

domicilio, es un avance en la atención geriátrica domiciliar y una gran oportunidad para una atención digna de calidad, logrando una mayor integración de los adultos mayores en la sociedad, así como una mayor participación en eventos sociales y culturales, fomentando a los familiares en la atención de los adultos mayores de manera corresponsable.

Por último, es relevante concienciar, preparar e incluir a médicos en formación, en la atención integral y multidisciplinaria de los adultos mayores en su domicilio, ya que estos alumnos son el futuro de la profesión médica, y consideramos de suma importancia tanto el conocimiento teórico como la experiencia práctica en cuanto a las dificultades y problemas reales que se enfrentan los adultos mayores en su día a día.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [consultado 8 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
2. Williamson J, Stokoe IH, Gray S, Fisher M, Smith A, McGhee A, et al. Old people at home. Their unreported needs. *Lancet*. 1964;1117-20.
3. Monteserín Nadal R, Altimir Losada S, Brotons Cuixart C, Padrós Selma J, Santauegenia González S, Moral Peláez I, et al. Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica integral seguida de intervención en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:5-12.
4. Stuck A, Aronow A, Steiner A. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995;333:1184-9.
5. Monteserín R, Brotons C, Morala I, Altimir S, San José A, Santauegenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: A randomized clinical trial. *Fam Pract*. 2010;27:239-45.
6. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *BMJ*. 1990;300:1253-6.
7. Brotons C, Monteserín R, Martínez M, Sellarès J, Fomasini M. Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:317-23.
8. Clarke M, Clarke S, Jagger C. Social intervention and the elderly: A randomized controlled trial. *Am J Epidemiol*. 1992;136:1517-23.
9. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: Clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med*. 1996;100:438-43.

Omar Alejandro Rangel Selvera*, Salvador Gómez García, Roberto Antonio de Lira Ortega y Rogelio David Cervantes Madrid

Universidad de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: omarrangel@hotmail.com, omar.rangel@udem.edu (O.A. Rangel Selvera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.004>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fractura de cadera y laceración de arteria glútea inferior en mujer nonagenaria anticoagulada



Hip fracture and inferior gluteal artery laceration in a nonagenarian woman taking anticoagulants

Las fracturas de cadera son cada vez más frecuentes en nuestro medio. El envejecimiento de la población ha dado lugar a un aumento de su incidencia en pacientes cada vez más mayores y por lo general pluripatológicos. No son pocas las ocasiones en que estos pacientes reciben anticoagulantes por distintos motivos pudiendo derivar en una complicación fatal.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 91 años de edad que acudía al servicio de urgencias tras sufrir una caída casual desde su propia altura sin síncope previo. Presentaba una situación basal previa a la caída de independencia para las actividades de la vida diaria y deambulación con ayuda de bastón. Antecedente personal de fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

A la exploración presentaba impotencia para la carga de cadera y miembro inferior derecho con acortamiento y rotación externa. Pulsos positivos presentes en toda la extremidad. Dolor local a la palpación en región trocantérica.

En la radiografía de cadera derecha se apreciaba fractura de cadera intracapsular Garden IV. La paciente ingresó en el servicio de traumatología estable, consciente y orientada. En las primeras 24 h de ingreso comenzó con inestabilidad hemodinámica, hipotensión y taquicardia, precisando la transfusión de más de 4 concentrados de hemáties a pesar de haber revertido el efecto anticoagulante con vitamina K. A la situación previa se sumaba dolor en fosa ilíaca derecha y gran hematoma en región glútea.

Se realizó angio-TC abdomino-pélvica que evidenciaba gran hematoma en región glútea y laceración de la arteria glútea inferior, responsable del sangrado (fig. 1).

Ante el hallazgo del daño vascular agudo, responsable del cuadro de shock hemorrágico de la paciente, se optó por llevar a cabo embolización selectiva de la arteria glútea inferior evitando la embolización de las arterias que irrigaban el foco de fractura.

La paciente precisó la infusión de agentes vasoactivos durante las siguientes 72 h remontando la situación sin requerir nuevo aporte transfusional, pudiéndose llevar a cabo con éxito la cirugía de implantación de prótesis parcial de cadera.

