

la tiroides, factor intrínseco, células pancreáticas y receptores de insulina.

La presentación clínica del SPA suele ocurrir por etapas. Se manifiesta de forma inicial como una enfermedad endocrina de etiología autoinmunitaria, y tras unos meses o incluso años, van apareciendo otras, que no siempre son endocrinas, con lo que llega a confirmar el diagnóstico⁹. El objetivo de hacer un estudio detallado en estos pacientes con SPA radica en detectar pronto las enfermedades autoinmunes y prevenir sus complicaciones¹⁰. A este paciente se le trató la neumonía y se le manejó la DM insulínica y el hipotiroidismo secundario a la tiroiditis.

Bibliografía

- Owen CJ, Cheetham TD. Diagnosis and management of polyendocrinopathy syndromes. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2009;38:419–36.
- Neufeld M, Maclaren N, Blizzard R. Autoimmune polyglandular syndromes. *Pediatr Ann.* 1980;9:154–62.
- 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.
- Horie I, Kawasaki E, Ando T, Kuwahara H, Abiru N, Usa T, et al. Clinical and genetic characteristics of autoimmune polyglandular syndrome Type 3 variant in the Japanese population. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97:E1043–50.
- Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C, Guirado Risueño M, Mora A, Carrato A. Síndrome pluriglandular autoinmune. Revisión. *An Med Interna (Madrid).* 2007;24:445–52.
- Eisenbarth GS, Gottlieb PA. Autoimmune polyendocrine syndromes. *N Engl J Med.* 2004;350:2068–79.
- Amerio P, Tracanna M, de Remigis P, Betterle C, Vianale L, Marra ME, et al. Viti- ligo associated with other autoimmune diseases: Polyglandular autoimmune syndrome types 3B+C and 4. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:746–9.
- Kahaly GJ. Polyglandular autoimmune syndromes. *Eur J Endocrinol.* 2009;161:11–20.
- Neufeld M, Maclaren NK, Blizzard RM. Two types of autoimmune Addison's disease associated with different polyglandular autoimmune (PGA) syndromes. *Medicine (Baltimore).* 1981;60:355–62.
- Dittmar M, Kahaly GJ. Polyglandular autoimmune syndromes: Immunogenetics and long-term follow-up. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:2983–92.

José Mauricio Ocampo Chaparro^a, Carlos Alfonso Reyes Ortiz^{b,e,*}, Marcela Ramírez^c, Juan David Gutiérrez Posso^d y Juan Manuel Molina Gómez^d

^a Medicina Interna-Geriatria, Magister en Epidemiología Director, Servicio de Hospitalización Geriátrica programa «Siéntete como en Casa» Corporación Comfenalco-Universidad Libre, Cali, Colombia

^b Gerontology Institute, Georgia State University, Atlanta, Georgia, USA

^c Medicina Interna, Universidad Libre, Cali, Colombia

^d Universidad Libre, Cali, Colombia

^e University of Texas Medical School, Division of Geriatric and Palliative Care, Houston, Texas, USA

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: careyesortiz@hotmail.com, carlosareyesort@gmail.com (C.A. Reyes Ortiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.004>

Hernia paraesofágica en el anciano con cardiopatía. ¿Hasta cuándo se debe esperar para operarle?



Paraesophageal hernia in the elderly with heart disease. For how long must they wait for an operation?

Sr. Editor:

Debido al incremento en la esperanza de vida de la población española en relación con las mejoras en la calidad de vida y en la atención sanitaria de nuestro país, los médicos estamos tratando con mayor frecuencia a pacientes ancianos con hernias paraesofágicas de larga evolución, que les producen limitaciones importantes en la alimentación (vómitos, dolor torácico o abdominal, disfagia).

Sin embargo, algunos de ellos presentan enfermedades cardiopulmonares y no se les ofrece la valoración por parte de cirugía para considerar una solución de la hernia por vía laparoscópica.

En la actualidad, existe consenso entre los expertos sobre la indicación del tratamiento quirúrgico en todo paciente con una hernia paraesofágica sintomática si se encuentra en condiciones de soportar la intervención^{1–3}. Por otra parte, está claramente demostrado en estos casos el beneficio de los procedimientos programados sobre las intervenciones urgentes debidas a complicaciones agudas⁴.

Presentamos el caso de un varón de 86 años con cardiopatía dilatada de origen isquémico (fracción de eyección ventricular: 28%), múltiples *stent* coronarios, marcapasos por bloqueo A-V e hipertensión arterial, sin deterioro cognitivo, que refería una larga historia de hernia de hiato y pirosis. En los últimos años, el paciente toleraba mal la ingesta oral con vómitos y epigastralgas frecuentes. A pesar de ello, llevaba una vida activa y era el principal cuidador de su esposa, con secuelas de un ictus.

El anciano ingresó en urgencias del hospital por agudización del dolor abdominal y vómitos. Sus médicos le habían contraindicado siempre una operación por el elevado riesgo quirúrgico, a pesar de la sintomatología digestiva. Durante su ingreso, se observó una gran hernia paraesofágica con volvulación gástrica en mediatino sin signos de isquemia en dicho órgano (fig. 1). Tras solicitar valoración quirúrgica, se descomprimió el estómago con una sonda nasogástrica, obteniendo 1.500 cc y una gran mejoría del dolor abdominal. El paciente fue intervenido posteriormente realizando una funduplicatura parcial tipo Dor con hiato plastia posterior por vía laparoscópica. Se utilizaron presiones bajas en el neumoperitoneo (10 mmHg) y el paciente toleró sin problemas las 3 h de



Figura 1. Tomografía computarizada donde se aprecia gran parte del estómago herniado en el mediastino, sin signos de sufrimiento y el corazón con un marcapasos intracavitario.

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.