

masa exofítica (2) y mediante biopsia bronquial, transbronquial o transtorácica, se puede llegar al diagnóstico histológico, demostrando la presencia de células blásticas linfoides con fuerte actividad mitótica, claro indicativo de malignidad. El infiltrado linfoidal invade estructuras bronquiales, vasculares y pleurales, siendo frecuente la necrosis. Como en nuestro caso, debido al alto grado de atipia, suelen ser necesarias técnicas inmunohistoquímicas para diferenciarlos de carcinomas, melanomas o sarcomas cuando existe marcada reacción fibroblástica (2).

En comparación con el de bajo grado, el linfoma de alto grado tiene peor pronóstico. La media de supervivencia es de 8-10 años, siendo menor en pacientes con enfermedades de base (HIV, trasplantados). La progresión y la recidiva tanto local como a distancia son más frecuentes (2).

El tratamiento se basa en la quimioterapia, siendo la pauta con CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) combinada con la inmunoterapia con anticuerpos anti CD20 (Rituximab) la más difundida y con mayor tasa de respuestas (5).

J. N. Sancho Chust, E. Chiner Vives, A. Camarasa Escrig

Secció de Pneumologia. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant

1. Darryl C, Egglestone JC. Tumors of the lower respiratory tract. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1979.
2. Cadranel J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. Eur Respir J 2002; 20: 750-62.
3. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J. Lymphoma classification – from controversy to consensus: the R.E.A.L. and WHO Classification of lymphoid neoplasms. Ann Oncol 2000; 11: (Supl. 1): 3-10.
4. Martínez Rivera C, Bonnin Vilaplana M, Simón Adiego C, et al. Masa cavitada como forma de presentación de un linfoma pulmonar primario. Arch Bronconeumol 2004; 40: 94-6.
5. Bendandi M, Pileri SA, Zinzani PL. Challenging paradigms in lymphoma treatment. Ann Oncol 2004; 15: 703-11.

Revisión de 11 casos de eritema indurado en un hospital de segundo nivel

Sr. Director:

El eritema indurado (EI) o vasculitis nodular fue descrito por Ernest Bazin en 1861, como una tuberculide, o reacción inmune en la piel tras contacto con el bacilo tuberculoso. Al ser una reacción de hipersensibilidad el cultivo siempre es negativo, el diagnóstico de certeza viene dado por la positividad de la PCR para micobacterias. Es un tipo de paniculitis, o inflamación del tejido subcutáneo o hipodermis, de tipo lobulillar con vasculitis (1,2). Se presenta en mujeres de edad media, con evolución subaguda recidivante o extremadamente crónica. Forma parte del diagnóstico diferencial del eritema nodoso (EN) por su mayor prevalencia, y también paniculitis lúpica, pancreática, o déficit de alfa 1 antitripsina entre otras (1,2). Presentamos el caso de un varón de 60 años diagnosticado de cardiopatía isquémica estable e hipertensión arterial, que presentaba lesiones en forma de nódulos de distintos tamaños, no confluyentes, eritemato-violáceas, indurados al tacto y dolorosas en región pretibial de miembros inferiores, y artralgias en tobillos. Fue diagnosticado de EN y siguió tratamiento sintomático con antiinflamatorios (AINE) y posteriormente esteroides con desaparición de las lesiones y sintomatología, pero reapari-

ción de las mismas tras suspender tratamiento por lo que es derivado a Medicina Interna. El paciente negaba antecedentes de tuberculosis (TBC) o vacunación. La exploración física era normal. El estudio de laboratorio, radiografía de tórax, pruebas serológicas y cultivos fueron negativos. La prueba tuberculínica (Mantoux) presentaba una induración de 40 mm. Se practicó biopsia cutánea de una de las lesiones que fue informada como EI, con tinción de Ziehl-Neelsen (ZN), cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) *Mycobacterium tuberculosis* negativo. Se inició tratamiento tuberculostático con buena evolución.

Presentamos un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de EI en el hospital de Cabueñas que atiende a una población 300.000 habitantes, desde enero 2000 hasta junio 2007. Los diagnosticados en otros hospitales se han excluido. Hemos encontrado 11 casos cuyas características se describen en la tabla I. El rango de edad fue de 28 a 78 años, con una edad media de 58, y predominio femenino. Los estudios complementarios no demostraron hallazgos patológicos. El Mantoux fue positivo en 8 de 9. La tinción de ZN y el cultivo de la biopsia para *Mycobacterium tuberculosis* ha sido negativo en todos los casos. En los que se ha realizado PCR ha sido negativa. En 4 pacientes se ha planteado origen tuberculoso y tratamiento, que han completado sin complicaciones y con buena evolución. Recientemente ha sido diagnosticado 1 paciente (caso 8) según evolución se planteará iniciar terapia específica. El EI se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos, firmes, inflamatorios, de número variable, entre 1 y 3 cm de diámetro, bilaterales pero no simétricos, superficie eritematosa-violácea, a menudo con collarete descamativo, en pantorrillas-concretamente tercio inferior de superficie posterolateral de piernas (a veces cara anterior, pies, muslos, nalgas, brazos). Tienden a ulcerarse en un tercio de los casos. Asintomáticos o sensibles a palpación y pueden ser dolorosos. Suelen curar dejando hiperpigmentación con o sin atrofia. La etiología ha sido muy controvertida. En la actualidad, la detección mediante (PCR) de ADN de *M. tuberculosis* en pacientes con EI sostiene origen tuberculoso, con una positividad según las series del 14-70% (3,4). Su negatividad, como en nuestra serie, puede explicarse por una reacción a proteínas u otros componentes del microorganismo no detectables mediante esta técnica, o bien por un origen no tuberculoso. El diagnóstico se apoya en la morfología de las lesiones cutáneas, hallazgos histológicos de la biopsia cutánea, Mantoux positivo y evidencia de exposición a TBC (5,6). En los casos idiopáticos el tratamiento es sintomático. La evolución es determinante. En resumen pretendemos recordar el EI, en el diagnóstico diferencial de paniculitis como EN. Los estudios sugieren la infección tuberculosa como factor etiopatogénico en algunos pacientes con EI y por tanto el beneficio del tratamiento tuberculostático.

