



CARTAS CIENTÍFICAS

Bacteriemia persistente por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en paciente anciano con fractura compleja de hemipelvis izquierda



Persistent bacteraemia due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in an elderly patient with a complex fracture in left side of the pelvis

Las fracturas osteoporóticas del anillo pélvico son menos frecuentes que las de fémur, aunque su incidencia está aumentando^{1,2}. En los ancianos suelen producirse por caídas casuales. Su importancia radica en la elevada mortalidad, estancia hospitalaria prolongada y deterioro funcional³. Presentamos el caso de un paciente con fractura de hemipelvis izquierda, con ingreso prolongado debido al desarrollo de graves complicaciones.

Se trata de un varón de 80 años que ingresa por fractura de hemipelvis izquierda. Diagnosticado de hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular crónica no anticoagulada, enfermedad de Parkinson y osteoporosis con fractura lumbar previa. Seguía tratamiento con Adiro[®], atorvastatina, rasagilina, bisoprolol, clortalidona, lorazepam y levodopa/carbidopa.

Funcionalmente, era dependiente para la ducha y vestido (índice de Barthel: 85/100). Caminaba con andador y supervisión, sin salvar escaleras (FAC 3). Deterioro cognitivo moderado de probable etiología mixta.

Es trasladado al hospital por caída casual en la residencia, dolor e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo (MII). En urgencias se encontraba clínica y hemodinámicamente estable, con el MII acortado. En la TAC pélvica se objetivó fractura complicada de cotilo y rama isquiopubiana izquierda. Al sexto día del ingreso, ante el desarrollo de un cuadro confusional agudo hiperactivo se solicitó interconsulta a geriatría para control del mismo, manejo de la comorbilidad y detección de potenciales complicaciones. A partir de entonces, el geriatra realizó visitas diarias, colaborando en la coordinación del caso y en la toma de decisiones.

Al décimo día del ingreso se realizó la intervención quirúrgica (tipo RAFI), objetivándose hematoma periarticular coxofemoral y pélvico de coloración parduzca, en cuya muestra se aísla —3 días después— *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR). Al tercer día del postoperatorio, presentó pico febril, inestabilidad respiratoria, empeoramiento del cuadro confusional, severa elevación de reactantes de fase aguda e infiltrado neumónico en el lóbulo superior izquierdo. Ante la sospecha de sepsis mixta (respiratoria con probable bacteriemia en contexto de hematoma sobreinfectado) se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam y vancomicina. En menos de 24 h se aisló SAMR en todos los hemocultivos extraídos (1.º). Se mantuvo antibioterapia y se realizó estudio de extensión de bacteriemia: ecocardiograma transtorá-

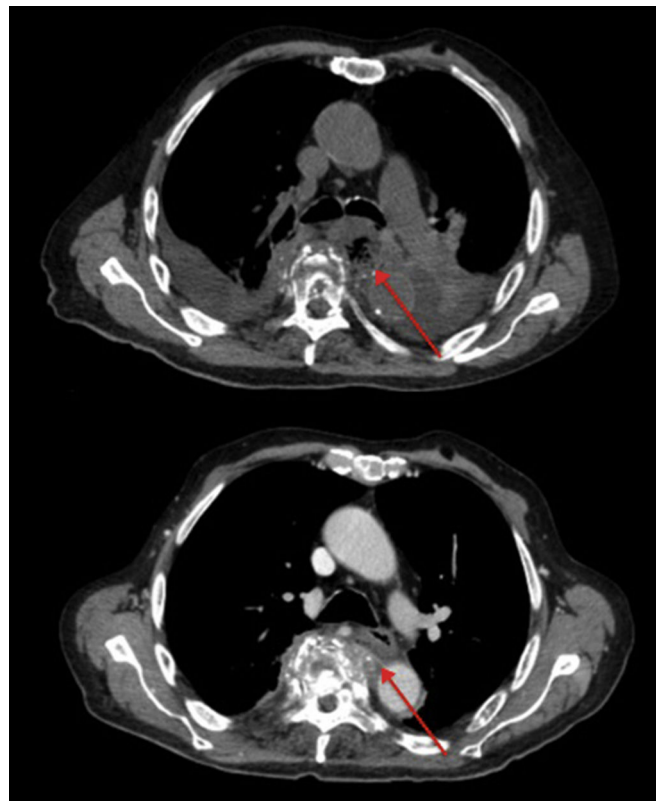


Figura 1. TAC, Corte transversal. T10-T11. Imagen superior: fractura vertebral y extenso absceso (flecha) localizado en mediastino posterior y retroesofágico que alcanzaba una extensión cráneo-caudal de hasta 10 cm. Imagen inferior (realizada 4 semanas después de cumplir tratamiento antibiótico) fractura vertebral y restos retroesofágicos abscesificados (flecha) en resolución.

cico (sin acceso transesofágico por deseo familiar), TAC craneal y estudio de fondo de ojo, que descartaron otros focos infecciosos.

