3. Economopoulos T, Papageorgiou S, Rontogianni D, Kaloutsis V, Fountzilas G, Tsatalas C, et al. Multifocal extranodal non-hodgkin lymphoma: a clinicopathologic study of 37 cases in Greece, a Hellenic Cooperative Oncology Group study. *Oncologist* 2005; 10: 734-8.
4. Khosravi Shahi P, Perez Manga G. Diffuse large B-cell lymphoma. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 17-21.
5. Eom DW, Huh JR, Kang YK, Lee YS, Yu E. Clinicopathological features of eight Korean cases of primary hepatic lymphoma. *Pathol Int* 2004; 54: 830-6.
6. Grubstein A, Givon-Madhala O, Morgenstern S, Cohen M. Extranodal primary B-cell non Hodgkin lymphoma of the breast mimicking acute mastitis. *J Clin Ultrasound* 2005; 33: 140-2.
7. Chalabreysse L, Berger F, Loire R, Devouassoux G, Cordier JF, Thiviolet-Bejui F. Primary cardiac lymphoma in immunocompetent patients: A report of the three cases and review of the literature. *Virchows Arch* 2002; 441: 456-61.
8. Lewin KJ, Ranchod M, Dorfman Rf. Lymphomas of the gastrointestinal tract: a study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978; 42: 693-707.
9. Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. *Br J Surg* 1961; 49: 80-9.
10. García-Ferrer L, Martínez-Moragón E, Fernández-Fabrellas E, Arago Galindo M. 45-year-old male with bilateral lung infiltrates. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 355-6.

Importancia de la proteína C reactiva como marcador de progresión en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Director

La proteína C reactiva es un marcador de inflamación y de daño tisular. Es una proteína que se encuentra elevada, en los casos en los que existe una infección, mostrando valores más elevados en los casos en que se trate de una infección bacteriana, con respecto a las infecciones virales (1-4).

Algunos estudios han evidenciado niveles más elevados de proteína C reactiva (PCR) en los casos en que existe una progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (5,6).

Se piensa que es un marcador de progresión, independiente del nivel de linfocitos CD4 y que por lo tanto podría aportar información adicional en la práctica clínica, en el seguimiento de los pacientes afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (5,6).

La determinación del nivel de PCR es un método barato, sencillo de realizar y que nos puede indicar que algunos pacientes afectados de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana van a progresar en un plazo breve, independientemente del recuento de linfocitos CD4, de la carga viral y del resto de las determinaciones que habitualmente efectuamos en las revisiones periódicas de estos pacientes.

En base a estos estudios, nos propusimos analizar qué nivel de proteína C reactiva tenían los pacientes que acudían a una consulta monográfica de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, en un hospital del grupo 2.

Además queríamos analizar si existían niveles más elevados de proteína C reactiva en los pacientes que estaban clasificados en el estadio C de la infección con respecto al estadio A y B.

Durante el periodo de un mes, realizamos la determinación de PCR en estos pacientes.

No incluimos en el estudio a los pacientes que en el momento de la solicitud de la determinación analítica tenían datos de alguna otra infección o proceso inflamatorio.

Por esta causa, excluimos en este periodo a un total de 5 pacientes.

El valor normal de PCR en nuestro laboratorio oscila entre 0 y 5 mg/dl.

La muestra estaba constituida por un total de 34 pacientes, 22 varones (64,7%) y 12 mujeres (35,2%). Las edades estaban comprendidas entre 33 y 51 años, con una edad media de 41,1 años.

Los valores de la proteína C reactiva oscilaron entre 0 mg/dl y 19 mg/dL, con un valor medio de 4,35 mg/dl.

Analizando por estadios de la infección VIH, se encontraban en estadios A y B, 28 pacientes (82,3%) y en ellos existieron niveles elevados de PCR (por encima de los 5 mg/dl), en seis casos (21,4%). Por otra parte se encontraban en estadio C, un total de 6 pacientes y en ellos se encontraron elevaciones del nivel de PCR en cuatro casos (66,66%).

El nivel de medio de la PCR en los estadios A y B fue de 3,86 mg/dl y en el estadio C de 8,30 mg/dl.

Evidentemente el número de enfermos incluidos en el estudio es reducido, pero llama poderosamente la atención, el nivel de elevación de PCR en los estadios C, con respecto al A y B, aún teniendo en cuenta el escaso nivel de elevación de la proteína C.

