



CARTA AL EDITOR

¿Hematoma espontáneo? Importancia de estudio etiológico en el paciente mayor



¿Spontaneous hematoma? Importance of etiological study in older patients

Sr. Editor:

Presentamos el caso clínico de una mujer de 80 años con antecedentes personales de dislipemia, ictus isquémico de etiología indeterminada, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y miositis inflamatoria, en tratamiento diario con ezetimiba 10 mg, ácido acetil salicílico 300 mg, insulina glargina 12 UI, prednisona 2,5 mg, trazodona 50 mg y de manera semanal metotrexato 15 mg y Acfo[®] 5 mg. En cuanto a su situación basal presentaba dependencia establecida como consecuencia de ictus previo hacía dos años (índice de Barthel 30/100, no realizaba deambulación, solo bipedestación con ayuda de 2 personas, dependencia para el aseo, la ducha, incontinencia urinaria) y sin deterioro cognoscitivo.

Ingresó de manera urgente en el servicio de cirugía general por hematoma espontáneo de gran tamaño en miembro superior derecho y hemitórax ipsilateral. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) objetivando hematoma pectoral de 9,7 × 5,2 × 5,9 cm (fig. 1a) con anemia severa secundaria (hemoglobina de 6,4 g/dl). Se solicitó seguimiento clínico por geriatría. Al ingreso, además de la anemia, presentaba alteración de la coagulación con tiempo de cefalina de 76 s (rango normal: 20–39 s) y ratio del tiempo de cefalina 2,87 (rango normal: 0,8–1,2). Una vez descartadas las causas habituales de la alteración de la coagulación, se consultó al servicio de hematología quien confirmó el diagnóstico de hemofilia A adquirida (HAA) con una determinación de FVIII del 0% mediante método cromogénico.

La HAA se produce por la presencia de autoanticuerpos específicos contra el factor VIII (FVIII) de la coagulación. Estos anticuerpos son policlonales, de subclase IgG4 y se unen tanto a la cadena pesada como a la ligera, impidiendo la unión del FVIII a otros factores de la coagulación^{1,2}. En la mayoría de las ocasiones se debe a neoplasias, fármacos o enfermedades autoinmunes. Es una enfermedad de baja incidencia, con 1,5 casos/millón de habitantes/año, pero más frecuente en mayores de 85 años, entre los que la incidencia

aumenta a 15 casos/millón³. La sospecha diagnóstica debe hacerse ante la aparición aguda de hematomas de tamaño o localización anormales y un alargamiento del tiempo de cefalina no justificado que no se corrige tras la realización del estudio de mezclas⁴. La confirmación diagnóstica se realiza con la cuantificación de niveles plasmáticos de FVIII y la titulación del inhibidor del mismo. El número y gravedad de las hemorragias no están relacionados ni con los niveles de FVIII ni con el título del inhibidor de FVIII⁵. No existen niveles de referencia de FVIII o de título del inhibidor para decidir cuándo iniciar el tratamiento⁶, sino que este depende de la localización e intensidad de la hemorragia^{7–9}. Los objetivos del tratamiento son el control de la clínica hemorrágica mediante los llamados agentes *bypass* (concentrado de factores del complejo protrombínico activado y FVII activo recombinante), y la erradicación del inhibidor mediante tratamiento inmunosupresor que permita restablecer unos niveles de FVIII dentro de la normalidad. Presenta unas tasas de mortalidad elevadas, entre el 9–33%^{7,10}.

En la paciente se cuantificó el inhibidor del FVIII mediante el test de Nijmegen-Bethesda presentado títulos elevados de 50 unidades Bethesda. Ante el diagnóstico de hemofilia adquirida con clínica hemorrágica de gravedad se inició, además de la transfusión de hemoderivados, tratamiento hemostático con FVIIa recombinante y tratamiento inmunosupresor con prednisona (1 mg/kg/día), inmunoglobulinas (0,4 g/kg/24 h) y FVIII a dosis de 100 UI/kg/día. Se descartó origen oncológico mediante TAC toraco-abdomino-pélvico y marcadores tumorales, así como origen farmacológico, por lo que se diagnosticó HAA idiopática. La paciente presentó mala evolución clínica durante los siguientes 30 días sin respuesta al tratamiento inmunosupresor, con múltiples complicaciones médicas: nuevos episodios hemorrágicos en pared abdominal (fig. 1b) que precisaron drenaje percutáneo, sobreinfección del mismo, bacteriemia secundaria por germen multirresistente, insuficiencia cardíaca descompensada, desnutrición proteica, síndrome confusional agudo e inmovilismo. Dada la evolución clínica tórpida a pesar de tratamiento dirigido y situación de dependencia previa, se decidió de manera multidisciplinar, en consenso con paciente y familiares adecuación del esfuerzo terapéutico falleciendo a las 2 semanas con buen control sintomático.

Consideramos de interés este caso porque la baja incidencia de esta enfermedad puede dificultar y retrasar el diagnóstico. A pesar de ser una enfermedad grave y con alta morbilidad, es una afección poco conocida donde la sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoces.

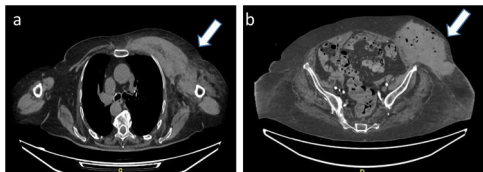


Figura 1. a) Imagen de tomografía axial computarizada que muestra el hematoma espontáneo pectoral de 9,7 × 5,2 × 5,9 cm; b) Imagen de tomografía axial computarizada que muestra hematoma espontáneo en pared abdominal.

