

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

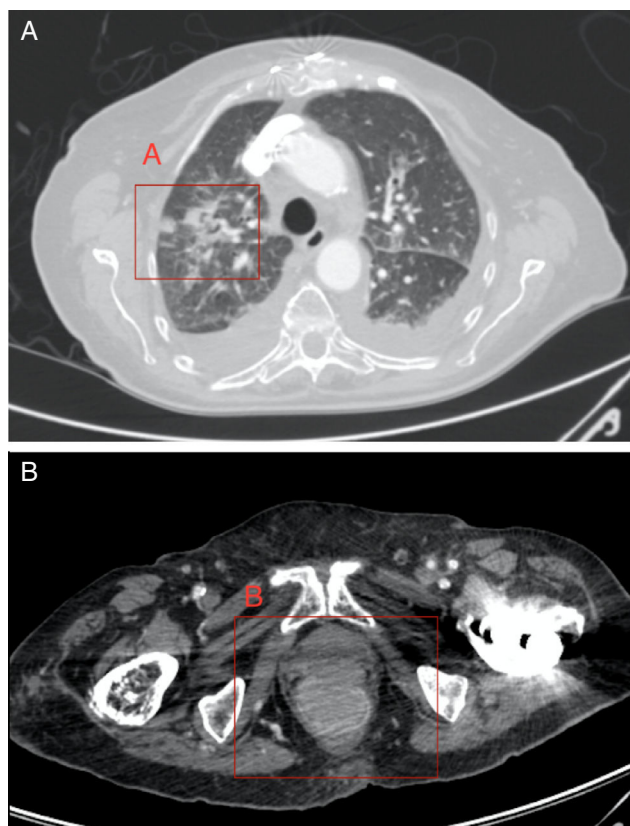


Figura 1. A) Metástasis pulmonares, en lóbulo superior derecho. B) Lesión de partes blandas en tercio inferior de recto y canal anal.

con seguimiento por parte del equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). A los 2 meses del alta hospitalaria, sin necesidad de nuevo ingreso hospitalario, la paciente falleció en su domicilio, con buen control sintomático.

Discusión

El melanoma anorrectal constituye una enfermedad infrecuente, atípica y altamente agresiva. La localización anorrectal del melanoma supone la tercera localización en frecuencia tras la localización cutánea y de la retina. La incidencia es de aproximadamente del 0,4 al 3,0% del computo global de melanomas malignos¹.

El pronóstico es pobre, ya que tan solo el 20% sobreviven a los 5 años, tras el diagnóstico². Las razones del pobre pronóstico de la enfermedad son la alta agresividad de la enfermedad, el estadio avanzado en el que se encuentra en el momento del diagnóstico, así como la rica vascularización de la región anorrectal que va a favorecer su diseminación hematogena y ganglionar. Debido a esto, la falta de terapias sistemáticas eficaces, también contribuye de manera decisiva al pobre pronóstico y a la alta mortalidad³. Los principales predictores del pronóstico son el estadio de la enfermedad, la duración de la sintomatología, el tamaño tumoral y la afectación ganglionar.

El diagnóstico en numerosas ocasiones se suele retrasar debido a la inespecificidad de la sintomatología que llevan a la confusión con otras entidades más frecuentes. La clínica más característica suele ser la aparición de rectorragias, masa anal, dolor anal, tenesmo rectal o alteración del tránsito gastrointestinal⁴. Hay que tener presente que en el momento del diagnóstico, hasta el 60% de los casos tiene afectación ganglionar, y hasta el 30% de los casos tienen lesiones metastásicas, fundamentalmente a nivel pulmonar (como la

paciente que presentamos). El diagnóstico diferencial del melanoma anorrectal incluye el carcinoma epidermoide anal, carcinoma basocelular, la enfermedad de Bowen o la enfermedad de Paget. Es además, muy frecuente confundir el melanoma anorrectal con enfermedades benignas como la trombosis hemorroidal externa. Por tanto, el grado de sospecha diagnóstica resulta de vital importancia para realizar el diagnóstico correcto y lo más precoz posible.

La evaluación inicial del paciente con melanoma rectal debe incluir la toma de biopsia de la lesión por su gran variedad histológica⁵ y con posterior búsqueda de enfermedad metastásica, con técnicas de imagen.

