

camientos Extranjeros; restringiendo su uso al medio hospitalario dado el riesgo de anafilaxia y/o enfermedad del suero. Se aceptan como indicaciones, aunque no están rigurosamente definidas, la rápida extensión local, grado lesional III y/o envenenamiento sistémico. La realización de una prueba de hipersensibilidad previa y la premedicación con antihistamínicos y/o corticoides es motivo de controversia (6-8); así como el tiempo máximo a partir del cual no es eficaz (6,10), pero en cualquier caso se recomienda su administración lo más precoz posible. La forma más frecuente de administración es intravenosa, una ampolla diluida en 500 cc de solución fisiológica a pasar en 4 horas, puede repetirse a las 8 horas según la evolución clínica (7). El tratamiento se completa con profilaxis antitetánica (correcta vacunación), antibiótica (amoxicilina-clavulánico) y antitrombótica (heparina de bajo peso molecular) (6,8). No hay acuerdo respecto al uso de corticoides (8). El paciente asintomático debe permanecer en observación 4-6 horas y el sintomático al menos 24 horas. El pronóstico en adultos sanos en general es favorable, más cuanto más precozmente haya sido tratado. Las medidas de prevención consisten en métodos de barrera y evitar lugares frecuentados por serpientes.

**E. M. Fonseca Aizpurua, E. García Piney<sup>1</sup>, F. J. Nuño Mateo,  
A. Braña Rodríguez<sup>1</sup>**

Servicios de Medicina Interna y <sup>1</sup>Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. González D. Clinical aspects of bites by spiders in Spain. Toxicon 1982; 20: 349-353.
2. García Piney E, Fonseca Aizpuru EM, Nuño Mateo FJ. Mordedura de víbora. Med Clin 2005; 125: 240.
3. Sanz Anquela JM, Goberna Burguera F, Rodríguez Manzanilla L, Ruiz Liso JM. Lesiones por mordedura de serpiente. Med Clin (Barc) 1989; 92: 398.
4. Meseguer Ruiz VA, Medrano González F, Alamillo S, Ferreras Fernández P. Ritmo idioventricular acelerado y bloqueo incompleto de la rama derecha secundarios a mordedura de Vipera latasti. Med Clin (Barc) 1999; 112: 278-279.
5. Gold BS, Dart RC, Barish RA. Bites of venomous snakes. N Engl J Med 2002; 347: 347-356.
6. Anglés R, Salgado A, Peracaula R, Bóveda JL, Latorre F, Palomar m. Mordeduras de serpiente en nuestro medio. A propósito de una revisión bianual de siete casos. Rev Clin Esp 1991; 188: 193-196.
7. Martín Sierra MC, Bernal Pérez M, Bruna Azara C, Martí Jiménez JI. Suero antiofídico: ¿peor el remedio que la enfermedad? Med Intensiva 1998; 22: 148-153.
8. García de Castro S, Vela Fernández X. El manejo de las mordeduras de serpiente en Sudamérica. Emergencias 2005; 17: 267-273.
9. Juckett G, Hancox JG. Venomous snakebites in the United States: Management review and update. Am Fam Physician 2002; 65: 1367-1374.
10. González D, Guerra JC, Pujol Borrell R, Richart C, Bacardi R. Revisión de seis casos observados en nuestro medio. Med Clin 1979; 72: 284-288.

## Anemia y masa abdominal en adolescente de 15 años

Sr. Director:

La enfermedad de Castleman o hiperplasia angiocítica es una enfermedad linfoproliferativa poco frecuente, fue descrita inicialmente en 1956 por Benjamín Castleman y su etiología es desconocida. Se presenta en adultos jóvenes y es excepcional en menores de