Discusión

Las lesiones vasculares tras fracturas de cadera por traumatismos de baja energía son infrecuentes, pero pueden suponer un potencial riesgo mortal para el paciente que no debe ser pasado por alto. En general, los casos publicados en la literatura suelen asociar las fracturas de cadera con daño sobre las arterias circunfleja femoral lateral o femoral profunda¹. El sangrado proveniente de la arteria glútea se ha documentado en los traumatismos pélvicos de alta energía². El diagnóstico de sospecha y la rápida actuación resultan críticos para solventar la situación con éxito.

Las lesiones de la arteria glútea, sobre todo de su rama superior se encuentran descritas en fracturas pélvicas o sacras. En el momento de realizar la búsqueda bibliográfica, cruzando los términos *gluteal artery*, *hip fracture*, *vascular injury* sin límite de tiempo, no se encontraron resultados en PubMed que relacionasen la fractura de cadera intracapsular con lesiones en el árbol arterial glúteo.

Las guías sobre hemorragia y trauma^{3,4} que existen en la actualidad recomiendan como prueba de elección ante un sangrado agudo la TC multicorte. Esta es 3-4 veces más sensible⁵ en la detección del punto sangrante que la angiografía de sustracción digital. Las distintas reconstrucciones Multiplanar Reconstruction (MPR), volumen rendering (VR), Maximun Intensity Projection (MIP) permiten un adecuado diagnóstico y planificación del tratamiento (cirugía versus embolización).

El sangrado persistente de las ramas de la arteria ilíaca interna puede tratarse con embolización transcáteter⁶. El control hemorrágico percutáneo es seguro y efectivo, y no tan costoso ni peligroso como la opción quirúrgica. Son cada vez más los autores que postulan este tratamiento como de elección¹.

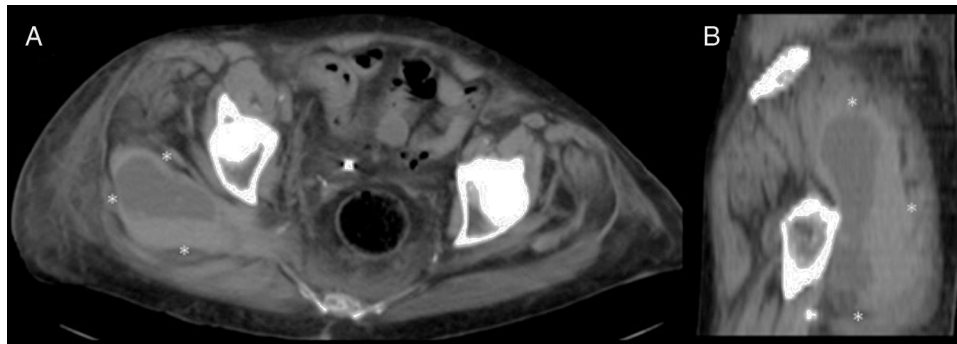


Figura 1. TC pélvica sin contraste: A) Proyección axial. B) Proyección sagital. Colección hiperatenuante (entre asteriscos) correspondiente a gran hematoma glúteo derecho.

Dada la naturaleza habitual de las fracturas de cadera en el paciente geriátrico, el traumatólogo, ortogeriatra, así como el facultativo que preste la primera atención en el servicio de urgencias debe estar familiarizado con un apropiado diagnóstico y manejo de esta complicación mayor.

Bibliografía

- Sullivan MP, Schenker ML, Mehta S. Pterochantheric hip fracture: A routine fracture with a potentially devastating vascular complication. *Orthopedics*. 2015;38:e75–9.
- Pieri S, Agresti P, Morucci M, De' Medici L, Galluzzo M, Oransky M. Percutaneous management of hemorrhages in pelvic fractures. *Radiol Med*. 2004;107:241–51 [Article in English, Italian].
- Cullinane DC, Schiller HJ, Zielinski MD, Bilaniuk JW, Collier BR, Como J, et al. Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guidelines for hemorrhage in pelvic fracture—update and systematic review. Management Guidelines for hemorrhage in Pelvic Fracture. *J Trauma*. 2011;71:1850–68.
- Chakraverty S, Flood K, Kessel D, McPherson S, Nicholson T, Ray CE Jr, et al. CIRSE guidelines: Quality improvement guidelines for endovascular treatment of traumatic hemorrhage. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2012;35:472–82.
- Kuhle WG, Sheiman RG. Detection of active colonic hemorrhage with use of helical CT: Findings in a swine model. *Radiology*. 2003;228:743–52.
- Panetta T, Sclafani SJ, Goldstein AS, Phillips TF, Shaftan GW. Percutaneous transcatheter embolization for massive bleeding from pelvic fractures. *J Trauma*. 1985;25:1021–9.

