

nefrótico) y en otros local (tumor pélvico, traumatismos, infección, obstrucción o compresión venosa)<sup>1</sup>.

La retención urinaria (RU) es un proceso frecuente, estimándose su incidencia anual en el 0,8% de los ancianos<sup>2</sup>. Las causas de RU en el anciano son variadas y a menudo coexisten varias<sup>3</sup>. En presencia de un volumen residual importante, la RU puede originar compresión de las estructuras pélvicas adyacentes: el recto-sigma (causando pseudoestenosis y obstrucción) o las venas ilíacas (derecha, izquierda o ambas), provocando un cuadro de pseudo-TVP<sup>4,5</sup> o incluso verdadera TVP<sup>6</sup>. En este último caso, la estasis venosa y la lesión de la pared vascular por la compresión vesical serían los factores desencadenantes.

Carlsson y Garsten<sup>7</sup> publicaron el primer caso de obstrucción de las venas ilíacas por compresión vesical en 1960. Con posterioridad se han publicado algunos casos más en lengua inglesa (trece según nuestra revisión), pero no hemos encontrado ninguno en español.

Nuestro paciente, con clínica antigua de demencia con perfil vascular, diabetes mellitus e hipotiroidismo, presentaba un cuadro clínico de hinchazón en MÍD desde más de un mes antes de su ingreso en nuestra unidad. Durante este tiempo se le había practicado ecografía Doppler de ese miembro, sin encontrar evidencia de TVP, y se habían detectado valores moderadamente elevados de urea y creatinina.

Aunque no disponemos de documentación gráfica que demuestre el mecanismo fisiopatológico implicado, como en el caso de Kassem y Friedman<sup>8</sup> (a nuestro juicio no estaban indicadas otras pruebas de imagen radiográfica en ese momento), estimamos que la ausencia de signos ecográficos de TVP —recogidos de informe previo— y de datos de enfermedades sistémicas capaces de provocar edema, junto con la rápida resolución de la clínica tras la evacuación de más de 3.000 cm<sup>3</sup>

doi:10.1016/j.regg.2009.07.010

de orina, y la normalización de la función renal son datos que apoyan firmemente nuestro razonamiento.

## Bibliografía

- Ciocan JO, Fernández BB, Ciocan DG. Leg edema: Clinical clues to the differential diagnosis. *Geriatrics*. 1993;48:34-40.
- Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E, Rimm ES, Stampfer MJ, Kawachi I. Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: The health professional's follow up study. *J Urol*. 1999;162:376-82.
- Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, editor. *Tratado de Geriatría para residentes*. Madrid: IM&C; 2007. p. 157-9.
- Ducharme SE, Herring D, Tripp HF. Unilateral iliac vein occlusion, caused by bladder enlargement, simulating deep venous thrombosis. *J Vasc Surg*. 1999;29:724-6.
- Sun I, Seong-Hoon L, Ho-Jong C, Young-Jin K, Byung-Woo Y, Hye-Won K. Leg edema with deep venous thrombosis-like symptoms as an unusual complication of occult bladder distension and right May-Thurner syndrome in a stroke patient: A case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90:886-90.
- Meinardi JR, Kremer J, Van der Meer J. Deep vein thrombosis associated with distension of the urinary bladder due to benign prostatic hypertrophy. A case report. *Neth J Med*. 2004;62:137-8.
- Carlsson E, Garsten P. Compression of the common iliac vessels by dilatation of the bladder: Report of a case. *Acta Radiol*. 1960;53:449.
- Kassem S, Friedman G. Subacute urinary retention. *N Engl J Med*. 2006;354:6.

Lucas Ruiz Peñalba \*, Emilia López Lirola, María Pageo Giménez y Pilar Chamorro García

Unidad de Gestión Clínica "Paciente frágil", Servicio Andaluz de Salud, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucas.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es  
(L. Ruiz Peñalba).

