez Fente V, Coca Pelaz A, et al. Paragangliomas de cabeza y cuello: revisión de 89 casos en 73 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58:94-100.
- Undabeitia-Huertas J, Noboa R, Jove R, Boix M, Gatiús S, Nogues P. Paraganglioma del filum terminal como causa de síndrome de cauda equina. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36:347-51.
- Gil-Carcedo E, Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, Herrero D, Ortega C. Diagnóstico y tratamiento de los paragangliomas carotídeos. Presentación de nueve casos y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2006;57:412-8.
- Suárez C, Rodrigo JP, Mendenhall WM, Hamoir M, Silver CE, Grégoire V, et al. Carotid body paragangliomas: A systematic study on management with surgery and radiotherapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271:23-34.
- Ferrante AM, Boscarino G, Crea MA, Minelli F, Snider F. Cervical paragangliomas: Single centre experience with 44 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2015;35:88-92.
- Díaz-Soto G, Serrano Morte A, Rodríguez Martín C, García-Talavera P, Abril CM, Puig-Domingo M. Síndrome de paraganglioma familiar: expresividad clínica y relevancia de una nueva mutación en SDHB. *Med Clin*. 2013;140:453-7.
- Makeieff M, Thariat J, Rey E, Righini CA. Treatment of cervical paragangliomas. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2012;129:308-14.
- Kiernan CM, Solórzano CC. Pheochromocytoma and paraganglioma: Diagnosis, genetics, and treatment. *Surg Oncol Clin N Am*. 2016;25:119-38.
- Szymanska A, Szymanski M, Czekajaska-Chehab E, Golabek W, Szczerbo-Trojanowska M. Diagnosis and management of multiple paragangliomas of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272:1991-9.
- Jansen JC, van den Berg R, Kuiper A, van der Mey AG, Zwinderman AH, Cornelisse CJ. Estimation of growth rate in patients with head and neck paragangliomas influences the treatment proposal. *Cancer*. 2000;88:2811-6.

Laura Sánchez-Íñigo^{a,b,*}, David Navarro-González^c, Amaia Sáinz de los Terreros Errea^d y Nicolás Martínez-Velilla^{e,f,g}

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital García-Orcyoyen, Estella, Navarra, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Burlada, Burlada, Navarra, España

^c Servicio de Urgencias Extra-Hospitalarias, Navarra, España

^d Departamento de Endocrinología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^e Departamento de Geriatria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^f Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Pamplona, Navarra, España

^g Instituto de Investigación Sanitaria Navarra (IdiSNA), Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsinigo@gmail.com (L. Sánchez-Íñigo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.02.008>

Varón de 77 años con disfonía y disfagia



A 77-year-old man with dysphonia and dysphagia

Sr. Editor:

Se presenta el caso de un varón de 77 años, que estaba siendo tratado en el hospital por disfonía y disfagia de 10 meses de evolución. Como antecedentes presentaba hipertensión arterial, hipercolesterolemia, glaucoma y epiteloma basocelular intervenido 2 años antes. Refería una excelente situación basal (escala de la Cruz Roja Física: 0; escala de la marcha FAC: 5; índice de Barthel: 100, e índice de Lawton: 5) y realizaba actividades de ocio como natación y bicicleta.

Acudió a la consulta de geriatría derivado desde foniatría por detectar un cuadro de deterioro funcional y pérdida de peso asociado a la disfonía de la que estaba siendo tratado. Presentaba hemiparesia laríngea derecha con cuerda vocal en posición paramedia, y estaba recibiendo rehabilitación foniátrica, sin mejoría. Refería disfagia, más evidente para sólidos que para líquidos, pérdida de 5 kg de peso, astenia intensa e incapacitante para realizar sus actividades de ocio, alteraciones en la memoria reciente y ánimo depresivo. Dado el importante deterioro se decidió ingreso en la unidad de agudos para estudio.

La exploración general y neurológica fue normal. Se realizó analítica completa (hemograma, bioquímica, estudio de anemia, hormonas tiroideas, estudio vitamínico y marcadores tumorales), radiografía de tórax, tránsito esófago-gastro-duodenal, TC cerebral

y toraco-abdomino-pélvico que no mostraron alteraciones. Permaneció estable, la deglución mejoró con corrección postural y experimentó mejoría del estado anímico, por lo que se decidió el alta hospitalaria añadiendo suplementos proteicos y se citó en consultas externas para valorar la evolución.

A los 30 días, el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria en la calle e ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se realizó un electromiograma que mostró un patrón neurogénico severo, con signos de cronicidad, y afectación de motoneurona inferior específico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Tras 70 días de hospitalización presenta una evolución tórpida y es trasladado a una unidad de cuidados paliativos, donde fallece.

Discusión

La ELA es una enfermedad neurológica degenerativa que afecta a la vía piramidal a nivel de primera y segunda motoneurona. Se distinguen 2 formas, esporádica y familiar. La forma esporádica es más frecuente, el 90% de los casos, afecta principalmente a varones con una relación 1,78:1, la edad media del diagnóstico es de 65 años, y la media de supervivencia es 2-5 años¹.

