

Se suspendió el tratamiento con irbesartán como posible causa de hiperpotasemia sin mejoría de las cifras de potasio, lo que, unido a la hiponatremia, hipotensión, astenia y eosinofilia, hizo sospechar de insuficiencia suprarrenal primaria, que se confirmó realizando un cortisol basal y un test de estímulo con ACTH, con resultado compatible con insuficiencia suprarrenal primaria: cortisol basal: 4,9 (4,5–22,7 µg/dl), ACTH basal 934,0 (4,7–48,8 pg/ml), cortisol basal tras estimulación con ACTH: 5,8 (4,5–22,7 µg/dl)

La presencia de insuficiencia suprarrenal asociada a anemia perniciosa justificó sospechar de un síndrome pluriglandular autoinmune, que se confirmó con anticuerpos antiperoxidasa: positivos 266 U/ml (<35,0), anticuerpos anti-transglutaminasa negativos. Anticuerpos anti-21 hidroxilasa positivo 1,9 U/ml (>1,0), llegando al diagnóstico de síndrome pluriglandular autoinmune tipo II incompleto. Se inició tratamiento sustitutivo con hidrocortisona e fludrocortisona, así como vitamina B₁₂ intramuscular con muy buena evolución clínica.

En los síndromes pluriglandulares autoinmunes (SPG) coexisten al menos 2 insuficiencias de glándulas endocrinas como consecuencia de un mecanismo autoinmune basado en la acción de los autoanticuerpos o los linfocitos T activados frente a distintos antígenos de los órganos diana². Normalmente, la presentación clínica de los SPG suele ocurrir por etapas. En la mayoría de los casos se manifiesta una enfermedad endocrina de etiología autoinmunitaria y, tras unos meses o incluso años, van apareciendo otras entidades que no siempre son endocrinas³. Los síndromes poliglandulares autoinmunes SPG comprenden un amplio espectro de enfermedades autoinmunes y pueden ser divididos en: SPG tipo I, II, III y IV, cada uno de ellos constituidos por un diferentes entidades. El SPG tipo II es más común en adultos, se caracteriza por compromiso primario suprarrenal, tiroideo y/o diabetes mellitus tipo 1⁴. En la población general, su prevalencia es de 800 por cada 100.000 habitantes, con un importante predominio femenino, 3 veces más que los varones⁵. El hipertiroidismo o hipotiroidismo primario y la diabetes mellitus tipo 1 se presenta en más del 40% de los casos, mientras que la anemia perniciosa en menos del 10%. También se asocia con enfermedad celíaca y miastenia gravis.

En el 2002 Betterle et al.⁶ propusieron el término de SPG tipo 2 incompleto, para clasificar a los pacientes, que teniendo insuficiencia suprarrenal primaria, presentaban además, anticuerpos anti-tiroideos y/o anticuerpos para diabetes autoinmunitaria positivos. En algunas ocasiones, los anticuerpos se detectan sin que

haya enfermedad clínicamente detectable, o preceden por años a las manifestaciones de la enfermedad⁷. Pueden transcurrir incluso 20 años desde el diagnóstico de una endocrinopatía y la aparición de otra entidad acompañante⁸. El seguimiento de los pacientes con SPA tipo 2 incompleto, sería fuertemente recomendado para prevenir el brote de la enfermedad autoinmune, o para otorgar un tratamiento oportuno de la deficiencia.

Bibliografía

1. Laín Entralgo P, Gracia Guillén D. Patología y clínica en el Romanticismo. Gran Bretaña, En: Pedro Laín (dir), Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat; vol. 5, 1973. p. 268–270.
2. Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C, Guirado Risueño M, Mora A, Carrato A. Síndrome pluriglandular autoinmune: revisión sistemática. An Med Interna (Madrid). 2007;24:445–52.
3. Neufeld M, Maclaren NK, Blizzard RM. Two types of autoimmune Addison's disease associated with different polyglandular autoimmune (PGA) syndromes. Medicine. 1981;60:355–62.
4. Mallea Gil MS, Ballarín MC, Aparicio MM, Bertini K, Ridruejo MC, Giménez S, et al. Síndrome poliglandular autoinmune tipo II: posible asociación con HLA DRB1*–DQB1*. Rev Argent Endocrinol Metab. 2010;47:44–8.
5. Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NMH. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. Clin Immunol Immunopathol. 1997;84:223–43.
6. Betterle C, dal Pra C, Mantero F, Zanchetta R. Autoimmune adrenal insufficiency and autoimmune polyendocrine syndromes: Autoantibodies, autoantigens, and their applicability in diagnosis and disease prediction. Endocr Rev. 2002;23:327–64.
7. Navarrete-Tapia U. Síndrome poliglandular autoinmune. Rev Med Hosp Gen Méx. 2013;76:143–52.
8. Betterle C, Volpato M, Rees Smith B, Furmaniak J, Chen S, Greggio NA, et al. I. Adrenal cortex and steroid 21-hydroxylase autoantibodies in adult patients with organ-specific autoimmune diseases: Markers of low progression to clinical Addison's disease. J Clin Endocrinol Metab. 1997;82:932–8.