Bibliografía

- Oh J, Lim Y, Jang MJ, Huh JY, Shima M, Oh D. Characterization of anti-factor viii antibody in a patient with acquired hemophilia A. *Blood Res.* 2013;48:58–62.
- Lavigne-Lissalde G, Rothschild C, Pouplard C, Lapalud P, Gruel Y, Schved JF, et al. Characteristics, mechanisms of action, and epitope mapping of anti-factor VIII antibodies. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2009;37:67–79.

3. Ceresetto JM, Duboscq C, Fondevila C, Tezanos M. Hemofilia Adquirida (inhibidor adquirido del factor VIII). *Medicina* (Buenos Aires). 2015;75:231–8.
 4. Huth-Kühne A, Baudo F, Collins P, Ingerslev J, Kessler CM, Lévesque H, et al. International recommendations on the diagnosis and treatment of patients with acquired hemophilia A. *Haematologica*. 2009;94:566–75.
 5. Baudo F, Collins P, Huth-Kühne A, Lévesque H, Marco P, Nemes L, et al., EACH2 registry contributors. Management of bleeding in acquired hemophilia A: Results from the European Acquired Haemophilia (EACH2) Registry. *Blood*. 2012;120:39–46.
 6. Delgado J, Jiménez-Yuste V, Hernando-Navarro F, Villar A. Acquired haemophilia: Review and meta-analysis focused on therapy and prognostic factors. *Br J Haematol*. 2003;121:21–35.
 7. Collins PW, Hirsch S, Baglin TP, Dolan G, Hanley J, Makris M, et al., UK Haemophilia Centre Doctors' Organisation. Acquired hemophilia A in the United Kingdom: A 2-year national surveillance study by the United Kingdom Haemophilia Centre Doctors' Organisation. *Blood*. 2007;109:1870–7.
 8. Astermark J, Oldenburg J, Pavlova A, Berntorp E, Lefvert AK, MIBS Study Group. Polymorphisms in the IL-10 but not in the IL-1b and IL-4 genes are associated with inhibitor development in patients with hemophilia A. *Blood*. 2006;107:3167–72.
 9. Kessler CM, Knöbl P. Acquired haemophilia: An overview for clinical practice. *Eur J Haematol*. 2015;95 Suppl 81:36–44.
 10. Borg JY, Guillet B, Le Cam-Duchez V, Goudemand J, Lévesque H, SACHA Study Group. Outcome of acquired haemophilia in France: The prospective SACHA (Surveillance des Auto antiCorps au cours de l'Hémophilie Acquisée) registry. *Haemophilia*. 2013;19:564–70.
- Katherin Clareth Castillo Vázquez^{a,*},
Raquel Ramírez-Martín^{a,b}, Eduardo García Pérez^{a,c}
y Cristina Zúñiga Bartolomé^a
- ^a Servicio de Geriatria, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
^b Instituto de Investigación Biomédica, Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), Madrid, España
^c Servicio de Hematología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: katycastillo8812@gmail.com
(K.C. Castillo Vázquez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.005>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Impact of COVID-19 pandemic in terms of incidence and lethality in nursing homes



Impacto de la pandemia de COVID-19 en términos de incidencia y letalidad en residencias de ancianos

Dear Editor,

We would like to share ideas on the publication “Impact of COVID-19 pandemic in terms of incidence and lethality in nursing homes in Galicia (Spain).¹” According to Losada-Castillo et al., monitoring COVID-19 in nursing homes is crucial for understanding the dynamics of the disease. According to Losada-analysis, Castillo's the sixth wave had the highest incidence and the lowest lethality, with the first wave having the highest lethality.¹ Due to the effects of vaccination, the incidence of the fourth and fifth waves was decreased.¹

We both concur that patterns of incidence and fatality in several COVID-19 waves may be due to chance. The impacts of vaccination may be to blame for the lower occurrence. But it's important to be aware of other complicating factors. It is important to emphasize the consequences of the SARS CoV2 variant's molecular mutation. The virulence of the virus could alter as a result of a molecular change.² Additionally, asymptomatic COVID-19, which is a prevalent condition, may have affected several patients.³ Those who had COVID-19 in the past but had no symptoms may be immune to a potential reinfection during the present wave.

Funding

None.

Conflict of interest

None.

Acknowledgement

None.

Bibliografía

1. Losada-Castillo I, Santiago-Pérez MI, Naveira-Barbeito G, Otero-Barros MT, Pérez-Martínez O, Zubizarreta-Alberdi R. Impact of COVID-19 pandemic in terms of incidence and lethality in nursing homes in Galicia (Spain). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2022.08.003>. S0211-139X(22)00100-7. Online ahead of print.
2. Kannan S, Shaik Syed Ali P, Sheeza A. Evolving biothreat of variant SARS-CoV-2 – molecular properties, virulence and epidemiology. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25:4405–12.
3. Joob B, Wiwanitkit V. Letter to the Editor: Coronavirus disease 2019 (COVID-19), infectivity, and the incubation period. *J Prev Med Public Health*. 2020;53:70.

Pathum Sookaromdee^{a,*}, Viroj Wiwanitkit^b

^a Private Academic Consultant, Bangkok, Thailand

^b Adjunct Professor, Joseph Ayobabalola University, Ikeji-Arakeji, Nigeria

* Corresponding author.

E-mail address: pathumsook@gmail.com (P. Sookaromdee).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.007>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.