La etiopatogenia de la forma esporádica es desconocida, aunque se han postulado diferentes factores: enfermedades virales, exposición a metales pesados, factores ambientales, actividad física extenuante, etc. Existen 2 formas de inicio de la enfermedad, espinal y bulbar. El inicio espinal o medular es el más frecuente (80% de los casos), con debilidad muscular focal y distal de una extremidad, atrofia y espasticidad, que se generalizan a todo el cuerpo. El inicio bulbar o parálisis bulbar progresiva es menos frecuente (20% de los casos) y se caracteriza por disartria, disfonía y disfagia, acompañado de atrofia y fasciculaciones linguales, y labilidad emocional.

En la literatura se refiere que los mayores de 70 años representan el 31-43% de los casos y los mayores de 80 años el 7-11%²⁻⁴. En la octava década de la vida se encuentra la mayor prevalencia, con 17 casos por 100.000 habitantes³. Algunas peculiaridades de la enfermedad en los ancianos son que a partir de los 75 años es más frecuente en mujeres y cobra más importancia el inicio bulbar, siendo en algunos estudios la forma más frecuente de aparición a partir de los 80 años⁴ y presenta un peor pronóstico, con 5 meses menos de supervivencia²⁻⁵. Es conocida la relación que existe entre esta enfermedad y la demencia, principalmente frontotemporal⁶, esta relación es aún más fuerte cuando el inicio es bulbar,

presentando el 48% de los pacientes un déficit cognitivo leve y un 3,5% demencia frontal¹.

La afectación neuropsicológica puede no correlacionarse con la clínica neurológica y, en ocasiones, pueden aparecer desde fases iniciales¹. Según diversos autores, la ELA en los ancianos está infradiagnosticada⁷ por múltiples factores de confusión: la forma bulbar dificulta y demora el diagnóstico, algunos pacientes pueden fallecer antes de ser diagnosticados, el deterioro cognitivo en fases tempranas de la enfermedad enlentece el diagnóstico, y la disfagia o disfonía son síntomas frecuentes en la edad avanzada, y pueden atribuirse a otras causas.

Ante la alta prevalencia de esta enfermedad en la población anciana, y su presentación atípica, consideramos de interés tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes que presentan disfagia y disfonía, como en el caso que presentamos.

Bibliografía

1. Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009.
2. Logroscino G, Traynor B, Hardiman O. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81:385-90.
3. Mehta P, Antao V, Kaye W, Sanchez M, Williamson D, Bryan L, et al. Prevalence of amyotrophic lateral sclerosis-United States, 2010-2011. *Am J Public Health*. 2015;105:e7-9.
4. Forbes RB, Colville S, Swingler RJ, Scottish ALS/MND Register. The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis (ALS/MND) in people aged 80 or over. *Age Ageing*. 2004;33:131-4.
5. Rodríguez de Rivera FJ, Oreja Guevara C, Sanz Gallego I. Evolución de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica atendidos en una unidad multidisciplinar. *Neurología*. 2011;26:455-60.
6. Lomen-Hoerth C, Anderson T, Miller B. The overlap of amyotrophic lateral sclerosis and frontotemporal dementia. *Neurology*. 2002;59:1077-9.
7. Espauella Ferrer M, Aragonès Pascual JM, Amblàs Novellas J, Molist Brunet N. Esclerosis lateral amiotrófica y disfagia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:101.

Raquel Ramírez Martín*, Macarena Díaz de Bustamante Ussia, Rocío Menéndez Colino y Juan Ignacio González Montalvo

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.ramirezmartin@gmail.com

(R. Ramírez Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.005>

Vía clínica de fractura de cadera de la Unidad de Ortopediatria del Hospital Universitario Infanta Sofía



Clinical pathway for hip fracture in the Orthogeriatric Unit of the Hospital Infanta Sofia

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el artículo original publicado por Pilar Sáez López et al., sobre la utilidad de una vía clínica en el manejo del anciano con fractura de cadera, recientemente publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA¹, puesto que compartimos su visión acerca de los beneficios que aporta a la asistencia de los pacientes con fractura de cadera (FC).

Las vías clínicas, tienen como objetivo establecer las funciones de cada profesional y el momento en que deben realizarse. Es habitual su uso en unidades de ortopediatria, y permite disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorando la asistencia^{2,3}.

Los resultados, serán por tanto parecidos entre hospitales, que comparten características, y que apliquen vías en las unidades de ortopediatria. El objetivo que nos planteamos es comparar el resultado de las distintas variables, entre 2 hospitales que han usado una vía clínica como elemento de mejora en la asistencia de los pacientes con FC. Presentamos una cohorte formada por los pacientes atendidos por FC en la Unidad de Ortopediatria del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS). En nuestro centro, contamos con una vía clínica, desde el año 2010 en donde se encuentran protocolizados los principales problemas clínicos, y los beneficios de su aplicación fueron publicados previamente⁴.

En la tabla, se muestran los resultados de las principales variables al ingreso. Las características basales de los 391 pacientes con FC incluidos en nuestro estudio; edades superiores a 80 años (85,6 ± 6,3), con un predominio de mujeres (78,3%), que padecen principalmente fracturas extracapsulares (63,7%), con una buena situación funcional previa medida, tanto por el índice de Barthel (IB) (67,2 ± 28,5), como por la capacidad de deambular (92,6% son capaces de caminar antes del ingreso); son similares a las series