Mario Bonet de la Nuez^{a,*} y Francisco López García^b

^a Servicio de Neurología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: oiramtenob@gmail.com, mario-bonet@hotmail.com (M. Bonet de la Nuez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.001>

La calidad de vida en mayores con insuficiencia renal crónica estadio V



Quality of life in elderly with chronic kidney disease stage V

La incidencia de insuficiencia renal crónica estadio V (IRC estadio V), e inicio de diálisis, incrementa con la edad¹. La diálisis está asociada con la disminución en la funcionalidad y la pérdida de la independencia en los 3 primeros meses de iniciar la terapia². A nivel mundial, la diálisis peritoneal (DP) es infratilizada; no obstante, se ha demostrado superioridad en los desenlaces de supervivencia, calidad de vida (CV) y costo en comparación con hemodiálisis³. La sobrevida a 1–2 años es superior con diálisis vs. no diálisis (84–76 vs. 68–47%), y se observó que esta ventaja se perdía cuando los pacientes tenían una alta comorbilidad o eran mayores de 80 años⁴, creándose el denominado tratamiento conservador (TC), el cual consiste en un tratamiento médico (sin diálisis).

No hay estudios que comparen la CV en DP versus TC, por lo que realizamos un estudio transversal sobre una muestra de

conveniencia que describe la CV evaluada por el cuestionario 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)⁵ en una serie de pacientes mayores con IRC estadio V (diagnóstico menor a un año) de la consulta externa de nefrología. La DP se ofreció a todos los pacientes, la decisión de aceptar la terapia dialítica fue voluntaria. Una vez tomada la decisión de manejo, los pacientes se dividieron en 2 grupos: TC y DP. Tras obtener consentimiento informado, aplicamos una entrevista semiestructurada en donde registramos características basales: datos demográficos, clínicos y parámetros de laboratorio. La entrevista comprendió una valoración geriátrica integral que incluía: estado de nutrición medido por Mini Nutritional Assessment⁶, funcionalidad de acuerdo a la escala de Katz y Akpom⁷, comorbilidad según el Modified Charlson's Comorbidity Index⁸, riesgo de depresión acorde a Geriatric Depression Scale⁹ y CV.

El SF-36 consiste en 36 ítems, los cuales se dividen en 2 componentes: físico y mental. A su vez dichos componentes se subdividen en 8 dimensiones: función física (FF), rol físico (RF), dolor físico, salud general, vitalidad, rol social, rol emocional (RE) y salud

mental. Los puntajes calculados se dividieron en terciles y se consideró el tercil inferior como el grupo de pobre CV.

Se analizaron 60 pacientes con una edad promedio de $71 \pm 6,0$ años, 30 (50%) en TC y 30 (50%) en DP, el 38% fueron mujeres. No hubo diferencias en las características sociodemográficas y clínicas, así como las variables geriátricas (comorbilidad baja-moderada 96%, desnutrición leve-moderada 95%, dependencia ninguna-leve 79,8% y depresión ninguno-leve 91,6%). En la CV no se encontró asociación entre TC vs. DP en los componentes globales físico ($38,1 \pm 11,2$ vs. $39,2 \pm 8,3$; $p=0,7$) y mental ($48,1 \pm 13,0$ vs. $41,2 \pm 14,2$; $p=0,08$). No obstante, cuando se analizaron las dimensiones de forma independiente se observó que el grupo de TC reportó puntajes más altos que el grupo de DP para FF ($33,1 \pm 12,9$ vs. $29,3 \pm 9,2$; $p=0,01$), RF ($41,2 \pm 12,5$ vs. $34,6 \pm 10,6$; $p=0,03$) y RE ($43,7 \pm 14,2$ vs. $35,8 \pm 12,8$; $p=0,02$). Además, se observó que pertenecer al grupo de DP era un factor de riesgo para estar en el percentil más bajo de CV en la dimensión de RF (OR 2 [IC 95%: 1,02–3,90]).

El grupo de DP obtuvo puntajes menores en FF, RF y RE en comparación con el grupo en TC. La disminución en el puntaje de estas dimensiones significa que la persona tiene afección en las actividades de la vida diaria; lo que conlleva a una disminución en la funcionalidad y como resultado una mayor dependencia.

Nuestros resultados sugieren que la DP impacta de forma negativa en las dimensiones para CV, un área de oportunidad sería implementar un programa de rehabilitación ya que el grupo de DP se somete a estresores (procedimiento quirúrgico y hospitalización) que pudieran justificar esta pérdida de la funcionalidad por lo que, son necesarios más estudios con la finalidad de crear estrategias que minimicen este desenlace.

