



Figura 1. a) Extensas lesiones erosivas de fondo eritematoso con tendencia al sangrado, de morfología variable y bordes irregulares, localizadas en tronco y extremidades. Presencia de lesiones aisladas con costra melicérica en superficie, por sobreinfección de las mismas. b) Tras un mes de tratamiento se observa reepitelización de las lesiones erosivas con eritema residual, así como ausencia de lesiones ampollosas que indiquen nuevo brote cutáneo.

de complicaciones que condicionan el pronóstico dermatológico⁶. Varios estudios sugieren que la presencia de deterioro cognitivo en ancianos que sufren un evento estresante, como una enfermedad dermatológica extensa, puede asociarse a resultados negativos en cuanto a recuperación (Hartley et al.¹⁰), aparición de síndromes geriátricos o institucionalización.

Este caso nos parece importante porque ejemplifica la actuación habitual del médico geriatra, realizando una minuciosa evaluación mediante una valoración geriátrica integral (VGI), planificando una intervención multidimensional, nutricional, funcional, cognitiva, de los procesos médicos y una planificación de la atención interdisciplinaria, que mejora la calidad de la atención durante este periodo.

Bibliografía

1. Fuertes de Vega I, Iranzo-Fernández PJM, Mascaró-Galy JM. Penfigoide ampolloso: guía de manejo práctico. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:328–46.
2. Suárez-Fernández R, España-Alonso A, Herrero-González JE, Mascaró-Galy JM. Manejo práctico de las enfermedades ampollas autoinmunes más frecuentes. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:441–55.
3. Deo MS, Kerse N, Vandal AC, Jarrett P. Dermatological disease in the older age group: A cross-sectional study in aged care facilities. *BMJ Open*. 2015;5:e009941, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009941>
4. Tarazona MJM, Mota ANCM, Gripp AC, Unterstell N, Bressan AL. Bullous pemphigoid and neurological disease: Statistics from a dermatology service. *An Bras Dermatol*. 2015;90:280–2.
5. Pietkiewicz P, Gornowicz-Porowska J, Bowszyc-Dmochowska M, Bartkiewicz P, Dmochowski M. Bullous pemphigoid and neurodegenerative diseases: A study in a setting of a Central European university dermatology department. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28:659–63.
6. Cordel N, Chosidow O, Hellot MF, Delaporte E, Lok C, Vaillant L, et al. Neurological disorders in patients with bullous pemphigoid. *Dermatology*. 2007;215:187–91.
7. Chen J, Li L, Chen J, Zeng Y, Xu H, Song Y, et al. Sera of elderly bullous pemphigoid patients with associated neurological diseases recognize bullous pemphigoid antigens in the human brain. *Gerontology*. 2011;57:211–6.

8. Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, Sparsa A, Bedane C, Delaporte E, et al., French Study Group for Bullous Diseases. Risk factors for bullous pemphigoid in the elderly: A prospective case-control study. *J Invest Dermatol*. 2011;131:637–43.

9. Kouris A, Platsadaki E, Christodoulou C, Armyra K, Korkoliakou P, Stefanaki C, et al. Quality of life, depression, anxiety and loneliness in patients with bullous pemphigoid. A case control study. *An Bras Dermatol*. 2016;91:601–3.
10. Hartley P, Gibbins N, Saunders A, Alexander K, Conroy E, Dixon R, et al. The association between cognitive impairment and functional outcome in hospitalised older patients: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2017;46:559–67.

Nieves Parras García de León^{a,*}, Georgina Martín Torres^a,
Javier Gil Moreno^a, Lucía González Ruiz^b
y M. Prado Sánchez Caminero^b

^a Servicio de Geriátrica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nparrasgarciaeleon@gmail.com
(N. Parras García de León).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.001>
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Aspergilosis pulmonar invasiva en paciente anciano con absceso cerebral de origen odontogénico



Invasive pulmonary aspergillosis in an elderly patient with a cerebral abscess of odontogenic origin

El absceso cerebral es una infección del parénquima cerebral poco común^{1,2}. Se relaciona con más frecuencia con infecciones por *Staphylococcus* y *Streptococcus spp.*, así como con focos contiguos de infección^{3,4}. A pesar de su importante tasa de mortalidad (15% en la última década), se ha alcanzado una mejoría pronóstica gracias a avances en el diagnóstico por imagen, técnicas quirúrgicas y antibioterapia, lo que ha posibilitado desenlaces satisfactorios en el 70% de los casos⁴. Se presenta el caso de un paciente anciano con absceso cerebral de probable origen odontogénico complicado.