Evidentemente son necesarios nuevos estudios con un mayor número de enfermos incluidos para poder extraer conclusiones con mayor base.

F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño, F. Árbol Linde', S. Casallo Blanco, P. del Valle Loarte

Servicios de Medicina Interna y 'Medicina Intensiva. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

1. Dev D, Wallace E, Sankaran R, Cunniffe J, Govan JR, Wathen CG, Emmanuel FX. Value of C-reactive protein measurements in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 1998; 92: 664-7.
2. Grutzmeier S, Sandstrom E. C-reactive protein levels in HIV complicated opportunistic infections and infections with common bacterial pathogens. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 229-34.
3. C-reactive protein levels in community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2003; 21: 702-5.
4. Arango CA, Midani S, Alvarez A, Kubilis PS, Rhatore MH. Usefulness of acute phase reactants in the diagnosis of acute infections in HIV-infected children. *South Med J* 1999; 92: 209-13.
5. Lau B, Sharrett AR, Kingsley LA, Post W, Palella FJ, Visscher B, et al. C-reactive protein is a marker for human immunodeficiency virus disease progression. *Arch Intern Med* 2006; 166: 64-70.
6. Noursadeghi M, Miller RF. Clinical value of C-reactive protein measurements in HIV-positive patients. *AIDS* 2005; 16: 438-41.

Fiebre y exantema maculopapular como primeras manifestaciones de linfoma

Sr. Director

El diagnóstico diferencial del paciente con fiebre y exantema es amplio, representando las entidades infecciosas las causas más frecuentes. Presentamos a continuación el siguiente caso clínico de un varón que debutó con fiebre y rash, que consideramos de gran interés debido a la excepcionalidad del diagnóstico final.

Un varón de 65 años ingresa por cuadro de una semana de evolución de fiebre (39 °C) con tiritona y exantema maculopapular generalizado confluyente de aparición en tronco que se había iniciado en la línea del cabello. El paciente no refería antecedentes personales ni epidemiológicos significativos. En la exploración física se evidenciaron adenopatías axilares bilaterales y el

exantema como hallazgos patológicos. Los análisis de sangre y orina mostraron elevación de reactantes de fase aguda (VSG 69 mm/hora, fibrinógeno 672 mg/dl) como únicos parámetros alterados. La morfología de sangre periférica no detectó alteraciones. Los hemocultivos y las serologías virales (VIH, VHB, VHC, Coxiella, lúes, Borrelia y Rickettsia) resultaron negativas. Los niveles de complemento fueron normales y el estudio de autoinmunidad negativo. La β 2-microglobulina estaba elevada (8,594 mg/l). Se realizó una tomografía axial computadorizada toraco-abdominal donde se observaron adenopatías supraclaviculares, hiliares, mediastínicas, retroperitoneales y mesentéricas. Durante su ingreso desarrolló púrpura palpable en miembros inferiores, determinándose en sangre la existencia de crioglobulinas.

Se procedió a la realización de una biopsia de adenopatía axilar donde se apreció una proliferación linfoide difusa caracterizada mediante inmunohistoquímica como linfoma B de célula grande. Se pautó tratamiento quimioterápico con CHOP-rituximab. Un año después el paciente se encuentra asintomático sin evidencia de recidiva de su enfermedad.

El paciente con fiebre y exantema maculopapular presenta un desafío clínico para el médico internista. Habitualmente suele tener un origen infeccioso y fundamentalmente viral, aunque el diagnóstico diferencial debe incluir otras causas potenciales como exposición a fármacos, lupus eritematoso sistémico o enfermedad de Still. Además, en ocasiones representa la manifestación clínica de entidades que suponen una emergencia médica como la endocarditis bacteriana o la meningococemia (1). Por este motivo el primer paso y más importante debe ser la realización de una anamnesis detallada con especial interés por viajes recientes, exposiciones a animales, personas enfermas o ingesta de fármacos, así como una exploración minuciosa con el fin de buscar adenopatías, hepatoesplenomegalia, lesiones orales o conjuntivales, soplos cardíacos o rigidez de nuca, además de caracterizar la erupción según el tipo, morfología, disposición y distribución central o periférica.