18 años. Desde el punto de vista clínico se describen 2 formas, una localizada o unicéntrica (ECU) de buen pronóstico, y otra multicéntrica (ECM) descrita en 1978, más frecuente en pacientes inmunodeprimidos. Histológicamente se describen 3 patrones: hialino vascular (HV), de células plasmáticas y mixto (1,2). Presentamos el caso de una mujer de 15 años de edad, estudiante, sin antecedentes personales o familiares de interés. Acudió a nuestra consulta por clínica de 4 meses de evolución de astenia progresiva y sensación de disconfort abdominal. La exploración física era normal salvo palidez cutáneo mucosa. La analítica mostraba anemia microcítica, (Hb 6,4 g/dl, hematocrito 21, VCM 54) sin alteración del frotis sanguíneo, con ferritina, vitamina B12 y ácido fólico en rango normal. Asimismo se objetivaba una velocidad de sedimentación globular (VSG) 133 mm a la 1<sup>a</sup> hora, proteína C reactiva (PCR) 124 mg/L, hipergammaglobulinemia policlonal, con estudios inmunológicos y microbiológicos negativos. En las pruebas de imagen, incluido tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen y arteriografía, se objetivó tumoración sólida de aproximadamente 3-4 cm localizada en mesenterio. Se remitió al Servicio de Cirugía Pediátrica de hospital de referencia, donde se realizó laparotomía y exéresis de la lesión, con diagnóstico de enfermedad de Castleman unicéntrica con patrón hialino vascular.

La ECM tiene una incidencia menor, se presenta en edades más tardías y con un patrón plasmocelular o mixto. Se manifiesta como una enfermedad sistémica con fiebre, sudoración, adenopatías y hepatosplenomegalia. Es frecuente la asociación con linfomas, síndrome de POEMS o mieloma osteoesclerótico, lo que ensombrece el pronóstico. Se han intentado numerosos tratamientos con resultados desiguales dado el escaso número de casos publicados y el pequeño tamaño de las series, y en general tienen mal pronóstico. El descubrimiento en los últimos años de la asociación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) ha revolucionado el conocimiento de esta enfermedad, hay autores que consideran la ECM dentro del complejo de las linfadenopatías asociadas a SIDA (3,4).

La ECU es la forma de presentación más frecuente, afecta a jóvenes con una edad media de 35 años. Cursa de forma asintomática, aunque en ocasiones presentan signos de compresión de estructuras adyacentes. En la exploración no suele haber adenopatías externas palpables y los datos de laboratorio suelen ser normales. En la mayoría de los casos se localiza en el mediastino, es infrecuente la forma abdominal. Los hallazgos radiológicos, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN) y angiografía, son inespecíficos y similares a otros procesos linfoproliferativos. Para el diagnóstico es necesario la resección de la masa. La biopsia por aspiración no es útil. La cirugía es curativa y no se han descrito recidivas en la literatura (5-7). Las complicaciones derivan del riesgo de evolución a linfoma, en pacientes no diagnosticados o con enfermedad irresecable.

La enfermedad de Castleman es excepcional en niños y adolescentes y presenta varias diferencias con la población adulta (8). Es muy rara la existencia de ECM y ésta tiene un curso clínico más favorable, la localización en mesenterio es habitual, no se han descrito casos de infección por VIH u otra inmunodeficiencia, y en general parece tener mejor pronóstico y evolución que en adultos (9). El patrón histológico HV es también el más frecuente y de forma típica cursa de forma asintomática y sin anemia, aunque en ocasiones, (como el caso que presentamos), en el laboratorio se objetiva una anemia microcítica-hipocrómica o normocítica, con elevación de reactantes de fase aguda e hipergammaglobulinemia (10). El tratamiento quirúrgico es curativo. Recientemente se ha introducido la angiografía y la embolización selectiva prequirúrgica como técnicas para disminuir el riesgo de hemorragia al tratarse de masas muy vascularizadas (8) En resumen, aunque infrecuente, deberíamos tener presente la enfermedad de Castleman como causa de anemia con reactantes de fase aguda y/o masa abdominal.