En otros estudios¹⁰, la CV se mantiene en el grupo en TC, mientras que disminuye en el grupo con diálisis; sin embargo, los resultados son atribuidos a que el grupo en TC era vulnerable. Este es el primer estudio que compara la CV entre la DP y el TC sin diferencia entre los grupos, por lo que consideramos que esta información es de utilidad para la toma de decisiones.

Bibliografía

1. Brown EA, Johansson L, Farrington K, Gallagher H, Sensky T, Gordon F, et al. Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): Differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2010;25:3:755–63.
2. Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*. 2009;361:1539–47.
3. Arrieta J, Rodríguez-Carmona A, Remón C, Pérez-Fontán M, Ortega F, Sánchez Tomero JA, et al. La diálisis peritoneal es la mejor alternativa coste-efectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. *Nefrología*. 2011;31:505–13.
4. Murtagh FEM, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22:1955–62.
5. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 Health Survey questionnaire: Is it suitable for use with older adults. *Age Ageing*. 1995;24:120–5.
6. Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment [consultado 9 Oct 2015] Disponible en: <http://www.mna-elderly.com/forms/MNA.spanish.pdf>
7. Katz S, Akpom CA. 12. Index of ADL. *Med Care*. 1976;14:116–8.
8. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies; development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
9. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165–72.
10. Da Silva-Gane M, Wellsted D, Greenshields H, Norton S, Chandna SM, Farrington K. Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012;7:2002–9.

Brenda Emilia Chino-Hernández^{a,*}, Alejandro Acuña-Arellano^a, Francisco Cesar Hernández-Colín^a, David Utrera-Ruiz^a, Jesús Duarte-Mote^b y José de Jesús Garduño-García^a

^a Servicio de Geriatria, Hospital General Regional 251, Instituto Mexicano del Seguro Social, Metepec, Estado de México, México

^b Servicio de Geriatria, Hospital General Regional 220, Instituto Mexicano del Seguro Social, Toluca, Estado de México, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emiliachino@gmail.com (B.E. Chino-Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.011>

Melanoma anorrectal en paciente nonagenaria



Anorectal melanoma in a nonagenarian patient

Presentamos el caso clínico de una mujer de 91 años, que ingresa en el servicio de geriatría por episodios de rectorragia de repetición, siendo esta vez de mayor cuantía, acompañándose de anemia y hipotensión, precisando de transfusión sanguínea en la urgencia, previo al ingreso en planta. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca con FEVI conservada, miocardiopatía hipertrófica, valvulopatía mitro-aórtica, hipotiroidismo y hemorroides. En cuanto a su situación basal precisaba ayuda para la ducha, aseo personal y vestido, siendo independiente para el resto de actividades. Deambulaba con ayuda física de otra persona, sin salvar escaleras (índice de Barthel 65/100). No realizaba actividades instrumentales. Sin deterioro cognitivo conocido. Contaba con buen apoyo sociofamiliar.

Como síntomas principales, la paciente refería dolor perianal continuo y tenesmo, con dificultad para mantener la sedestación. En la exploración física realizada en planta destacaba masa anal en pared anterior rectal de aproximadamente 3 cm de diámetro, de consistencia indurada y de aspecto marrónáceo. Ante la alta sospecha diagnóstica de posible carcinoma anorrectal, se propone continuar el estudio diagnóstico, colonoscopia y pruebas de imagen con TAC abdominal, que tanto la paciente y familiares rechazaron.

Al día 3.º del ingreso en planta, se objetiva, de forma casual, el desprendimiento espontáneo de una masa perianal, y se cursa la muestra para análisis de anatomía patológica. Durante el ingreso, la paciente presenta buena evolución clínica con un adecuado control sintomático, sin necesidad de más transfusiones, y se decide el alta hospitalaria a domicilio con cita preferente en consultas externas de geriatría para seguimiento y resultados de la muestra.

El diagnóstico anatomopatológico fue de melanoma anal de alto grado, por lo que se decidió el ingreso para completar estudio de extensión, y plantear tratamiento. En el estudio de extensión realizado (TAC toraco-abdomino-pélvico) destacó diseminación a distancia con metástasis pulmonares (fig. 1A) y extensión locorre-gional con masa neoplásica en recto distal y canal anal (fig. 1B) con extensión y adenopatías mesorrectales. Durante este segundo ingreso precisó nuevamente transfusión por anemia.

Siguiendo la práctica habitual en nuestro centro, el caso fue presentado al comité de tumores, decidiéndose radioterapia paliativa hemostática. Se realizaron 4 sesiones con resultados clínicos satisfactorios (desaparecieron las rectorragias y el tenesmo, y la paciente toleró la sedestación). A los 7 días del ingreso, y tras la valoración por el servicio de cuidados paliativos, la paciente fue trasladada a dicho servicio. Posteriormente, presentó empeoramiento clínico con astenia y confusión. De acuerdo con los familiares y respetando la voluntad previa de la paciente, se decidió alta domiciliaria.