Tras 7 días de tratamiento con vancomicina se aisló de nuevo SAMR en hemocultivos (2.º). Se rotó a daptomicina y en la TAC Body se evidenció fractura vertebral (T6) reciente y múltiples abscesos (retroesofágico-mediastínico de 10 cm de extensión cráneo-caudal, perivertebrales y en músculo psoas izquierdo) (fig. 1). Nuevos hemocultivos (3.º) fueron positivos para SAMR, por lo que se potenció antibioterapia con rifampicina.

Cinco días después del último ajuste de antibiótico, el paciente presentó paresia aguda de miembros inferiores. En la RMN se evidenció espondilodiscitis aguda con compresión y deformación medular a nivel T5-T6. Dada su situación clínica, comorbilidad y alta complejidad quirúrgica, se decidió —previo consenso con

familiares— manejo conservador. Se desestimó tratamiento rehabilitador específico por la severa afectación de la vía piramidal.

Tras 4 semanas de antibioterapia intravenosa se consiguió negativización en los 4.º hemocultivos extraídos y reducción del tamaño de los abscesos en la TAC Body control (fig. 1). El paciente presentó mejoría del cuadro confusional, permitiendo reducción de neuroléptico hasta su retirada previo al alta. Tras ingreso prolongado (2 meses) se mantuvo antibioterapia oral con trimetoprim/sulfametoxazol y rifampicina de manera indefinida hasta nuevo control en consultas de microbiología. Sin embargo, dada la severa afectación neurológica, el paciente desarrolló síndrome de inmovilidad y deterioro funcional severo que mantiene a día de hoy, 4 meses después del alta.

La incidencia de la espondilitis infecciosa (EI) es de 2,4 casos por cada 100.000 habitantes, incrementándose con la edad⁴. Representa el 3–5% del total de osteomielitis⁵. Suele deberse a la diseminación hematogena de microorganismos desde otros focos infecciosos, siendo el agente más frecuente el SAMR, aunque durante los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia por SAMR, explicado por el aumento generalizado del microorganismo en ambiente hospitalario y comunidad^{4,6}. El tratamiento antibiótico de primera línea continúa siendo la vancomicina, requiriendo rotación a daptomicina, rifampicina o linezolid en caso de bacteriemias persistentes o cepas resistentes⁷. En los últimos años se han desarrollado otros agentes como la dalbavancina y la ceftarolina^{7,8}.

Hay descritos casos de EI por SAMR con afectación metastásica y formación de abscesos^{4,9}. Sin embargo, este caso destaca por su complejidad, debida a la agresividad del SAMR (que condicionó una bacteriemia persistente y múltiples metástasis sépticas) y por la comorbilidad del paciente (desnutrición proteica, fragilidad y deterioro funcional).

Bibliografía

1. Kannus P, Palvanen M, Parkkari J, Niemi S, Järvinen M. Osteoporotic pelvic fractures in elderly women. *Osteoporos Int*. 2005;16:1304–5.
2. Leslie MP, Baumgaertner MR. Osteoporotic pelvic ring injuries. *Orthop Clin N Am*. 2013;44:217–24.
3. Whitehouse K, Horne S, Gay D. Psoas abscess secondary to haematoma after a fall causing multiple osteoporotic fractures. *BMJ Case Reports* 2012;2012:doi:10.1136/bcr-2012-006846.
4. Zimmerli Z. Vertebral osteomyelitis. *N Engl J Med*. 2010;362:1022–9.
5. Sur A, Tsang K, Brown M, Tzerakis N. Management of adult spontaneous spondylodiscitis and its rising incidence. *Ann R Coll Surg Engl*. 2015;6:451–5.
6. Park KH, Chong YP, Kim SH, Lee SO, Choi SH, Lee MS, et al. Clinical characteristics and therapeutic outcomes of hematogenous vertebral osteomyelitis caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Infect*. 2013;67:556–64.
7. Holubar M, Meng L, Deresinski S. Bacteremia due to methicillin resistant *Staphylococcus aureus*: New therapeutic approaches. *Infect Dis Clin N Am*. 2016;30:491–507.
8. Roberts KD, Sulaiman RM, Ryback MJ. Dalvabancin and oritavancin an innovative approach to the treatment of grampositive infections. *Pharmacotherapy*. 2015;10:935–48.
9. Chen Y, Singh A, Long YA, Chee YH. "How to deal with this, that and the other?" An orthopaedic surgeon's unexpected encounter with a trio of problems in an elderly man. *BMJ Case Rep* 2014;2014:doi:10.1136/bcr-2014-206274.

