

Bibliografía

1. García Tapia AM, Lozano Domínguez MC, Fernández Gutiérrez del Álamo C. Infección por *Erythrovirus* B19. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24 Suppl. 1:S24-9.
2. Drago F, Semino M, Rampini P, Rebora A. Parvovirus B19 infection associated with acute hepatitis and a purpuric exanthem. *Br J Dermatol*. 1999;141:160-1.
3. Bock CT, Klingel K, Kandolf R. Human parvovirus B19-associated myocarditis. *N Engl J Med*. 2010;362:1248-9.
4. Samii K, Cassinotti P, de Freudenreich J, Gallopín Y, Le Fort D, Stalder H. Acute bilateral carpal tunnel syndrome associated with human parvovirus B19 infection. *Clin Infect Dis*. 1996;22:162-4.
5. Prieto de Paula JM, Mayor-Toranzo E, Franco-Hidalgo S. Síndrome del túnel carpiano bilateral e infección por parvovirus B19. *Rev Clin Esp*. 2012;212:221-2.
6. Musiani M, Manaresi E, Gallinella G, Zerbini M. Persistent parvovirus b19 infection resulting in carpal tunnel syndrome. *J Clin Pathol*. 2007;60:1177-8.
7. Torné Cachot J, Blanch Falp J, García Pont X, Baucells Azcona JM. Infección por parvovirus B19 en adultos inmunocompetentes. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:78.
8. Young NS, Brown KE. Parvovirus B19. *N Engl J Med*. 2004;350:586-97.
9. Heegaard ED, Brown KE. Human parvovirus B19. *Clin Microbiol Rev*. 2002;15:484-515.
10. Tudela P, Serrano A, Mòdol JM, Juncá J. Leucocitopenia febril por parvovirus B19. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:397.

J.M. Prieto de Paula^{a,*}, S. Franco Hidalgo^b, J.M. Eiros Bouza^c y S. Rojo Rello^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es

(J.M. Prieto de Paula).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.05.019>

Neoplasias hematopoyéticas descubiertas de forma casual: pertinencia del análisis de sangre de rutina

Hematopoietic neoplasms discovered by chance: importance of routine blood analysis

Sr. Director:

Con frecuencia son derivados a la consulta de hematología pacientes completamente asintomáticos, que muestran alteraciones en el hemograma descubiertas de forma casual en un análisis de sangre^{1,2} y que sugieren la existencia de una neoplasia subyacente de origen hematopoyético³.

Hemos analizado retrospectivamente la forma de presentación de las 488 neoplasias hematopoyéticas *de novo* diagnosticadas en el área de salud de El Bierzo, León en un período de 6 años⁴ con el fin de conocer la frecuencia con la que los pacientes debutaban con alteraciones analíticas que aconsejaban su estudio a pesar de la ausencia de síntomas (*Performance Status* de 0 puntos según la escala ECOG).

En el 31,8% de los casos, la anamnesis dirigida (manifestaciones de síndrome anémico, infecciosas o hemorrágicas, síntomas B, aparición de adenopatías, hepatoesplenomegalia o dolor óseo) fue negativa. La proporción de pacientes asintomáticos fue superior (41,4 vs 12,3%; d: 29,07%; IC del 95% para la diferencia de porcentajes: 21,7-36,4%) entre los portadores de neoplasias con origen en la médula ósea (NOMO: síndromes mielodisplásicos, neoplasias mieloproliferativas crónicas, síndromes linfoproliferativos crónicos y mieloma múltiple), que en los portadores de neoplasias originadas a partir de los ganglios linfáticos (NOGL). Aunque se pudiera pensar que únicamente los procesos de evolución crónica se presentan de forma asintomática, cabe desta-

car que el 10,3% de las leucemias agudas de los pacientes mayores de 65 años tuvieron también ese comportamiento.

La mayoría de las neoplasias hematopoyéticas se presentaron a edades avanzadas, la proporción de pacientes con edad superior a 50 años fue del 88,7% en las NOMO y del 80,2% en las NOGL. La proporción de pacientes asintomáticos fue también superior en los mayores de 50 años, que en los más jóvenes (33,4 vs 21,7%; d: 11,7%; IC del 95%: 0,9-22,4%), sin que se observasen diferencias relevantes en función del sexo de los pacientes.

Las alteraciones analíticas más frecuentemente observadas en los pacientes asintomáticos con NOMO fueron el aumento de los recuentos de los elementos sanguíneos (84,4%), la presencia de citopenias (13,3%) y la macrocitosis persistente (2,2%). En los pacientes con NOGL fueron la linfocitosis (85%) y las citopenias (15%).

A la luz de nuestros hallazgos, cabe discutir la pertinencia de efectuar un hemograma como parte del examen básico de los pacientes de más de 50 años, que son objeto de asistencia en el ámbito de la Atención Primaria. Al tratarse de neoplasias con un índice de curabilidad limitado, es probable que el impacto de un diagnóstico precoz sobre la mortalidad final sea escaso, y que el adelanto en el diagnóstico pudiese generar inquietud. Sin embargo, también podría limitar las complicaciones ocasionadas por la enfermedad y los costes para el sistema sanitario que de ellas se derivan. Se trata de una prueba, que efectuada de una forma indiscriminada probablemente resulte escasamente costo-efectiva, pues se estima que la incidencia de estos procesos en nuestro medio en dicho grupo poblacional es de unos 125 casos/100.000 habitantes/año. Sin embargo, podría ser una medida a considerar en poblaciones seleccionadas (exposición previa a tratamientos antineoplásicos, antecedentes familiares de neoplasias hematopoyéticas, presencia de factores de riesgo ocupacionales o medioambientales, etc.).

