

6. Remacha Esteras MA, Esteban Martín A, Parra Parra I, Remacha Esteras T. Infección urinaria por *Aerococcus urinae*. Aten Primaria. 2003;31:553–4.

P. Cabezas^{a,c,*}, J.M. Porcel^{a,c}, E. Pueo^{b,c} y F. Worner^{b,c}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^c Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pamcpe@yahoo.com (P. Cabezas).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.019

Linfoma no-Hodking óseo primario. Un análisis retrospectivo

Primary non-Hodgkin's lymphoma of the bone. A retrospective analysis

Sr. Director:

El linfoma no-Hodgkin óseo primario (LNHOP) es una entidad clinicopatológica extremadamente infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodgkin (LNH) de localización extranodal¹ y menos del 2% de todos los LNH en adultos². Aproximadamente el 3% de las neoplasias óseas primarias son LNHOP^{3,4}. Los síntomas del LNHOP son dolor óseo, masa palpable por afectación de tejidos blandos, tumefacción, fracturas patológicas y síndrome de compre-

sión medular. Hay síntomas B en el 50% y la mayoría son monofocales (80%)^{5,6}. La histología más prevalente es el linfoma B difuso de célula grande.

Presentamos una serie de cuatro pacientes diagnosticados entre los años 2000 a 2009 en el Hospital Universitario de Salamanca excluyendo la edad pediátrica, con diagnóstico confirmado mediante biopsia ósea (clasificación de la OMS)⁷ y estadificación según el sistema Ann-Arbor. De un total de 794 casos de LNH registrados entre enero del 2000 a junio del 2010, sólo 4 pacientes varones entre 20 y 72 años de edad fueron diagnosticados de LNHOP, lo que representa un 1,9%. Todos los pacientes debutaron con dolor óseo de al menos 4 meses de evolución. Todas las lesiones fueron monostóticas (fig. 1). Tres tuvieron diagnóstico histológico de linfoma B difuso de células grandes y en un caso de linfoma B folicular. El estudio de estadificación fue 1E limitado en tres pacientes y 1IE avanzado en uno. Se verificó un patrón

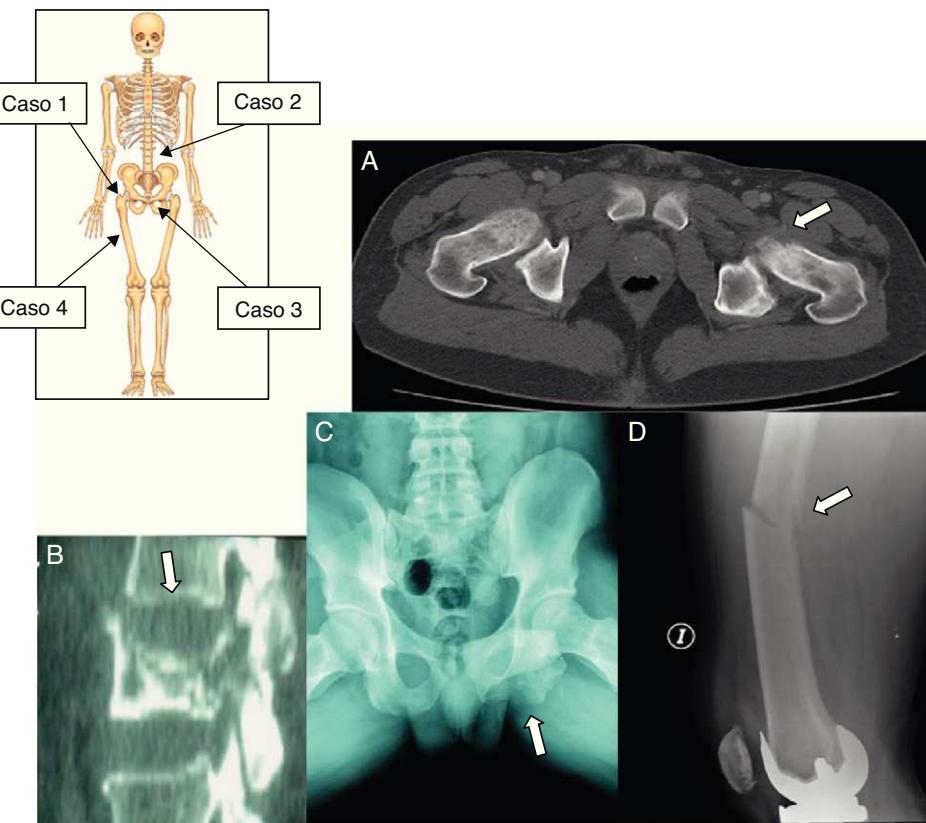


Figura 1 A) Cabeza de fémur derecho (caso 1). B) Columna lumbar (L3) con masa parevertebral (caso 2). C) Masa femoro-iliaca izquierda (caso 3). D) Fractura patológica de diáfrasis femoral derecha (caso 4).

radiológico lítico-destructivo predominante en los cuatro pacientes, no se observaron otros territorios afectados y las gammagrafías óseas 99m Tc mostraron exclusivamente captación en el territorio óseo afecto. En ningun caso la médula ósea estaba infiltrada por linfoma. Los cuatro pacientes fueron tratados con quimioterapia y radioterapia local posterior con remisión completa hasta la actualidad, completándose con vertebroplastia y enclavamiento diafisario femoral en los pacientes con afectación L3 (caso 2) y fractura patológica (caso 4) respectivamente.