Se realizó reamputación del muñón, desarrolló un cuadro séptico con necesidad de drogas vasoactivas (cultivo exudado del muñón, *Staphylococcus aureus* meticilin resistente y *Escherichia coli* con betalactamasas de espectro extendido), un cuadro de disnea interpretado como insuficiencia cardíaca, deterioro de función renal, diarrea (colonoscopia normal) y delirium.

Ante la evolución tórpida, se realizó interconsulta con Geriatría: objetivamos PCR de 17,3 mg/dl y VSG de 130 mm/h; en la TAC torácica, derrame pleural bilateral (exudado, con citología negativa para las células malignas y cultivo y Ziehl-Neelsen negativos) y derrame pericárdico moderado con buena fracción de eyección y sin signos de taponamiento ni endocarditis en ecocardiografía transesofágica; proteinuria en rango no nefrótico (2,45 g en 24 h); retención aguda de orina, insuficiencia renal (creatinina de 2,53 mg/dl); desnutrición proteicocalórica tipo Kwashiorkor, y trastorno adaptativo depresivo. Desarrolló episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida e insuficiencia cardíaca que precisó digitalización y diuréticos, y cuadro de pancitopenia que precisó transfusión de dos concentrados de hematíes y la administración de factor estimulante de colonias. Se normalizó la función renal.

Solicitamos estudio de inmunidad: inmunoglobulinas (Ig) A, G, M y E total normales. C3 de 59,22 mg/dl (90-180) y C4 de 5,93 mg/dl (10-40). Factor reumatoide negativo.

Anticuerpos antinucleares (ANA) + homogéneo superior a 1:640, nucleolar superior a 1:640, anticuerpos (anti)-ADN nativo+1:640, y anticuerpos (Ac) antimitocondriales+1:640. Ac antihostonas+ moderado, p-ANCA y c-ANCA negativos. ENA

## Lupus eritematoso sistémico de inicio agudo en un hombre de 70 años

### *Acute onset of systemic lupus erythematosus in a 70-year-old man*

Sr. Editor:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede aparecer en mayores de 65 años, en quienes tiene un inicio insidioso y un curso más indolente<sup>1</sup>. A continuación describimos un caso de LES tardío de debut agudo en el seno de una situación de afectación de múltiples órganos y con características clínicas y serológicas no habituales.

## Caso clínico

Varón de 70 años que ingresó por infección del muñón del miembro inferior derecho amputado un mes antes. Como antecedentes presentaba HTA, enfermedad de Buerger con obstrucción de la arteria femoral superficial desde hacía 19 años y amputación del MII 10 años antes, en tratamiento con enalapril y clopidogrel. Su Barthel basal era de 40, sin deterioro cognitivo.

Al ingreso presentó hemograma con leucocitosis, creatinina, iones y coagulación normal. Sistemático de orina: albúmina de 75 mg/dl; leucocitos de 75-100/campo y hematíes de 30-50/campo.

negativos. Ac anticardiolipinas: IgM de 66 MPL U/ml ( $< 12$ ), IgG de 50 GPL U/ml ( $< 18$ ). No se realizó determinación de anti-coagulante lúpico, test de Coombs directo ni C1q.

Informamos a la familia de la sospecha de lupus y nos refirió que una hija padecía lupus.

El paciente pasó a cargo de Medicina Interna y Reumatología, iniciándose tratamiento con metilprednisolona a dosis de 60 mg/24 h con muy buena respuesta: ausencia de disnea, sin nueva pancitopenia, estado afebril y normalización de VSG y PCR. Ante la persistencia de proteinuria ya en rango nefrótico (6,5 g/24 h), Nefrología solicitó una biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar focal sugestiva principalmente de vasculitis microscópica, siendo menos probable una forma de glomerulopatía lúpica proliferativa focal o tipo III de la OMS. Inmunofluorescencia directa: tejido no representativo.

Presentó hematuria macroscópica y recibió el alta con 60 mg/24 h de metilprednisolona.

