

actínicas y enfermedad de Bowen⁴. El desarrollo de lesiones precancerosas y carcinoma cutáneo *in situ* son hechos ampliamente reconocidos en la literatura; en cambio la aparición de un carcinoma epidermoide o un CBC constituye un hallazgo excepcional⁵.

A día de hoy, el mecanismo de la carcinogénesis cutánea por arsénico continúa siendo objeto de debate. Se han detectado fenómenos de proliferación aberrante, producción de radicales libres de oxígeno, liberación de citocinas proinflamatorias, deterioro de la función supresora de tumores p53 y agravamiento de los efectos procarcinógenos de la radiación ultravioleta A y B⁶.

El diagnóstico inicial del CBC es clínico y se confirma mediante el estudio histopatológico de la lesión. Se distinguen varios subtipos de CBC entre los que se incluye la variante nodular, superficial, morfeiforme y tipo Pinkus, cada uno de ellos con una clínica característica^{1,2}. La dermatoscopia constituye a día de hoy una herramienta muy útil en el diagnóstico de este tipo de lesiones².

Los grupos pronósticos de CBC se definen según la probabilidad de curación, la cual depende de varios factores: localización, tamaño, márgenes clínicos, subtipo histológico y fracaso del tratamiento previo, entre otros. En general, el pronóstico de este tipo de lesiones es bueno, con un alto índice de curaciones tras un tratamiento adecuado².

Respecto al tratamiento, la extirpación quirúrgica con margen variable es el tratamiento de elección al que deben de compararse otras técnicas. Estos márgenes variaran dependiendo de las características tumorales y de la anatomía local¹⁻³. La cirugía micrográfica de Mohs, el curetaje y posterior electrocauterización, la criocirugía, la radioterapia, la terapia fotodinámica u otros tratamientos tópicos como el 5-fluorouracilo o imiquimod forman parte del arsenal terapéutico que podremos utilizar en nuestros pacientes². En los últimos años se han desarrollado nuevas moléculas para el tratamiento del CBC, entre ellas el vismodegib, inhibidor sintético de señalización de la vía del erizo (*Hedgehog*) y aprobado para el tratamiento del CBC localmente avanzado y metastásico⁷. Dada la amplia gama de opciones terapéuticas, los tratamientos pueden ser personalizados para lograr los objetivos del paciente dentro de su expectativa de vida esperada.

El CBC es una enfermedad con una alta prevalencia en la población actual, en particular en la población anciana. El conocimiento

de los factores de riesgo acompañado de una buena exploración física puede ponernos en alerta ante este tipo de lesiones, permitiendo un tratamiento precoz y mejorando el pronóstico de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Trakatelli M, Ulrich C, del Marmol V, Euvrard S, Stockfleth E, Abeni D. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in Europe: Accurate and comparable data are needed for effective public health monitoring and interventions. *Br J Dermatol*. 2007;156:1-7.
2. Trakatelli M, Morton C, Nagore E, Ulrich C, del Marmol V, Peris K, et al. Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. *Eur J Dermatol*. 2014;24:312-29.
3. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2005;353:2262-9.
4. Chen CJ, Hsu LI, Wang CH, Shih WL, Hsu YH, Tseng MP, et al. Biomarkers of exposure, effect, and susceptibility of arsenic induced health hazards in Taiwan. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2005;206:198-206.
5. Lansdown AB. Metal ions affecting the skin and eyes. *Met Ions Life Sci*. 2011;8:187-246.
6. Yu HS, Liao WT, Chai CY. Arsenic carcinogenesis in the skin. *J Biomed Sci*. 2006;13:657-66.
7. Sekulic A, Migden MR, Oro AE, Dirix L, Lewis KD, Hainsworth JD, et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2012;366:2171-9.

José Luis Agudo-Mena^{a,*}, José Manuel Azaña-Defez^a,
Eva María García-Atienza^b y María Encarnación Gómez-Sánchez^c

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Gerencia de Atención Integrada, Centro de Salud Zona VIII, Albacete, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital General de Villarrobledo, Villarrobledo, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agudo.mena@gmail.com (J.L. Agudo-Mena).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.001>
0211-139X/

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

Valoración y propuesta de intervención geriátrica en una paciente con linfoma B difuso de células grandes



Comprehensive geriatric assessment and intervention proposal in a patient with a diffuse large B-cell lymphoma

El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) es un linfoma no Hodgkin (LNH) de fenotipo B y gran agresividad. Constituye el 80% de los linfomas agresivos y el 30-35% de todos los LNH en el adulto. Es el linfoma más frecuente en la edad adulta, seguido del linfoma folicular¹. Se trata de una enfermedad propia del paciente anciano, con una edad mediana al diagnóstico de 70 años y con un predominio en los varones. Los pacientes ancianos con pluriopatología, deterioro funcional asociado, alteraciones en la esfera mental o fragilidad social, reúnen un conjunto de factores de mal pronóstico que van a condicionar un reto para el abordaje y éxito terapéutico².