Nicolas M. González Senac*, Vicente Romero Estarlich, Eugenio Marañón Fernández y Jose Antonio Serra Rexach

Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nic.gsenac@gmail.com (N.M. González Senac).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.006>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Metástasis en coraza de carcinoma de mama simulando dermatitis en paciente octogenaria



Breast carcinoma en cuirasse simulating dermatitis in an octogenarian patient

Las metástasis cutáneas son relativamente infrecuentes, apareciendo únicamente en un 0,6–10,4% de los pacientes con neoplasias internas¹. El cáncer de mama es la neoplasia que más frecuentemente metastatiza en piel y en ocasiones estas metástasis adquieren formas clínicas peculiares que pueden simular dermatitis, placas morfeiformes, erisipelas o incluso adoptar una disposición zosteriforme. Por esta razón es necesario un alto índice de sospecha clínica para detectarlas en estadios iniciales que permitan un mejor pronóstico para los pacientes.

Presentamos el caso de una mujer de 84 años que fue remitida al servicio de Urgencias de nuestro hospital por lesiones cutáneas en región torácica izquierda de unos meses de evolución que habían sido diagnosticadas como dermatitis y que no mejoraban con tratamiento corticoideo tópico. La paciente tenía antecedentes de cáncer de mama, por el que se le realizó mastectomía radical modificada izquierda con linfadenectomía ipsilateral 7 años antes. El estudio anatomopatológico inicial reveló la presencia de un carcinoma ductal infiltrante de mama, con un tamaño de 1,9 cm. En el estudio inmunohistoquímico se apreciaban receptores de estrógenos 3+/3+ en el 95% de las células tumorales con receptores de progesterona 3+/3+ en el 4% y Her2 0/3+. El índice de proliferación Ki 67 fue del 65%. No se evidenció afectación ganglionar en ninguno de los

16 ganglios analizados. Tras la cirugía la paciente estuvo en tratamiento adyuvante durante 5 años con anastrozol, con controles de manera semestral que suspendió en el año 2015 por encontrarse institucionalizada.

A la exploración física en Urgencias se apreciaban lesiones en forma de placas eritematovioláceas, infiltradas al tacto, situadas en la región de la mastectomía previa, con alguna lesión papular satélite hacia la zona mamaria derecha y hacia la axila (fig. 1). Además se palpaba una adenopatía pétreca en la axila izquierda. Con sospecha de metástasis en coraza de carcinoma de mama, se realizó biopsia cutánea para confirmar la sospecha, que reveló la presencia de metástasis de carcinoma lobulillar con receptores de estrógenos, progesterona y Her2 negativos (triple negativo). La paciente fue remitida a Oncología, donde se amplió el estudio de extensión revelando una masa adenopática metastásica en la axila izquierda. Dada la imposibilidad de volver a la hormonoterapia por la negativización de los receptores de estrógenos y progesterona, se planteó la posibilidad de iniciar quimioterapia, que fue desestimada por la paciente y sus familiares tras la información de los efectos adversos del tratamiento.

El carcinoma en coraza es una variedad clinicopatológica reconocida de metástasis cutánea descrita por Velpeau en 1838 como una placa tumoral envolviendo la pared abdominal y torácica². La presentación primaria de un carcinoma de mama con metástasis en coraza es rara, siendo más frecuente que aparezca, como en nuestro caso, como una forma de recidiva tumoral³. Clínicamente aparece como papulonódulos o placas induradas frecuentemente en la región torácica. En histología es frecuente observar una fibro-