El paciente reingresó 17 días después del alta por un cuadro de shock séptico secundario a infección de herida quirúrgica e infección urinaria, trombosis venosa del muñón y fracaso renal agudo, lo que condujo al fallecimiento del paciente al 5.<sup>o</sup> día de ingreso.

## Discusión

En cuadros con afectación de múltiples órganos hay que hacer diagnóstico diferencial entre sepsis, tuberculosis, endocarditis

bacteriana, otras infecciones, enfermedades malignas, vasculitis, collagenosis y otros, como síndrome urémico hemolítico y embolias por colesterol. El paciente presentaba 5 criterios clasificatorios de LES (serositis, alteración renal, alteraciones hematológicas, alteraciones inmunológicas y ANA positivos), según los criterios clasificatorios del American College of Rheumatology<sup>2</sup> (tabla 1). En los mayores, la enfermedad suele debutar de forma insidiosa y con menos síntomas clásicos, lo que conlleva a un infradiagnóstico. En los criterios de LES, 4 ítems de los 11 se refieren a afección dermatológica y en el mayor es menos frecuente la afectación de la piel.

Por otro lado, hay dos ítems que en los mayores pueden aparecer con cierta asiduidad y son linfopenia (puede ser secundaria a malnutrición, infecciones, malignidad) y ANA positivos, relativamente frecuentes en el mayor a títulos bajos y sin repercusión clínica, que podrían dar lugar a falsos positivos<sup>3</sup>.

En los mayores, muchos de los criterios podrían ser secundarios a otras enfermedades: la presencia de pancitopenia, alteración renal, derrame pleural y ANA positivos en el contexto de un cuadro séptico, pueden ser relativamente frecuentes, hecho que llevó, en nuestro caso, a dudar del diagnóstico de lupus hasta que se conocieron los antecedentes familiares.

El LES debuta habitualmente en los ancianos con manifestaciones clínicas inespecíficas, presentando un índice de actividad al inicio menor que en los jóvenes<sup>1,4</sup>. En nuestro caso no fue así, la clínica de debut fue aguda y el índice de actividad de la enfermedad elevado<sup>2</sup>.

**Tabla 1**

Criterios revisados de 1992 del American College of Rheumatology para la clasificación del lupus eritematoso sistémico (Hochberg M.C., 1997)\*

Criterio	Definición
Exantema malar	Eritema fijo, plano o alto, sobre las eminencias malares, que no suele afectar los surcos nasogenianos
Erupción discorde	Placas eritematosas altas, con descamación queratósica adherente y tapones foliculares; puede haber cicatrices atróficas en las lesiones más antiguas
Fotosensibilidad	Erupción cutánea a causa de una reacción insólita a la luz solar, referida por el paciente u observada por el médico
Úlceras bucales	Ulceración nasofaríngea, por lo común indolora, observada por un médico
Artritis	Artritis no erosiva que afecta dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la palpación, tumefacción o derrame
Serositis	a) pleuritis: claro antecedente de dolor pleurítico o roce, o signos de derrame, o bien b) pericarditis: confirmada por ECG o roce, o evidencia de derrame pericárdico
Afección renal	a) proteinuria persistente superior a 500 mg/24 h o superior a 3+ si no se cuantifica, o bien b) cilindros celulares: pueden ser de hematíes o hemoglobina o de tipo granular, tubular o mixto.
Afección neurológica	a) convulsiones: en ausencia de fármacos inductores de éstas o alteraciones conocidas del metabolismo (p. ej., uremia, cetoacidosis o trastornos electrolíticos), o bien b) psicosis: en ausencia de fármacos inductores de ésta o alteraciones conocidas del metabolismo (p. ej., uremia, cetoacidosis o trastornos electrolíticos)
Alteración hematológica	a) anemia hemolítica: con reticulocitosis, o b) leucopenia: inferior a 4.000/mm <sup>3</sup> en dos o más determinaciones, o bien c) linfopenia: inferior a 1.500 linfocitos/mm <sup>3</sup> en dos o más determinaciones, o d) trombopenia: inferior a 100.000/mm <sup>3</sup> en ausencia de fármacos inductores
Alteración inmunológica	a) anti-ADN: anticuerpos anti-ADN nativo a títulos positivos, o b) anti Smith: presencia de anticuerpos frente al antígeno nuclear Sm, o c) presencia de anticuerpos antifosfolípidos: títulos elevados de IgG o IgM anticardiolipina o anticoagulante lúpico o serología luética falsamente positiva durante 6 meses y confirmada por la prueba de inmovilización del <i>Treponema pallidum</i> o de la absorción del anticuerpo treponémico por fluorescencia
Anticuerpos antinucleares	Título positivo de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia, o prueba equivalente, en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y en ausencia de fármacos relacionados con el desarrollo de seudolupus