Mujer de 81 años que acudió a consultas externas de hematología tras haber sido dada de alta del servicio de medicina interna para completar estudio tras ser diagnosticada de linfoma B difuso

de células grandes, a partir de un cuadro constitucional de 3 meses de evolución, con hiporexia y pérdida de unos 9 kg de peso, así como distensión abdominal y dolor de características mixtas en hipogastrio y escasa respuesta al tratamiento analgésico.

Destacaban hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, obesidad mórbida, probable SAHOS, fibrilación auricular paroxística, osteoporosis con aplastamientos de vértebras lumbares, carcinoma ductal infiltrante de mama derecha T1N0M0 intervenido y tratado con quimioterapia adyuvante esquema FEC y radioterapia 5 años antes, síndrome depresivo e insomnio.

En la exploración física se encontró un aumento del perímetro abdominal con signos de ascitis. Se descartó la presencia de adenopatías palpables y visceromegalias. En la analítica destacaban una VSG de 103 mm, discreta anemia normocítica-normocrómica hiperregenerativa, un frotis de sangre periférica sin alteraciones salvo anisopoiquilocitosis y bioquímica con ligera elevación de GOT, GPT y gamma-GT, y LDH francamente elevada. Las serologías virales resultaron negativas, así como de *Toxoplasma*, *Leishmania* y *Rickettsia*. En el Body-TC inicial se hallaron bloques adenopáticos mesentéricos y retroperitoneales, haciéndose biopsia por laparoscopia que llevó al diagnóstico de LBDCG probable, que finalmente

se confirmó tras haber completado las pruebas complementarias una vez ingresada en planta de hematología, con PET/TC informado como proceso linfoproliferativo con extensa afectación extranodal peritoneal, tejido subcutáneo y médula ósea multifocal, y nodal supra e infradiaphragmático, voluminosa ascitis y derrame pleural izquierdo, llegando finalmente al diagnóstico de LBDCG tipo centroblastico estadio IV, IPI de alto riesgo.

Valoración geriátrica integral

Funcional

Previamente tenía un índice de Barthel modificado de 100, sin embargo presentó un deterioro funcional subagudo secundario al ingreso hospitalario en el servicio de medicina interna por seudooclusión intestinal en el mes previo a partir de lo cual tenía un índice de Barthel modificado de 69 (precisaba continua ayuda en baño y escaleras, moderada ayuda en vestido y transferencias, incontinencia fecal de urgencia) y no salía a la calle. Tenía un SPPB moderadamente deteriorado (*Gait Speed*: 8,10 s → 2 p; *Chair StandUp Test*: 19,17 s → 1 p; *Balance Test*: 2 p).

Mental

Pfeiffer 2/10. Sin trastorno cognitivo previo, sin embargo, el esposo refería mínimos fallos de memoria a corto plazo de meses de evolución. Sin trastornos del comportamiento. Insomnio de conciliación y mantenimiento reactivo, rumiación, mala percepción de descanso. Irregular respuesta a benzodiazepinas. Trastorno depresivo reactivo con EVA basal 9/10 con labilidad, anhedonia y apatía severas.

Social

En el ámbito social vivía en un segundo piso sin ascensor, con su esposo de similar edad y recién diagnosticado de una neoplasia de pulmón pendiente de iniciar tratamiento oncoespecífico, y tenía un hijo no pendiente. Ningún recurso social concedido.

Comorbilidad

CIRS-G (vascular 2 p + endocrino 2 p + neo mama 2 p + musculoesquelético 3 p + GI alto 2 p + GI bajo 2 p: total 13 puntos con dominio con puntuación elevada). Charlson: 4 puntos. Resultados equivalentes a una comorbilidad elevada.

Nutrición

Presentó una pérdida peso de 9 kg en 3 meses con un IMC 43,55 en el momento de la evaluación, así como anorexia grado 2 con náuseas diarias con empeoramiento tras la ingesta y epigastralgia frecuente con sensación de plenitud.

La propuesta de intervención derivada de los síndromes geriátricos (tabla 1) hallados, orientada a la mejoría clínica y funcional de la paciente y a la optimización del tratamiento médico concomitante al tratamiento oncohematológico específico, consistió en:

1. Ajuste analgésico con pauta completa de primer escalón alterna y opioides menores a demanda, así como interconsulta preferente al servicio de curas paliativas del centro para ajuste futuro ante la alta probabilidad de necesidad de opioides mayores.
2. Sustitución del diazepam que tomaba la paciente por un neuroléptico de segunda generación para tratamiento del insomnio con componente rumiativo.
3. Inicio de antidepresivo, a valorar un ISRS tipo sertralina o un fármaco dual tipo venlafaxina por la intensa apatía de la paciente.