El tratamiento del melanoma anorrectal se basa en 3 pilares fundamentales que son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Sin duda, el tratamiento quirúrgico radical supone la principal herramienta que va a permitir aumentar la supervivencia, siempre y cuando sea lo más agresiva posible y se lleve a cabo en estadios lo más precoces posibles de la enfermedad⁶. A pesar de ello, la gran mayoría de los pacientes sometidos a cirugía radical suelen experimentar diseminación de la enfermedad a distancia. El tratamiento quirúrgico incluye 2 técnicas, una más agresiva denominada resección abdomino-perineal, y otra más conservadora que consiste en la escisión local del proceso neoplásico, se trata de técnicas altamente agresivas que implican un alto riesgo en los pacientes ancianos, por lo que unido al escaso beneficio que pueden otorgar no suelen ser una opción prioritaria en el paciente geriátrico⁷. Suele ser un tumor con marcada resistencia a la radioterapia y que suele mostrar pobre respuesta a la quimioterapia, factores que contribuyen decisivamente a las malas respuestas terapéuticas que experimentan los pacientes, al pobre pronóstico y, por tanto, a las altas tasas de mortalidad. El papel adyuvante que pueda tener la quimioterapia y la radioterapia en esta enfermedad no ha quedado del todo definido, no obstante, la radioterapia puede tener un papel importante y determinante en el control paliativo de síntomas graves como puede ser el sangrado o el dolor, de manera que se puede convertir en una herramienta crucial para el control y manejo de síntomas en pacientes en los que se decide una actitud paliativa y globalmente conservadora como el caso que presentamos⁸.

Se presenta este caso clínico por la baja frecuencia de la enfermedad en pacientes nonagenarios, y la importancia de realizar un abordaje integral con exploración física completa que incluya inspección y exploración anal, ante cualquier cuadro de rectorragia o sintomatología anal inespecífica. Otro aspecto a destacar fue el abordaje interdisciplinar a través de la coordinación de múltiples especialidades como oncología radioterápica, paliativos, cirugía general, atención primaria y geriatría, lo que permitió una óptima continuidad de cuidados en su domicilio.

Bibliografía

1. Nam S, Kim CW, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, et al. The clinical features and optimal treatment of anorectal malignant melanoma. *Ann Surg Treat Res*. 2014;87:113–7.
2. Khan M, Bucher N, Elhassan A, Barbaryan A, Ali AM, Hussain N, et al. Primary anorectal melanoma. *Case Rep Oncol*. 2014;7:164–70.
3. Weyandt GH, Eggert AO, Houf M, Raulf F, Bröcker EB, Becker JC. Anorectal melanoma: Surgical management guidelines according to tumour thickness. *Br J Cancer*. 2003;89:2019–22.
4. Singer M, Mutch MG. Anal melanoma. *Clin Colon Rectal Surg*. 2006;19:78–87.
5. Chute DJ, Cousar JB, Mills SE. Anorectal malignant melanoma morphologic and immunohistochemical features. *AJCP*. 2006;126:93–100.
6. Kim KB, Sanguino AM, Hodges C, Papadopoulos NE, Eton O, Camacho LH, et al. Biochemotherapy in patients with metastatic anorectal mucosal melanoma. *Cancer*. 2004;100:1478–83.
7. Yeh JJ, Shia J, Hwu WJ, Busam KJ, Paty PB, Guillem JG, et al. The role of abdominoperineal resection as surgical therapy for anorectal melanoma. *Ann Surg*. 2006;244:1012–7.
8. Carvajal RD, Antonescu CR, Wolchok JD, Chapman PB, Roman R-A, Teitcher J, et al. KIT as a therapeutic target in metastatic melanoma. *JAMA*. 2011;305:2327–34.

Daiana Peña*, Kevin O'Hara, Vicente Romero
y María Ángeles García-Alhambra

Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio
Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daipen07@yahoo.com (D. Peña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.014>

Síndrome neuroléptico maligno asociado a quetiapina tras retirada de olanzapina y donepezilo, con EEG con diagnóstico diferencial para enfermedad de Creutzfeldt-Jakob



Neuroleptic malignant syndrome associated with quetiapine after withdrawal of olanzapine and donepezil, with EEG differential diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease

Introducción

Aunque el síndrome neuroléptico maligno (NMS) está históricamente asociado con los antipsicóticos clásicos o «típicos», también es un efecto adverso potencial de los atípicos¹.

El NMS es una reacción adversa a fármacos infradiagnosticada, de curso potencialmente fatal pero reversible, cuya identificación oportuna exige un alto índice de sospecha. La administración concomitante de inhibidores de la acetilcolinesterasa puede representar un factor de riesgo no reconocido para su desarrollo².

Presentamos un caso de NMS con EEG compatible con encefalopatía generalizada y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) (primer caso documentado).

Caso clínico

Varón de 84 años que ingresa en nuestra Unidad Geriátrica de Agudos por obnubilación de 72 h de evolución, febrícula, sin disnea, tos ni expectoración. Dado el bajo nivel de conciencia, se había suspendido olanzapina y clonacepam. Inicia en domicilio amoxicilina/clavulánico 875/125 mg durante 48 h, persistiendo fiebre de 38 °C, con bajas ingestas orales, por lo que se decide ingreso.