ADN: ácido desoxirribonucleico; ECG: electrocardiograma; Ig: inmunoglobulina.

\* Se requieren 4 o más de estos criterios, ya sea en secuencia o simultáneamente.

La mayoría de estudios de lupus de inicio tardío están realizados en mayores de 50 años, y son escasos los estudios que sólo incluyen a los mayores de 65 años.

El lupus de aparición tardía constituye el 10-20% de todos los casos<sup>1</sup> y presenta menor relación femenina/masculina (4:1) que en el joven (10:1), siendo en los mayores de 65 años todavía menor (2:1)<sup>5</sup>. El intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico es mayor en los ancianos (5 años) que en los jóvenes (3 años)<sup>6</sup>.

Las características clínicas del LES del mayor son diferentes a las del joven: son más frecuentes la serositis, la afectación pulmonar, el síndrome seco y los síntomas neuropsiquiátricos, y son menos frecuentes la afectación de la piel, la fotosensibilidad y la afectación renal. En cuanto a las pruebas inmunológicas, en el mayor es más frecuente la presencia de factor reumatoide, anti-Ro y anti-La positivos, y ANA positivos y, sin embargo, es menos frecuente la hipocomplementemia, el anti-ADN nativo positivo, el anti-RNP y el anti-Sm<sup>1,4,6</sup>. Nuestro caso no coincidió con estas premisas al presentar afectación renal, hipocomplementemia, anti-ADN nativo positivo y anti-Ro y anti-La negativos.

El tratamiento óptimo del LES en ancianos es empírico por falta de estudios aleatorizados. El abordaje del tratamiento es similar al de los jóvenes<sup>1</sup>.

En cuanto al pronóstico, el curso es más indolente, el índice de actividad menor y el pronóstico mejor en el mayor<sup>7</sup>, aunque se ha comprobado que el anciano experimenta una peor supervivencia que los jóvenes, en parte por la presencia de comorbilidad y fragilidad<sup>4</sup>.

Los factores de riesgo de mortalidad son bajo nivel socioeconómico, nefritis lúpica, anti-ADN nativo positivo, edad e índice de actividad elevado. Las causas de mortalidad son afección cardiovascular, infecciones, trombosis y LES activo con afección de varios órganos. En nuestro caso concurrieron todos ellos.

El paciente había sido diagnosticado tiempo atrás de enfermedad de Buerger, atendiendo tan sólo a la exploración, el cuadro clínico y la pruebas de imagen, sin haber realizado ningún test para descartar enfermedades del tejido conectivo y estados de hipercoagulabilidad (uno de los criterios exigidos para el diagnóstico de la enfermedad de Buerger)<sup>8</sup>.