Nuestro trabajo confirma la baja prevalencia del LNHP (< 2%) similar al de otras series^{5,6,8,9}; así como el predominio en varones, el dolor como síntoma principal e inicial, la localización en huesos largos (fémur) y columna vertebral y el linfoma B de células grandes como tipo histológico predominante. El abordaje terapéutico con quimioterapia basada en régimen CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona) con o sin rituximab y radioterapia posterior es el actualmente recomendado⁵.

Bibliografía

1. Dobson LS, Hancock H, Bright N, Robinson MH, Hancock BW. Localized non-Hodgkin's lymphoma: the Sheffield Lymphoma group experience (1970-1995). *Int J Oncol.* 1998;13:1313–8.
 2. Dubey P, Ha CS, Besa PC. Localized primary malignant lymphoma of bone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997;37:1087–93.
 3. Dahlin DC. *UK Bone Tumors.* 4.^a ed. Springfield, IL: Thomas; 1986. p. 208–26.
 4. Limb D, Dreghorn C, Murphy JK, Mannion R. Primary lymphoma of bone. *Int Orthop.* 1994;18:180.
 5. Ramadan KM, Shenkier T, Sehn LH, Gascoyne RD, Connors JM. A clinicopathological retrospective study of 131 patients with primary bone lymphoma: a population-based study of successively treated cohorts from the British Columbia Cancer Agency. *Ann Oncol.* 2007;18:129–35.
 6. Horsman JM, Thomas J, Houg R, Hancock BW. Primary bone lymphoma: a retrospective analysis. *Int J Oncol.* 2006;28:1571–5.
 7. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW, editores. *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues.* Lyon: IARC Press; 2001.
 8. Dürér HR, Müller PE, Hiller E, Maier M, Baur A, Jansson V, et al. Malignant lymphoma of bone. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2002;122:10–6.
 9. Heyning FH, Hogendoorn PCW, Kramer MHH, Hermans J. Primary non-Hodgkin's lymphoma of bone: a clinicopathological investigation of 60 cases. *Leukaemia.* 1999;13:2094–8.
- M. García-García^a, D.P. Remolina-Cabrera^a,
A.C. Antolí-Royo^{b,*} y J.M. Martín-Enrique^c
- ^a Servicio de Medicina Interna I, Hospital Universitario de Salamanca, España
^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila, España
^c Servicio de Traumatología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: acantoliroyo2002@yahoo.es
(A.C. Antolí-Royo).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.020

Alteraciones de la función tiroidea en pacientes con hepatitis crónica C tratados con interferón α pegilado

Thyroid dysfunction in patients with chronic hepatitis C treated with pegylated interferon alpha

El interferón α pegilado (peg-IFN α), junto con ribavirina (RBV), constituye el tratamiento de elección para la hepatitis C debido a su alta eficacia terapéutica^{1,2}. Sin embargo, su utilización se asocia a una amplia gama de efectos adversos que dificultan el manejo terapéutico entre ellos la disfunción tiroidea (DT)³. En la literatura médica pocos estudios evalúan la incidencia, características e impacto de la DT en este contexto siendo sus resultados discordantes^{4–7}. A su vez en España, si bien hay un estudio que evalúa la DT en pacientes que han recibido INF α ⁸, no hay trabajos que evalúen los efectos de la formulación pegilada en pacientes sin coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana^{9,10}.

En este escenario hemos creído interesante estudiar la prevalencia de DT en estos pacientes, la existencia de factores relacionados con el huésped y/o la infección por virus C para su desarrollo y el impacto en el curso evolutivo del tratamiento.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes asistidos en nuestra consulta monográfica y protocolizada para el tratamiento de la hepatitis C entre el 1 de enero de años 2002 y 30 de junio de 2009 seleccionando para el análisis a aquellos enfermos que recibieron tratamiento con peg-IFN α 2a o 2b junto a RBV y que presentaban determinaciones hormonales antes del inicio del tratamiento antiviral, mensualmente durante el mismo y a los 6 meses de finalizado éste. Se definieron 4 tipos de DT: 1) hipotiroidismo manifiesto: cuando se identificó niveles de TSH > 4,940 mcg/ml y T4L < 0,70 ng/dl asociado a síntomas y que requirió tratamiento hormonal sustitutivo; 2) hipotiroidismo subclínico: cuando se detectó valores de TSH > 4,940 mcg/ml con T4L entre los valores normales; 3) hipertiroidismo manifiesto: cuando el valor de TSH fue < 0,350 mcg/ml y T4L > 1,75 ng/dl asociado a síntomas y que requirió tratamiento; y 4) hipertiroidismo subclínico: con valores de TSH < 0,350 mcg/ml y T4L entre los valores normales. Los datos fueron procesados por el software SPSS 15.0 siendo las variables continuas comparadas con la prueba de *T*-Student y las cualitativas con la χ^2 , o bien con el test exacto de Fisher cuando indicado.

Un total de 110 pacientes presentaron todos los datos para realizar el análisis. Las características basales se exponen en la tabla 1. Siete pacientes (6,4%) presentaron alteraciones analíticas de la función tiroidea, 4 desarrollaron hipofunción tiroidea y tres hiperfunción tiroidea.