En todo caso, la periodicidad con la que deba efectuarse y su impacto sanitario deben ser cuantificados de un modo prospectivo y aleatorizado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Resultados del registro español de leucemias (REL) 2002. Fundación Leucemia y Linfoma. Madrid: Aula Médica; 2003.
2. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of Internal Medicine: Oncology & Hematology. New York: McGraw-Hill Company; 2008.
3. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC; 2008.
4. Rodríguez García JA. Estudio de la incidencia de las neoplasias hematopoyéticas en el área de salud de El Bierzo. Tesis doctoral. Universidad de León, 2010. [consultado 19/1/12]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/handle/10612/792>.

J.A. Rodríguez-García* y F. Ramos

Servicio de Hematología, Hospital Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrodriguezgar@saludcastillayleon.es (J.A. Rodríguez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.06.004>

Nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: un problema que no cesa

New human immunodeficiency virus diagnoses: a never-ending problem

Sr. Director:

El conocimiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), su epidemiología y sus posibilidades terapéuticas se han incrementado desde los inicios de la epidemia hasta el momento actual. El tratamiento antirretroviral consigue la supresión de la replicación viral condicionando una mejor calidad de vida, una disminución de la mortalidad y una importante disminución del riesgo de transmisión¹. Sin embargo, preocupa el alto porcentaje de pacientes en los que se realiza un diagnóstico tardío (linfocitos CD4+ inferiores a 200/mm³) y que en España representa entre el 25 y el 40% de los nuevos diagnósticos en los últimos años²⁻⁴. Actualmente, la mayoría de la infecciones se adquieren por vía sexual y, aunque los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) constituyen el grupo mayoritario, se observa un aumento significativo entre la población heterosexual (HtSx)⁵. Muchos de los enfermos en los que se diagnostica tardíamente la infección por VIH han contactado con el sistema sanitario en repetidas ocasiones antes de ser correctamente diagnosticados⁶⁻⁸. El conocimiento de las características de los nuevos diagnósticos de infección por VIH puede ser de utilidad para reducir el porcentaje de diagnósticos tardíos. Por este motivo realizamos un estudio que analiza las características de los pacientes con diagnóstico reciente de infección por VIH atendidos en nuestro centro entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010.

Se realizó una búsqueda retrospectiva de los sujetos a los que se había diagnosticado por primera vez de infección por VIH mediante los listados de trabajo del laboratorio de microbiología durante el periodo especificado. Se recogieron variables demográficas, el tipo y subtipo del VIH, su

tropismo, los resultados de los estudios de resistencia y la situación clínica e inmunoviológica en el momento de la primera visita. Las variables cualitativas se expresan en número absoluto y porcentaje (tipo y subtipo de VIH, tropismo, sexo, nacionalidad, vía de transmisión, mutaciones de resistencia, comorbilidad, hospitalización por enfermedad oportunista), y las cuantitativas (edad, recuento de linfocitos CD4/mm³) en media y desviación estándar. La comparación de variables cualitativas se efectuó mediante el test de Chi-cuadrado, considerando significativa una $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® 17.0.

Se diagnosticó infección por VIH en 230 pacientes, 96 en 2009 y 134 en 2010. La edad media fue de 36 años (desviación estándar: 10 años); 200 (87%) eran varones y 114 (49,6%) eran españoles; en 22 (9,6%) no se había recogido la nacionalidad. Los países de origen más frecuentes de la población no española fueron: Guinea Ecuatorial con 27 casos (11,7%), Brasil con 10 (4,3%) y Ecuador, Colombia y Perú con 7 cada uno (3%). Los 35 restantes procedían de Europa (10 casos), otros países de Sudamérica (17 casos) y otros países de África (6 casos). Un paciente era natural de Tailandia y otro de Estados Unidos. En 171 ocasiones (74%) se recogió la vía de transmisión que mayoritariamente fue sexual: HSH en 112 pacientes (48,7%) y HtSx en 53 (23%). Solo 3 enfermos (1,3%) habían utilizado drogas intravenosas y otros 3 (uno procedente de Rumanía y 2 de Guinea Ecuatorial) referían entre sus antecedentes haber recibido una transfusión sanguínea en su país de origen como posible causa de la infección. En la mayoría de los casos la infección fue por VIH-1 (226 pacientes, 98%), encontrándose VIH-2 solo en 3 pacientes (1,3%) y una infección mixta por VIH-1 y VIH-2 en una paciente africana. En 170 casos (75,2%) se recogió el subtipo del VIH-1 y en 38 de los 170 (22,3%), de los que 10 eran españoles, existió un subtipo no-B. Los subtipos no-B más frecuentes fueron los recombinantes (en 6 ocasiones CRF02_AG y en 3 CRF01_AE). Se había realizado el tropismo en 85 casos (37,6%) y se encontró CCR5 en 60 (70,58% de los realizados). En la visita inicial, además de los parámetros inmunoviológicos y serológicos se había realizado el HLA-B5701 en 123 pacientes (54,4%) y fue positivo en 6 (4,8% de los realizados). La carga viral osciló entre 1,5 y 5,97 loga-