Presentamos el caso de un varón de 75 años, independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, que ingresó en nuestro centro para tratamiento quirúrgico de absceso cerebral. Estaba diagnosticado de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica, bradicardia sinusal con bloqueo trifascicular asintomático, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y epilepsia estable. Seguía tratamiento con valproato sódico, clonazepam, lisinopril, amlodipino, atorvastatina, mononitrato de isosorbida y bromuro de tiotropio.

Inicialmente ingresó en otro centro por desorientación, desconexión del medio y habla incoherente coincidiendo con la extracción de piezas dentarias y colocación de implantes. No presentaba clínica ni semiología infecciosa del sistema nervioso central y negaba consumo de tóxicos o nuevos fármacos. Durante el ingreso se realizó resonancia magnética craneal (fig. 1), en la que se objetivó masa intraparenquimatosa frontal izquierda (4,2 × 2,3 × 3,0 cm) compatible con absceso cerebral de posible origen odontogénico. Fue trasladado a nuestro centro para valoración y tratamiento. Se realizó punción-aspiración de la lesión y se tomaron muestras para análisis microbiológico. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias. Recibió dosis elevadas de corticoides y antibioterapia de amplio espectro (ceftriaxona, vancomicina y metronidazol) por crecimiento de cocos en cadena compatibles con estreptococo en 2 muestras de la lesión (sin crecimiento final en cultivo ni en

antibiograma) y PCR positiva para *Peptoestreptococcus micros*. Los hemocultivos resultaron estériles. Tras un mes hospitalizado, y ante mejoría clínica (resolución de focalidad neurológica) y radiológica (TAC de control con desaparición casi completa del absceso), fue dado de alta con antibioterapia oral (amoxicilina y metronidazol durante 6 semanas) y seguimiento ambulatorio. El índice de Barthel al alta fue 30/100.

Transcurridos 11 días del alta, el paciente reingresó por fiebre de una semana de evolución con fluctuación de nivel de conciencia, sin asociar signos menígeos. Se realizó TAC craneal urgente (sin cambios), punción lumbar (sin objetivar infección) y analítica sanguínea (anodina). Dados los antecedentes del paciente y la sospecha de meningoencefalitis, se inició aciclovir y antibioterapia de amplio espectro. Tras alcanzar estabilidad clínica, fue trasladado a la Unidad de Convalecencia de Geriátrica para seguimiento y recuperación funcional, con índice de Barthel 15/100. Durante la hospitalización presentó edema agudo de pulmón (resuelto sin incidencias) y posterior toxicodermia de predominio troncular (síndrome de DRESS), que requirió dosis elevadas de dexametasona y retirada de la vancomicina. Fue dado de alta tras 40 días de ingreso, en los que además desarrolló abulia severa en contexto de síndrome frontal residual y mantuvo dependencia para la totalidad de las actividades básicas de la vida diaria. Consiguió deambular al alta con ayuda de andador (índice de Barthel: 25/100).

Diez días después reingresó en la Unidad de Agudos de Geriátrica por fracaso renal, citólisis y persistencia de exantema. Fue un ingreso tórpido con desarrollo de bronconeumonía bilateral por *Aspergillus fumigatus* y citomegalovirus secundaria a inmunodepresión severa y hospitalización prolongada. A pesar del tratamiento antibiótico de amplio espectro (voriconazol y ganciclovir), la evolución clínica fue mala; presentó, además, un ictus isquémico frontoparietal por el que se decidió manejo conservador. Se produjo el fallecimiento del paciente tras un mes de ingreso. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva, neumonía por citomegalovirus e infarto cerebral agudo circunscrito a circunvolución poscentral y lóbulo frontal izquierdo.