Este hecho nos plantea tres posibilidades: que el paciente presentara, ya entonces, un lupus con clínica predominante de vasculitis de vasos de pequeño y mediano tamaño que cursó de forma indolente (las lesiones arteriográficas en la enfermedad de Buerger pueden ser idénticas que en el LES), que presentara un

lupus con síndrome antifosfolípido asociado que se expresara como trombosis arterial del miembro inferior remedando un Buerger<sup>9</sup> (el paciente no cumplía los criterios revisados de síndrome antifosfolípido 2006 [Miyakis S], ya que no dio tiempo a obtener una 2.ª muestra de Ac anticardiolipinas), y que sobre un sujeto con enfermedad de Buerger surgiera posteriormente un lupus (sólo descrita una vez la coexistencia de ambas enfermedades)<sup>10</sup>. Como conclusión final, hay que pensar en la posibilidad de que un paciente anciano tenga un lupus ante un cuadro con afectación de múltiples órganos y con la presencia de un número importante de criterios de los 11 que ofrecen los criterios clasificatorios actualmente vigentes.

## Bibliografía

1. Lázaro D. Elderly-onset systemic lupus erythematosus: Prevalence, clinical course and treatment. *Drugs Aging*. 2007;24:701-15.
2. Griffiths B, Mosca M, Gordon C. Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19:685-708.
3. Dennis MS, Bryne EJ, Hopkinson N, Bendall P. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus in elderly people: A case series. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:1157-61.
4. Bertoli AM, Alarcon GS, Calvo-Alén J, Fernández M, Vilá LM, Reveille JD. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohorte. *Arthritis Rheum*. 2005;54:1580-7.
5. Gaujard S, Broussolle C, Cathebras P, Dupond JL, Massot C, Ninet J, et al. Systemic lupus erythematosus with disease onset after age 65. *Rev Med Interne*. 2003;24:288-94.
6. Font J, Pallarés L, Cervera R, López-Soto A, Navarro M, Bosch X, et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly: Clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis*. 1990;49:109-13.
7. Ho CT, Mok CC, Lau CS, Wong RW. Late onset systemic lupus erythematosus in southern Chinese. *Ann Rheum Dis*. 1998;57:437-40.
8. Olin JW, Shih A. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Curr Opin Rheumatol*. 2006;18:18-241.
9. Vasugi Z, Danda D. Systemic lupus erythematosus with antiphospholipid antibody syndrome: A mimic of Buerger's disease. *J Postgrad Med*. 2006;52:132-3.
10. Kartagener M. Buerger's disease combined with lupus erythematosus as a chronic form of Libman-Sacks disease. *Cardiologia*. 1951;18:225-33.

Francisco Javier Castellote Varona

*Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

Correo electrónico: franciscoj.castellote@carm.es

doi:10.1016/j.regg.2009.09.004

## Infarto renal agudo. A propósito de un caso

### Acute renal infarction. Apropos of a case

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 87 años, que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco localizado inicialmente en el epigastrio, no irradiado, acompañado de sensación nauseosa, descartándose cardiopatía isquémica con electrocardiograma y troponinas normales. En las horas posteriores, el dolor es de carácter difuso en todo el hemiabdomen derecho.

Entre sus antecedentes destacan cardiopatía isquémica, fibrilación auricular crónica antiagregada por derrame pleural hemático asociado a sintrom, hipertensión arterial, ACVA con

hemiparesia residual derecha y disfasia motora, neumonía e infecciones urinarias de repetición. Seguía tratamiento habitual con enalapril, omeprazol, furosemida, ácido acetilsalicílico, escitalopram y lorazepam.

Basalmente deambula con bastón y apoyo de una persona, dependiente para el baño, aseo y escaleras, necesita ayuda para las demás actividades básicas de la vida diaria y presenta incontinencia urinaria (escala Cruz Roja funcional=3/5, índice de Barthel modificado=37/100). Mentalmente presenta ligera desorientación en el tiempo, aunque es capaz de mantener conversación correctamente (escala de Cruz Roja mental=1/5); vive con una hija con ayuda de cuidadora privada.

En la analítica de urgencia destaca hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas y sedimento de orina con piuria intensa y nitritos: (+). En la radiografía de tórax y abdomen se objetiva cardiomegalia sin otros hallazgos.