**E. M. Fonseca Aizpuru, F. J. Nuño Mateo, G. García Corte<sup>1</sup>, N. Fuentes Martínez<sup>1</sup>**

Servicios de Medicina Interna y <sup>1</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Séller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hialine-vascular and plasma cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer* 1972; 29: 670-83.
2. Rodríguez Silva H, Buchaca Faxas E, Machado Puerto I, Pérez Roman G, Pérez Caballero D. Castleman's disease. Review of five cases. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 24-27.
3. Cazorla Jiménez A, Górgolas Henández-Mora M, Fernández Guerrero M, Renedo Pascual G, Rivas Manga C. Enfermedad de Castleman multicéntrica en sida. Su relación con el VHH-8 o virus herpes asociado al sarcoma de Kaposi. Estudio de 2 casos. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 607-09.
4. Valencia ME, Moreno V, Martínez P, Casado I. Evolución favorable de la enfermedad de Castleman tratada con valganciclovir oral. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 397-399.
5. Bowne WB, Lewis JJ, Flippa DA, Niesvizky R, Brooks AD, Burt MF et al. The management of unicéntrica and multicentric CD: A report of 16 cases and review of the literature. *Cancer* 1999; 85: 706-17.
6. Chronowski GM, Ha CS, Wilder RB, Cabanillas F, Manning J, Cox JD. Treatment of unicéntrica and multicentric Castleman disease and the role of radiotherapy. *Cancer* 2001; 92: 670-76.
7. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman disease. *Ann Intern Med* 1998; 128: 657-62.
8. Sánchez de Toledo Sancho J, Fábregas Sabaté J, Marhuenda Irastorza C, Lucaya Layret X, Torán Fuentes N, Gros Subias L et al. Enfermedad de Castleman. *An Pediatr* 2005; 63: 68-71.
9. Parez N, Bader-Meunier B, Roy CC, Dommergues JP. Paediatric Castleman disease. Report of seven cases and review of the literature. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 631-637.
10. De Heer-Groen TA, Prakken ABJ, Bax NMA, Van Dijken PJ. Iron therapy resistant microcytic anaemia in a 13-years-old girl with Castleman disease. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 1015-1017.

## Tetraparesia secundaria a tumoración paravertebral

Sr. Director:

Los tumores espinales primarios son muy poco frecuentes, además la localización cervical de los mismos es altamente infrecuente (1). A continuación exponemos una breve experiencia en este ámbito.

Paciente de 60 años de edad sin enfermedades, que encontrándose previamente bien es ingresado en el hospital debido a una cervicobraquialgia de un mes de evolución, acompañada de parestesias en las 4 extremidades y existencia de Romberg hacia la derecha durante la marcha en la exploración neurológica. Se realiza una TC cerebral que es normal. A lo largo de la evolución en el hospital presenta bruscamente una tetraparesia motivo por el que ingresa en UCI recibiendo entre otros tratamientos ventilación mecánica. Se realiza una RM urgente donde aparece una tumoración extramedular a nivel de C3 que infiltra médula y que origina una destrucción vertebral de C3 (Fig. 1). Se interviene de urgencia realizando laminectomía de C3 y C4 y resección de la tumoración. El paciente es extubado a las 24 horas sin déficits motores o sensitivos y dado de alta a planta.



Fig. 1. Tumoración extramedular que infiltra médula.

Los tumores espinales primarios son poco frecuentes, y comprenden aproximadamente el 15% de todos los tumores del SNC, pudiendo ser extra o intradurales, y a su vez intra o extramedulares (1). De entre los diferentes tipos histológicos de tumores que afectan a la médula espinal, los del área cervical no son muy frecuentes (1,2), y cursan, al igual que en el caso expuesto, con tetraplejía súbita precedida de síntomas previos como dolor de carácter neuropático y de difícil tratamiento, en el área cervical o en la de los hombros durante los meses previos (2,3). El diagnóstico de elección se realiza mediante la RM (2,4). La exéresis total de la lesión y la laminectomía descompresiva constituye el tratamiento de elección, (al igual de lo que sucede en las lesiones ocupantes de espacio que afectan a esta área aunque sean de otra naturaleza), y se encuentra entre los principales factores predictores de buen pronóstico, si bien únicamente en el 60% de los casos se consigue una resección radical de los mismos (1,4,5). Algunos de ellos, dependiendo del tipo histológico, requieren posteriormente tratamientos coadyuvantes como la radioterapia (2).

## B. Obón Azuara, I. Gutiérrez Cía, B. Zalba Etayo, B. Villanueva Anadón

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

1. Gelabert-González M. Primary spinal cord tumours. An analysis of a series of 168 patients. *Rev Neurol* 2007; 44: 269-74.
2. Jain A, Jalali R, Nadkarni TD, Sharma S. Primary intramedullary primitive neuroectodermal tumor of the cervical spinal cord. Case report. *J Neurosurg Spine* 2006; 4: 497-502.
3. Nomura H, Harimaya K, Orii H, Shiba K, Ueta T. Traumatic neuroma of the anterior cervical nerve root with no subjective episode of trauma. Report of four cases. *J Neurosurg* 2002; 97 (Supl. 3): 393-6.