Las infecciones fúngicas invasivas son un problema emergente resultado de la generalización de terapias inmunosupresoras y procedimientos invasivos⁵. La incidencia de la aspergilosis pulmonar invasiva ha aumentado en los últimos años⁶ y su mortalidad en pacientes inmunocompetentes es del 63-72%, que llega al 90% en inmunodepresiones severas^{5,7}. Actualmente, factores de riesgo como la EPOC severa, el ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos o el uso prolongado de corticoides cobran importancia⁷⁻⁹. En nuestro caso, el paciente, independientemente de su EPOC de base, contaba con numerosos factores de riesgo para el desarrollo de inmunodepresión (tratamiento corticoideo a altas dosis, hospitalización prolongada...), que lo hicieron especialmente susceptible a desarrollar este tipo de infección. Estas circunstancias no solo propiciaron una rápida evolución del proceso infeccioso a pesar del tratamiento activo, sino el desarrollo de una situación de fragilidad progresiva y dependencia funcional severa que, sin duda, contribuyeron a la aparición de complicaciones que condujeron al final al fallecimiento del paciente.

Bibliografía

1. Helweg-Larsen J, Astradsson A, Richhall H, Erdal J, Laursen A, Brennum J. Pyogenic brain abscess, a 15 year survey. *BMC Infect Dis*. 2012;12:332.
2. Laulajainen-Hongisto A, Lempinen L, Farkkila E, Saat R, Markkola A, Leskinen K, et al. Intracranial abscesses over the last four decades; changes in aetiology, diagnostics, treatment and outcome. *Infect Dis (Lond)*. 2015;1-7.
3. Brouwer MC, Tunkel AR, McKhann GM 2nd, van de Beek D. Brain abscess. *N Engl J Med*. 2014;371:447-56.

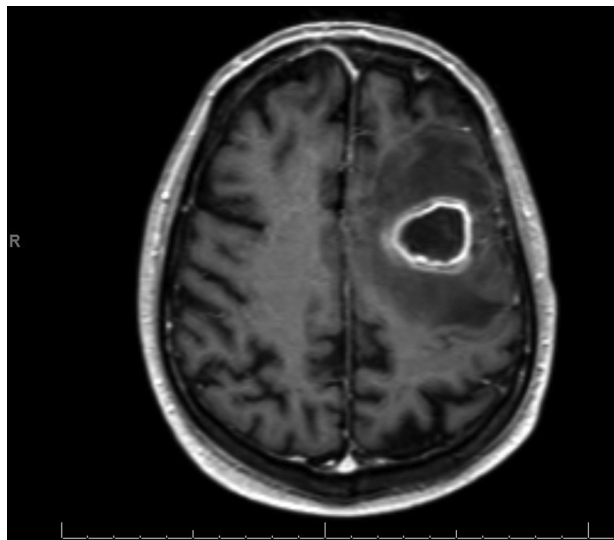


Figura 1. Resonancia magnética, corte transversal. Hallazgos compatibles con absceso cerebral frontal izquierdo con una extensa zona de cerebritis circundante.

4. Brouwer MC, Coutinho JM, van de Beek D. Clinical characteristics and outcome of brain abscess: Systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2014;82: 806–13.
5. Enoch DA, Yang H, Aliyu SH, Micallef C. The changing epidemiology of invasive fungal infections. *Methods Mol. Biol.* 2017;1508:17–65.
6. McNeil MM, Nash SL, Hajjeh RA, Phelan MA, Conn LA, Plikaytis BD, et al. Trends in mortality due to invasive mycotic diseases in the United States, 1980–1997. *Clin Infect Dis.* 2001;33:641–7.
7. Kousha M, Tadi R, Soubani AO. Pulmonary aspergillosis: A clinical review. *Eur Respir Rev.* 2011;20:156–74.
8. Xu H, Li L, Huang WJ, Wang LX, Li WF, Yuan WF. Invasive pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A case control study from China. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18:403–8.
9. Guinea J, Torres-Narbona M, Gijón P, Muñoz P, Pozo F, Peláez T, et al. Pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Incidence, risk factors, and outcome. *Clin Microbiol Infect.* 2010;16: 870–7.

Nicolás María González-Senac*, Vicente Romero Estarlich, Eugenio Marañón Fernández y Jose Antonio Serra-Rexach

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nic.gsenac@gmail.com (N.M. González-Senac).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.004>
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.