

intervención. Después de 3 días de ingreso hospitalario, el paciente fue dado de alta asintomático y con buena tolerancia a la dieta oral.

Actualmente podemos encontrar en la literatura varios trabajos que confirman los beneficios de la laparoscopia en pacientes ancianos⁵⁻⁷, aunque es importante destacar que esta población precisa una atención específica⁸. Respecto a los procedimientos quirúrgicos en cardiopatas, Bill publicó una excelente revisión en 2009⁹ donde señaló que la mayor parte de los infartos postoperatorios se producen durante los 3 primeros días tras la intervención debido al incremento de catecolaminas y al estado de hipercoagulabilidad. La laparoscopia puede ser utilizada con seguridad en sujetos con cardiopatía optimizando su función cardíaca, monitorizándoles cuidadosamente y empleando fármacos específicos durante la anestesia¹⁰. El uso de presiones bajas de neumoperitoneo (8-10 mmHg) durante la laparoscopia es otro factor esencial ya que disminuye los temibles efectos de las presiones estándar (> 12 mmHg) en pacientes con posición de anti-Trendelenburg como son: disminución del retorno venoso y, por tanto, del gasto cardíaco, lo cual favorece la aparición de isquemia miocárdica.

En conclusión, este caso ilustra que hoy en día contamos con medios y experiencia para poder ofertar a pacientes octogenarios cardiopatas procedimientos mínimamente invasivos para reparar una hernia paraesofágica sintomática con muy buenos resultados.

Bibliografía

1. Davis SS. Current controversies in paraesophageal hernia repair. *Surg Clin N Am*. 2008;88:959-78.
2. Larusson HJ, Zingg U, Hahnloser D, Delport K, Seifert B, Oertli D. Predictive factors for morbidity and mortality in patients undergoing laparoscopic paraesophageal

hernia repair: Age, ASA score and operation type influence morbidity. *World J Surg*. 2009;33:980-5.

3. Sihvo EI, Salo JA, Räsänen JV, Rantanen TK. Fatal complications of adult paraesophageal hernia: A population-based study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;137:419-24.
4. Poulse BK, Gosen C, Marks JM, Khaitan L, Rosen MJ, Onders RP, et al. Inpatient mortality analysis of paraesophageal hernia repair in octogenarians. *J Gastrointest Surg*. 2008;12:1888-92.
5. Weber DM. Laparoscopic surgery: An excellent approach in elderly patients. *Arch Surg*. 2003;138:1083-8.
6. De Tomás J, Monturiol JM, Cuadrado M, Turégano F. Esofagotomía transhiatal laparoscópica en un octogenario con fracción de eyección deprimida posneoadyuvancia con trastuzumab. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:244-5.
7. Hazebroek EJ, Gananadha S, Koak Y, Berry H, Leibman S, Smith GS. Laparoscopic paraesophageal hernia repair: Quality of life outcomes in the elderly. *Dis Esophagus*. 2008;21:737-41.
8. Cheng SP, Yang TL, Jeng KS, Lee JJ, Liu TP, Liu CL. Perioperative care of the elderly. *Int J Gerontol*. 2007;1:89-97.
9. Bill KM. Anaesthesia for patients with cardiac disease undergoing non-cardiac surgery. *Anaesth Intensive Care*. 2009;10:446-50.
10. Sadhu S, Sarkar S, Jahangir TA, Verma R, Shaikh F, Dubey SK, et al. Laparoscopic cholecystectomy in patients with cardiac dysfunction. *Indian J Surg*. 2011;73:90-5.

Jorge de Tomás*, Yusef Al-Lal, Alejandro Sánchez y Leire Zarain

Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com (J. de Tomás).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.04.001>

Nódulos pulmonares y síndrome constitucional en paciente octogenario. Un caso de granulomatosis con poliangeítis asociado a p-ANCA



Pulmonary nodules and constitutional syndrome in an octogenarian patient. A case of granulomatosis with polyangiitis associated with a p-ANCA pattern

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 80 años, hipertenso, sin otros antecedentes de interés. Presenta un índice de Barthel de 100 puntos y ningún fallo en la escala de Pfeiffer. Escala de Yesavage 2 puntos y escala de Gijón 6 puntos. Acude a urgencias por cuadro de 2 meses consistente en tos seca, voz nasalizada y cefalea junto a síndrome general con pérdida de 5 kg en 2 meses. Es diagnosticado de sinusitis e inicia tratamiento antibiótico. Posteriormente empeora su situación clínica con fiebre de 38,4 °C y edematización de miembros inferiores.

En la exploración destaca afectación del estado general; un corazón rítmico a 100 latidos/min y algunos roncus pulmonares dispersos sin otra semiología. Edemas con fovea en miembros inferiores simétricos. El resto de la exploración física no presentaba hallazgos de interés.

La radiografía simple de tórax demuestra nódulos bilaterales (fig. 1) que en la tomografía computarizada (TC) corresponden a nódulos pulmonares de bordes espiculados, la mayoría de base pleural y adenopatías paratraqueales e hiliares derechas.

Presenta una VSG 92 mm 1.^a h, Hb 9,9 g/dl, ferritina 80 ng/ml, IST 10,8%; Fe 25 µg/dl y transferrina 163 mg/dl. El perfil hepático y renal incluyendo el sedimento urinario eran normales. El factor

reumatoide, los anticuerpos antinucleares, la enzima convertidora de angiotensina, las inmunoglobulinas y el complemento estaban dentro de los valores normales. La prueba de Mantoux inicial y el «booster» fueron de 0 mm.