Tabla 1
Síndromes geriátricos

Polifarmacia	13 fármacos
Dolor	<i>Características mixtas:</i> Hipogastrio <i>Nociceptivo somático:</i> Rodilla izquierda Irregular control con analgesia pautada
Alteración del ritmo intestinal/incontinencia	Diarrea + incontinencia fecal diaria de urgencia de unos 2 meses de evolución
Alteración sensorial	Ocular parcial corregida
Riesgo de caídas	Obesidad + deterioro funcional
Riesgo de UPP	Inmovilismo
Trastorno depresivo	Reactivo severo
Insomnio	Reactivo conciliación + mantenimiento
Fragilidad social	Enfermedad del cuidador principal. No recursos sociales

4. Programa de defecaciones programadas e intento terapéutico con probiótico para evitar la incontinencia y urgencia fecal en probable relación a infiltración linfomatoso.
5. Ajuste de insulino terapia y antidiabéticos orales por mal control del tratamiento con tendencia a la hipoglucemia matutina, y consejos dietéticos e interconsulta a servicio de nutrición por obesidad.
6. Consejos de adecuación de la vivienda por elevado riesgo de caídas.
7. Consulta a trabajo social para iniciar trámites de solicitud de ley de dependencia y recursos sociales tipo ingreso para convalecencia y recuperación del primer ciclo de quimioterapia en centro sociosanitario.

La paciente recibió tratamiento oncoespecífico durante el ingreso hospitalario con esquema rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona (R-CHOP), con dosis ajustada y fraccionada debido a la alta carga tumoral y mal estado general del paciente³. Como complicaciones inmediatas presentó un cuadro de edema agudo de pulmón y síndrome febril de origen respiratorio que se trató con tratamiento deplectivo intravenoso y antibioterapia de amplio espectro con buena evolución clínica, siendo finalmente alta a centro sociosanitario.

El interés del caso clínico se centra en la marcada pluripatología, deterioro funcional de reciente aparición, alteración afectiva reactiva a la situación clínica y funcional y fragilidad social que presenta la paciente en el momento del diagnóstico de la hemopatía maligna, que la convierten en una paciente candidata a un abordaje integral desde el punto de vista geriátrico y colaborativo con el hematólogo clínico encargado del tratamiento oncoespecífico, para conseguir una optimización del tratamiento médico y una conciliación de la medicación con atención a la polifarmacia. A la vez, la participación geriátrica permitiría una intervención precoz a nivel del trastorno afectivo reactivo y alteración del patrón de descanso, abordaje del dolor y tratamiento correcto para disminuir su impacto a nivel del deterioro funcional, favorecimiento de los cauces de comunicación con atención primaria para asegurar un correcto soporte y seguimiento en domicilio, inicio de la gestión de recursos sociales para facilitar la correcta red de soporte y localización al alta, así como tratar de reducir las complicaciones precoces y el reingreso precoz⁴.

Una valoración integral del anciano asegura una atención adecuada y por tanto, para conseguir los mejores resultados terapéuticos posibles⁵⁻⁷, probablemente deberíamos considerar el abordaje integral del paciente de edad avanzada con enfermedad oncohematológica por parte de un equipo multidisciplinar que cuente con la participación de un geriatra, como el camino correcto a seguir.

Agradecimientos

A Concha Boqué y Maite Antonio, de los Servicios de Hematología Clínica y Oncología del Instituto Catalán de Oncología de Hospitalet de Llobregat, y a mis compañeros del Servicio de Geriatria del Hospital Central de Cruz Roja.

Bibliografía

1. Khosravi Shahi P, Pérez Manga G. Linfoma B difuso de células grandes. *Med Clin*. 2006;127:17–21.
2. Saldaña Cañada J, Yuste Marco A, Germà Lluch JR. Importancia de la valoración geriátrica en las personas mayores con cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:121–2.
3. Lenz G, Staudt LM. Aggressive lymphomas. *N Engl J Med*. 2010;362:1417–29.
4. Antonio M, Saldaña J, Formiga F, Lozano A, González-Barboteo J, Fernández P, et al. Jornada de Nacional de Oncogeriatría: Primera Reunión Nacional de Trabajo

- Multidisciplinar en Oncogeriatría: documento de consenso. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:279–83.
5. Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *Nutr Hosp*. 2016;33 Supl. 1:S31–9.
 6. Hurria A. Geriatric assessment in oncology practice. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:246–9.
 7. Balducci L. Geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003;46:211–20.