En el paciente descrito destaca además la presencia de crioglobulinemia, que se manifestó como una púrpura palpable, relacionada en este caso también con el trastorno linfoproliferativo de base.

La afectación cutánea en el linfoma es infrecuente y comprende dos tipos, la primera con hallazgos histológicos de linfoma, y la segunda y más frecuente como enfermedad paraneoplásica asociada, denominada de este modo porque aunque las lesiones cutáneas se relacionan con el linfoma, éstas no contienen células malignas. Dentro de este último grupo se incluyen manifestaciones diversas como prurito, urticaria, eritrodermia, eritema nodoso e ictiosis (2,3).

Además de estas lesiones existen entidades con predominio de afectación dermatológica que se pueden asociar a linfomas como el síndrome de Sweet, y de hecho es de obligado cumplimiento ante estos pacientes descartar una enfermedad neoplásica asociada.

Fig. 1. Exantema maculopapular de distribución central.

En resumen, debemos incluir a los linfomas dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes que debutan con fiebre y erupción maculopapular de distribución central, y en este sentido la existencia de otras manifestaciones clínicas como adenopatías periféricas o púrpura palpable pueden alertarnos acerca del diagnóstico.

F. J. Fernández Fernández, R. Puerta Louro, L. González Vázquez, C. Soto Ríos¹, J. de la Fuente Aguado

Servicios de Medicina Interna y ¹Hematología. Hospital Povisa. Vigo

1. McKinnon HD Jr, Howard T. Evaluating the febrile patient with a rash. *Am Fam Physician* 2000; 62: 804-16.
2. Rubenstein M, Duvic M. Cutaneous manifestations of Hodgkin's disease. *Int J Dermatol* 2006; 45: 251-6.
3. Roif M, Miller EB, Kneller A, Landau Z. Unusual manifestations of Hodgkin's disease. *IMAJ* 2003; 5: 62-3.

Ascitis tabicada por tuberculosis peritoneal

Sr. Director:

La tuberculosis abdominal representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar y la región ileocecal y el peritoneo son las localizaciones más habituales (1,2). La tuberculosis peritoneal (TP) es poco frecuente en los países desarrollados (3). Suele presentarse en edades medias de la vida con predominio en mujeres (2,4). La diseminación peritoneal puede producirse desde los ganglios linfáticos, lesiones intestinales o salpingitis tuberculosa en mujeres (1). Sus manifestaciones se confunden con otros procesos por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha o de lo contrario el diagnóstico puede ser omitido o retrasado dando lugar a una mayor morbimortalidad (3).

Presentamos el caso de un varón de 57 años, agricultor, fumador de 30 cigarrillos al día con hábito enólico importante y antecedentes patológicos de apendicectomía a los 20 años. Ingresó por presentar en los últimos 20 días astenia, pérdida de 8 Kg de peso y un ligero aumento del perímetro abdominal. En los 3 días previos al ingreso se añadió fiebre de 39° con escalofríos sin foco evidente. A la exploración física destacaron T° 38,3°C, delgadez, buena coloración de piel y mucosas, nivel de conciencia normal. El abdomen estaba tenso, poco depresible con matidez difusa y hernia inguinoescrotal dcha no complicada.

En los análisis de sangre destacaron VSG: 64, proteínas: 5,8 g/dl, Na: 127 mEq/l y un patrón de mala utilización del hierro. La Rx de tórax mostró una ligera elevación del diafragma dcho y la Rx de abdomen niveles hidroaéreos difusos. La ecografía abdominal evidenció ascitis tabicada de moderada cuantía. Tras paracentesis se obtuvo un líquido de color ambarino con características de exudado linfocitario y citología negativa para malignidad. El ADA fue de 108 U/l. La tinción para BK y cultivo de Löwenstein fueron negativos. Los hemocultivos, cultivos y BK de esputos, serologías de hepatitis B y C y VIH fueron negativos. La TAC abdominal demostró ascitis tabicada con importante engrosamiento peritoneal y epiploico (Fig. 1) con hígado y bazo normales. La colonoscopia hasta ciego fue normal. El Mantoux fue negativo. Se solicitó laparoscopia que no pudo realizarse por intensa fibrosis y se realizó una minilaparotomía apreciando un peritoneo engrosado con nódulos de 1-2 cm