

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 hematógena 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 continua 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 pétreas 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-



Figura 1. En la zona de mastectomía radical previa se observa placa eritematosa, indurada, con zonas de coloración violácea y lesiones papulares satélite, junto con adenopatía axilar izquierda.

sis intensa con hileras de células tumorales localizadas entre los haces de colágeno, que en ocasiones pueden ser confundidas con fibroblastos. Esta fibrosis histológica dificulta el tratamiento ya que la mala vascularización impide la llegada de la quimioterapia, utilizándose en muchos casos tratamientos paliativos con radioterapia e incluso injertos de piel y corticoides potentes si existe un prurito muy molesto para el paciente⁴.

La patogénesis no está clara, aunque se ha postulado que el origen común ectodérmico del tejido mamario y del cutáneo podría influir en el tropismo de las metástasis mamarias por la piel⁵.

Un hecho destacable en el presente caso y que, aunque no es frecuente, tiene gran influencia en el pronóstico y el tratamiento es la discordancia entre la positividad de los receptores hormonales en el tumor primario y la negatividad en la biopsia de la recidiva. Esto tiene implicaciones importantes a la hora de elegir la quimioterapia más adecuada, y en el caso de pacientes ancianas, en quienes las toxicidades son muy limitantes, el hecho de no poder volver a dar hormonoterapia tiene una gran relevancia ya que nos hizo decantarnos por un tratamiento paliativo. Un metaanálisis reciente de

Aurilio et al. ponía de manifiesto que estos cambios en los receptores pueden ocurrir a lo largo de la historia natural del cáncer de mama y que, como hemos indicado, tienen relevancia en el pronóstico y la elección del tratamiento, siendo necesario en muchas ocasiones repetir la biopsia en caso de recidivas⁶.

Como conclusión, presentamos un caso de carcinoma metastásico de mama en coraza en una paciente octogenaria, que por su forma de presentación fue confundido durante los primeros meses con una dermatitis, retrasando su correcto diagnóstico. Se trata de un caso poco frecuente, por el cambio de la positividad de los receptores hormonales del tumor primario a la negatividad de la metástasis, complicando el manejo y recalando la importancia de la biopsia en estos pacientes.

Bibliografía

1. Chopra R, Chhabra S, Samra SG, Thami GP, Punia RP, Mohan H. Cutaneous metastases of internal malignancies: A clinicopathologic study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:125-31.
2. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:161-82.
3. Lauren CT, Antonov NK, McGee JS, de Vinck DC, Hibshoosh H, Grossman ME. Carcinoma en cuirasse caused by pleomorphic lobular carcinoma of the breast in a man. *JAAD Case Rep.* 2016;13:317-9.
4. Mullinax K, Cohen JB. Carcinoma en cuirasse presenting as keloids of the chest. *Dermatol Surg.* 2004;30:226-8.
5. Rolz-Cruz G, Kim CC. Tumor invasion of the skin. *Dermatol Clin.* 2008;26:89-102.
6. Aurilio G, Disalvatore D, Pruneri G, Bagnardi V, Viale G, Curigliano G, et al. A meta-analysis of oestrogen receptor, progesterone receptor and human epidermal growth factor receptor 2 discordance between primary breast cancer and metastases. *Eur J Cancer.* 2014;50:277-89.

Lucía Prieto-Torres^{a,*}, Patricia Iranzo^b, Javier Sanchez-Bernal^a y Laura Manuela Murillo-Jaso^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucia14.prie@msn.com (L. Prieto-Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.007>

0211-139X/

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

Ictus isquémico como presentación infrecuente de una arteritis de células gigantes en el paciente anciano



Ischemic stroke as an infrequent presentation of giant cell arteritis in the elderly patient

La arteritis de células gigantes es una vasculitis granulomatosa de grandes vasos, cuya inflamación arterial provoca una hiperplasia intimal que se traduce en estenosis y oclusión vascular, responsable de la clínica clásica, así como eventos isquémicos cerebrales siendo esta una asociación infrecuente en su presentación clínica.

Varón de 75 años sin alergias medicamentosas, ausencia de hábitos tóxicos, no presentaba enfermedad médica ni quirúrgica conocida a excepción de una amaurosis fugax del ojo izquierdo diagnosticado en urgencias 3 meses previos a la consulta actual, desde

entonces seguía tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg/día y omeprazol 20 mg/24 h sin realizarse más estudios. Valoración geriátrica integral: a) escala de Lawton-Brody para actividades instrumentales: 8 (rango de puntuación: 0-8); b) test de Pfeiffer: 1 error (rango de puntuación: 0-10); c) escala de Yesavage: 5 (rango de puntuación: 0-15), y d) escala de valoración socio-familiar de Gijón: 8 (rango de puntuación: 5-25).

Remitido a urgencias al ser encontrado por su sobrino en el suelo de su domicilio con dificultad para hablar y aparente disminución de movilidad del hemicuero derecho. El paciente refería astenia e hiporexia de un mes de evolución, así como dolor cervical izquierdo no relacionado con los movimientos que trataba con paracetamol sin mejoría.

En la exploración destacaba tensión arterial 149/96 mmHg, frecuencia cardíaca de 69 lpm, saturación basal de oxígeno del 97%. Con carácter general presentaba una exploración sin hallazgos patológicos a excepción de palpación indurada y sin apreciarse