

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-Hodking óseo primario (LNHOP) es una entidad clinicopatológica extremadamente infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodkin (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 compresión 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 IIE avanzado en uno. Se verificó un patrón

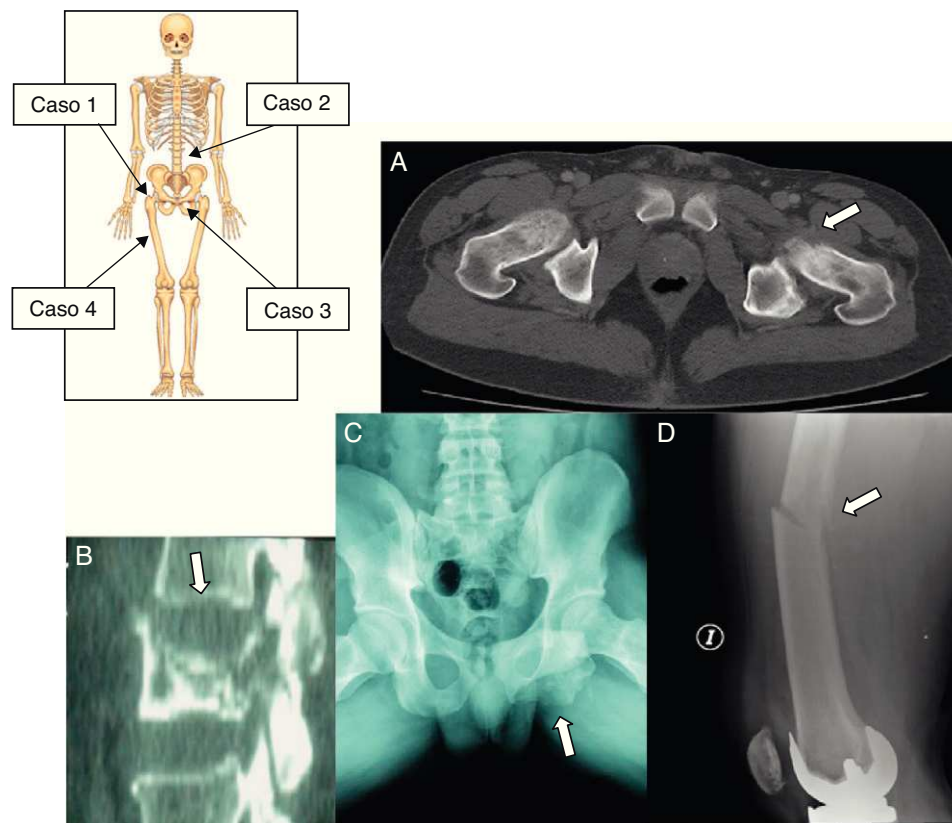


Figura 1 A) Cabeza de fémur derecho (caso 1). B) Columna lumbar (L3) con masa parevertebral (caso 2). C) Masa femoro-iliaca izquierda (caso 3). D) Fractura patológica de diáfisis femoral derecha (caso 4).

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 ningún 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 LNHOP (< 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, doxorubicina, 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, Shenker 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. Dürr 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 interferon 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 discordantes⁴⁻⁷. 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.