En la TC de senos aparece ocupación de senos frontales, celdillas etmoidales, engrosamiento de la mucosa de senos maxilares y esfenoidales.

Los ANCA mostraron un patrón p-ANCA mediante inmunofluorescencia indirecta, obteniéndose una positividad para Ac MPO 105 U/ml (valores normales: 0-10 U/ml) y unos Ac PR3 negativos.

En la biopsia pulmonar aparecieron granulomas necrotizantes con abundantes neutrófilos sin observarse bacilos ácido-alcohol



Figura 1. Nódulo en lóbulo superior izquierdo y engrosamiento hilar.

resistentes u hongos, y con datos de vasculitis de pequeño y mediano vaso junto a áreas de necrosis tisular.

Con el diagnóstico de GPA se inició prednisona a dosis de 1 mg/día y azatioprina 50 mg/día aumentando a 150 mg/día tras recibir los resultados de la tiometilpuriltransferasa. La evolución es excelente desde el punto de vista clínico con aumento de peso, desaparición de la tos, voz nasal y la cefalea; bioquímico con negativización de los ANCA, desaparición de la anemia y normalización de los reactantes de fase aguda. Radiológicamente los infiltrados pulmonares y el engrosamiento a nivel de senos se han resuelto por completo.

El paciente cumple los criterios de la ACR¹ para clasificar su enfermedad como GPA e incluso sin la presencia de la biopsia pulmonar según algunos estudios publicados².

En nuestro medio la GPA se asocia a Ac anti PR3. Podemos observar MPO en un 10% de los casos³, en estudios asiáticos este porcentaje se puede elevar hasta el 60%⁴. La existencia de Ac anti-PR3 se relaciona con una mayor agresividad de la enfermedad y existencia de afectación renal⁵.

Los pacientes ancianos constituyen un grupo de especiales características⁶, con mayor afectación pulmonar y gravedad de la misma, pese a que hay una mayor prevalencia de Ac MPO. Existe mayor incidencia de infecciones pulmonares y complicaciones asociadas al tratamiento. En otra serie publicada comparando pacientes mayores y menores de 60 años con GPA, no encuentran diferencias entre la clínica específica de la enfermedad en ambos grupos, aunque observan menor prevalencia de síntomas de vía aérea superior o hemoptisis y mayor afectación del sistema nervioso central. No describen diferencias en las tasas de infecciones en ambos grupos y sí en las complicaciones relacionadas con el tratamiento⁷. Por ello son un grupo en el que tratamiento de las vasculitis representa un reto ya que son pacientes con una mayor agresividad de la enfermedad, por lo que precisarían un tratamiento más enérgico, pero a su vez mayores complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Existen datos a favor de un factor patogénico de los ANCA en las vasculitis e incluso de diferencias genéticas entre las distintas presentaciones clínicas⁸, también se han descrito diferencias entre distintos grupos etarios⁶ en cuanto a presentación clínica, evolución y tipo de anticuerpos presentes.

En nuestro caso, la edad de presentación difiere de la descrita en las grandes series publicadas. La presencia de un patrón p-ANCA es

excepcional en nuestro medio asociado a la GPA, apareciendo como mucho en el 10% de los casos.

En la patogenia de las vasculitis asociadas a ANCA influyen muchos factores. La presencia de unos u otros anticuerpos no determinan de forma exclusiva la enfermedad. El pronóstico de las mismas depende en gran manera de la edad, tipo de anticuerpos y extensión de la enfermedad.

Bibliografía

1. Leavitt RY, Fauci AS, Bloch DA, Michel BA, Hunder GG, Arend WP, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1101-7.
2. Watts R, Lane S, Hanslik T, Hauser T, Hellmich B, Koldingsnes W, et al. Development and validation of a consensus methodology for the classification of the anca-associated vasculitides and polyarteritis nodosa for epidemiological studies. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:222-7.
3. Wiik A. Rational use of ANCA in the diagnosis of vasculitis. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41:481-3.
4. Chen M, Yu F, Zhang Y, Zou WZ, Zhao MH, Wang HY. Characteristics of chinese patients with Wegener's granulomatosis with anti-myeloperoxidase autoantibodies. *Kidney Int.* 2005;68:2225-9.
5. Schönhermarck U, Lamprecht P, Csernok E, Gross WL. Prevalence and spectrum of rheumatic diseases associated with proteinase 3-antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) and myeloperoxidase-ANCA. *Rheumatology (Oxford).* 2001;40:178-84.
6. Chen M, Yu F, Zhang Y, Zhao MH. Antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated vasculitis in older patients. *Medicine (Baltimore).* 2008;87:203-9.
7. Krafchik SS, Covin RB, Lynch JP, Sitrin RG. Wegener's granulomatosis in the elderly. *Chest.* 1996;109:430-7.
8. Lyons PA, Rayner TF, Trivedi S, Holle JU, Watts RA, Jayne DR, et al. Genetically distinct subsets within ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2012;367:214-23.

Jesús Olmedo Llanes^{a,*}, Antonio Ruiz Serrato^a
y Juan García-Hirschfeld^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal de Antequera, Antequera, Málaga, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Comarcal de Antequera, Antequera, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.olmedo.sspa@juntadeandalucia.es
(J. Olmedo Llanes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.008>