Carolina Palicio Martínez

Servicio de Geriatria, Hospital Central Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

Correo electrónico: carolinapalicio302@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.04.010>
0211-139X/

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

Valoración funcional del anciano en atención primaria mediante el test «SPPB»



Functional evaluation of the elderly in primary care using the Short Physical Performance Battery

Las medidas objetivas del desempeño físico permiten clasificar el nivel de funcionamiento físico de las personas mayores a lo largo de todo el espectro funcional¹. Una de las medidas más empleadas en la investigación es la Short Physical Performance Battery (SPPB)². Estudios epidemiológicos longitudinales han mostrado su capacidad para predecir importantes resultados: dependencia, institucionalización, hospitalización y mortalidad³. Sin embargo, su uso en la práctica clínica es escaso, posiblemente por la percepción por parte del clínico de que la administración de estos test requiere un espacio amplio, equipamientos especiales o disponer de demasiado tiempo para su administración.

A continuación, nos gustaría presentar los resultados de un estudio descriptivo transversal realizado a 77 pacientes mayores de 70 años que acudieron a consulta de su médico de familia por cualquier motivo. Se les realizó la batería de pruebas SPPB y los valores analíticos (calcio, albúmina y vitamina D). Se consideraron pre-frágiles a los que obtuvieron una puntuación en la batería SPPB inferior a 10 puntos⁴. El test SPPB2 es un test de ejecución que mide equilibrio, velocidad de marcha y fuerza según protocolo de Guralnik (0 a 4 por test y puntos máximos 12)^{5–7}.

Los resultados obtenidos muestran que el 67,5% de la muestra estudiada presentaba una puntuación en SPPB < 10 puntos, la puntuación global media del test de $7,75 \pm 2,72$ puntos. La puntuación global fue significativamente menor ($p < 0,05$) en los pacientes de más de 80 años ($6,37 \pm 2,73$ puntos) que en aquellos entre 70–75 años ($8,71 \pm 2,53$) y en aquellos entre 76–80 años ($8,11 \pm 2,41$). No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres.

Tabla 1

Correlación entre las partes del test SPPB y la puntuación total de dicho test

	Coefficiente de correlación de Pearson	Valor de p
Equilibrio (total)	0,72	<0,05
Pies juntos (0-1)	0,43	<0,05
½ tándem (0-1)	0,42	<0,05
Tándem (0-2)	0,66	<0,05
Velocidad andar 4 m	0,74	<0,05
Fuerza silla 5 veces	0,57	<0,05

SPPB: Short Physical Performance Battery.

El tiempo medio para la realización del test fue de $6,7 \pm 2$ min ($2,8 \pm 1$ min para el test de ejecución donde se mide equilibrio, $1,9 \pm 0,5$ min para velocidad de marcha y $2,0 \pm 0,5$ min para la fuerza de miembros inferiores según protocolo de Guralnik).

Respecto a la correlación entre las partes del test SPPB y la puntuación total de dicho test (tabla 1) se aprecia que la velocidad al andar 4 m es la parte que más correlación tiene (coeficiente de correlación de Pearson: 0,74) con la puntuación global del test. No obstante, todos los apartados del test mostraron una correlación significativa con la puntuación global ($p < 0,05$). Los niveles medios de vitamina D fueron de $18,34 \pm 10,79$ ng/ml, los de calcio $9,56 \pm 0,52$ mg/dl y los de albúmina $4,57 \pm 0,94$ mg/dl. No se ha encontrado correlación significativa entre los niveles de vitamina D, calcio o albúmina con la puntuación total en el test SPPB⁸.

A modo de discusión un hallazgo obtenido que consideramos de gran interés es el que surge tras correlacionar las 3 partes del test SPPB y la puntuación total de dicho test. Se aprecia que la velocidad al andar 4 m es la parte que más correlación tiene (coeficiente de correlación de Pearson: 0,74) con la puntuación global del test. Esto nos hace proponer, que debido al escaso tiempo que tenemos habitualmente en las consultas, con realizar solo la parte «velocidad andar 4 m» del test SPPB podemos obtener una valoración fiable de la capacidad funcional del anciano y su vulnerabilidad, con una inversión de tiempo muy escasa, ya que si para el test completo se han precisado $6,7 \pm 2$ min, para la parte de andar 4 m se han precisado aproximadamente 2 min, tiempo asumible en una consulta de atención primaria habitual.

Como conclusiones se puede afirmar que el porcentaje de pacientes pre-frágiles por encima de 70 años es muy alto⁹. Se propone la utilización del subtest de velocidad de la marcha ($1,9 \pm 0,5$ min) en aquellos cupos más saturados, al presentar la relación lineal directa más fuerte con la realización completa del test SPPB, tal como se establece en la Estrategia Nacional de Prevención de la Fragilidad⁴.

Bibliografía

1. Kameyama K, Tsutou A, Fujino H. The relationship between health-related quality of life and higher-level functional capacity in elderly women with mild cognitive impairment. *J Phys Ther Sci*. 2016;28:1312–7.
2. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: Associa-