Daniel Aedo-Martín^{a,*}, Noelia Alonso-Gómez^b,
Rafael García-Cañas^a y Marcos Fernández-Gayol^a

^a Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España
^b Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: daniaedo@gmail.com (D. Aedo-Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.007>
0211-139X/
© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Miositis por cuerpos de inclusión: a propósito de un caso



Inclusion-body myositis: Presentation of a case

La miositis por cuerpos de inclusión (MCI), aunque rara, es la miopatía más frecuente del anciano y se relaciona con la edad. Al tratarse de una enfermedad del anciano y de muy lenta evolución, la debilidad y amiotrofia pueden ser infravaloradas y considerarse como propias de la edad, o bien ser atribuidas a otras enfermedades más prevalentes. Por ello, se considera una enfermedad infradiagnosticada, al igual que otras enfermedades neuromusculares en ancianos como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la miastenia gravis¹. En los últimos años, gracias a una mayor alerta y sospecha médica, se han descritos mayores prevalencias de MCI, hasta 70 por millón de habitantes².

Desde su descripción inicial en el año 1971³, se han considerado 2 hipótesis patogénicas: la inflamatoria y la degenerativa. La patogenia inflamatoria ha sido la predominante, basada en la presencia de células mononucleares inflamatorias y la asociación con otras enfermedades inflamatorias en un 15% de los casos. Aun así, en la última década ha aumentado el interés y las evidencias a favor de la patogenia degenerativa, con similitudes con la enfermedad de Alzheimer, en la que el envejecimiento de la fibra muscular, asociado al acúmulo intracelular de proteínas anómalas (entre ellas betaamiloide y taufosforilada), sería el responsable de la destrucción de las fibras musculares, siendo la respuesta inflamatoria secundaria⁴.

Al tratarse de una enfermedad del anciano con riesgo de infradiagnóstico, hemos considerado de interés comunicar un caso y revisar la clínica y los criterios diagnósticos.

Se trata de un varón de 74 años con antecedentes de fibrilación auricular, en tratamiento con acenocumarol y verapamilo, que presenta debilidad lentamente progresiva de unos 8 años de evolución.

Empezó de forma insidiosa con déficit lentamente progresivo de la prensión de la mano izquierda. En la primera visita realizada a los 2 años del inicio, presentaba amiotrofia en antebrazos de predominio izquierdo con paresia grave de flexión de los dedos de la mano izquierda y moderada de la mano derecha, y amiotrofia de los 2 cuádriceps, sin paresia significativa en ellos y sin otro déficit muscular valorable. Un primer electromiograma (EMG) mostraba un incremento de la actividad de inserción, con fibrilación y ondas positivas de las 4 extremidades, que orientaba inicialmente a una enfermedad de motoneurona. Con la orientación inicial de ELA, se inició tratamiento con riluzole. A los 3 meses se realizó nuevo EMG que mostraba, además de los hallazgos previos, unidades motoras con potenciales de acción polifásicos de baja amplitud que indicaban la posibilidad de una miopatía y, en concreto, una MCI. Se realizó biopsia muscular que mostró presencia de fibras anguladas, grupos de fibras atroficas, fibras necróticas y vacuolas, fibras COX-, algunas con depósitos subsarcolémicos de mitocondrias, con presencia de infiltrados de linfocitos T CD8+ >CD4+, sobreexpresión de CMH-1 y macrófagos. Estos cambios eran compatibles con una MCI.

La evolución posterior ha sido lenta pero constante. A la afectación inicial de la prensión de las manos y amiotrofia de cuádriceps se