Como antecedentes médicos, cabe mencionar bronquitis crónica con oxigenoterapia domiciliaria y diagnóstico de probable demencia por cuerpos de Lewy (DCL). Último ingreso hace 3 meses por reagudización de EPOC e infección urinaria.

Tratamiento habitual: donepezilo 10 mg/24 h, olanzapina 2,5 mg/12 h (prescrito hacía 8 semanas), clonazepam 0,125 mg, bromuro de tiotropio 18 mcg: 1 inh/día, tamsulosina 0,4 mg.

Situación basal del paciente:

- Funcional: dependencia parcial. Alteración de la marcha, con ayuda de una persona, rigidez, bradicinesia y temblor postural leve. Índice de Barthel: 49/100.
- Mental: alteración de la memoria de 4 años de evolución, con afectación semántica, disfunción ejecutiva, apraxia motora de las actividades básicas de la vida diaria. Inquietud psicomotriz con episódicas alucinaciones visuales. GDS: 6.
- Social: vive con esposa y cuidadora privada.

Al ingreso, presenta aceptable estado general, saturación de oxígeno basal de 90%; está eupneico en reposo, con tendencia a la obnubilación, pero responde preguntas sencillas. Resto, sin alteraciones significativas. En analítica urgente destacan leucocitos normales sin desviación izquierda, PCR: 160; creatinina: 1,82; urea: 87; CPK: 166; pH: 7,38; pCO₂: 66. La radiografía de tórax presenta imagen de atelectasia en lóbulo inferior derecho. Se diagnostica de

cuadro infeccioso respiratorio, insuficiencia renal aguda prerrenal e insuficiencia respiratoria mixta. Se suspende tratamiento con donepezilo. Por inquietud nocturna se administran 25 mg de quetiapina, que se pauta a 12,5 mg de forma fija en las cenas.

A las 72 h del ingreso, deterioro del estado general, obnubilación, taquicardia a 110 lpm, tensión 180/90, diaforesis, picos febriles; está eupneico, con saturación del 96% con gafas nasales, con aumento de rigidez axial, mioclonías de predominio en miembro superior izquierdo y temblor de actitud en miembros superiores. Se suspende quetiapina. Se mantiene sueroterapia y tratamiento con benzodiacepinas condicionado a inquietud psicomotriz. A las 24 h, por persistencia de bajo nivel de conciencia, se realiza un EEG que muestra actividad bioeléctrica cerebral de base desincronizada, con presencia de abundantes ondas de carácter trifásico y distribución generalizada, junto con descargas generalizadas de puntas de gran persistencia. Se recomienda descartar encefalopatía metabólica así como posible ECJ.

TC de cráneo: atrofia, sin borramiento de surcos ni desviación de estructuras de la línea media ni colecciones hemáticas. Para completar estudio, el día 13 de ingreso se realiza punción lumbar, aparentemente no traumática y con buen ritmo de caída. Bioquímica de líquido cefalorraquídeo: células: 5; mononucleares: no procede; polinucleares: no procede; hematíes: 35; glucosa: 77; proteínas: 0,32; proteína 14-3-3: negativa.

Llaman la atención, a los 5 días de ingreso, cifras de CPK de 651 (que alcanzaron un valor de 1.050), fracción MB normal, PCR 40, creatinina: 1,92.

En los últimos 4 días de ingreso, se aprecia mejoría progresiva del nivel de conciencia, manteniéndose afebril, con corrección de la taquicardia, disminución de la rigidez y mioclonías, con creatinina: 2,11 y CPK: 46, con alta a su domicilio. Tres meses después, el paciente se encuentra estable, con creatinina 1,3 mg/dl, buen nivel de conciencia y mejoría de la funcionalidad.

Discusión

Aunque los criterios diagnósticos para NMS son muy específicos (tabla 1), este síndrome puede tener múltiples presentaciones clínicas. Las alteraciones del estado mental pueden ir desde la confusión hasta la obnubilación y el coma³. La rigidez muscular puede variar desde hipertonia hasta rigidez franca en «tubo de plomo», opistótonos, distonía, blefaroespasmo, trismus y crisis oculogiras³. La disfunción autonómica puede variar desde leve taquicardia e hipertensión hasta el colapso cardiovascular fulminante. La fiebre siempre se ha considerado característica clásica de NMS. Algunos han señalado que las variantes de NMS, en las que los pacientes cumplen con la mayoría de los criterios de diagnóstico, pero no con todos, son parte de un espectro de trastornos o *formas frustradas*.

Las evidencias obtenidas de las bases de datos indican que la frecuencia de NMS es del 0,01-0,02% en individuos tratados con antipsicóticos⁴.

Cuando evaluamos pacientes con posible NMS, otras condiciones clínicas deben ser consideradas y descartadas. Dado que nuestro paciente estaba recibiendo un antipsicótico desde hacía semanas, este fue suspendido al inicio de los síntomas, y se intro-