E. M. Fonseca Aizpuru, E. E. Rodríguez Ávila, I. Arias Miranda¹, C. Álvarez-Cuesta¹, A. Martínez Merino²

Servicio de Medicina Interna. ¹Servicio de Dermatología. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñas. Gijón. Asturias

1. Roustan Gullón G. Revisiones y actualizaciones: enfermedades del sistema inmune. Paniculitis. Medicine 2001; 33: 1723-30.
2. Avilés Izquierdo JA, Recarte García-Andrade C, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaita P, Lecona Echevarría M, de Portugal Álvarez J. Subcutaneous panniculitis at a third level hospital retrospective study of 113 cases. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 108-12.
3. Margall N, Baselga E, Coll P, Barnadas M, Sánchez F, de Moragas JM, et al. Usefulness of polymerase chain reaction for the diagnosis of Bazin erythema induratum. Med Clin (Barc) 1996; 107: 730-4.
4. Vieites B, Suárez-Peña JM, Pérez del Molino ML, Vázquez-Veiga H, Pardo F, Del Río E, et al. Recovery of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in biopsies of erythema induratum-results in a series of patients using an improved polymerase chain reaction technique. Br J Dermatol 2005; 152: 1394-6.

TABLA I

ERITEMA INDURADO

Edad/sexo/ año dx	Antecedentes TBC	Motivo de consulta	Mantoux	Biopsia cultivo/PCR	Tratamiento/ evolución
1 62/M (2001)	No recuerda	Semanas de brotes lesiones MMII y antebrazos, fiebre	No	PLCV Cultivo-	EXITUS por linfoma
2 70/M (2001)	TBC intestinal	8 meses de brotes MMII, artralgias	25 mm	PLCV Cultivo-	*Rifampicina, isoniazida, pirazinamida
3 58/M (2002)	No recuerda.	1 mes de brotes brazos, MMII	18 mm	PLCV Cultivo-	Sintomático No acudió a revisión
4 30/M (2004)	Contacto TBC pulmonar	Años brotes MMII	16 mm	PLCV Cultivo-	Sintomático. No ha vuelto a tener brotes
5 75/M (2005)	No recuerda	Años brotes MMII, artralgias, aftas orales	15 mm	PLCV Cultivo-	Sintomático. No acudió a revisión
6 54/M (2006)	Pleura juventud	1 año brotes MMII, artralgias	Positivo	PLCV Cultivo-	*Rifampicina, isoniazida, pirazinamida
7 63/M (2007)	No recuerda	6 meses brotes MMII	10 mm	PLCV Cultivo-	*Rifampicina, isoniazida, pirazinamida
8 78/M (2007)	Contacto TBC	1 mes brotes MMII	Negativo	PLCV	Sintomático Pendiente de evolución
9 28/H (2003)	No recuerda	1 mes brazo dcho, aftas orales	NO	PLCV	Sintomático No ha vuelto a tener brotes
10 57/H (2005)	No recuerda	2 meses brotes MMII	10 mm	PLCV Cultivo-	Sintomático Pendiente de evolución
11 60/H (2007)	No recuerda	1 mes brotes MMII, artralgias	40 mm	PLCV Cultivo-	*Rifampicina, isoniazida, pirazinamida

MMII: miembros inferiores. PLCV: paniculitis lobulillar con vasculitis. *Rifampicina, isoniazida, pirazinamida 2 meses. Rifampicina, isoniazida 4 meses.

- Leow LJ, Pintens S, Pigott PC, Whitfeld MJ. Erythema induratum- a hypersensitivity reaction to *Mycobacterium tuberculosis*. Aust Fam Physician 2006; 35: 521-2.
- Lafuente Urrez RF, Dachary Pagola MT, Ruiz Laiglesia F. Nodular lesions of the lower limbs with long clinical course. Bazin's indurated erythema. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 498.

con neumonías producidas por otros microorganismos, aunque en el caso de los estafilococos, es más frecuente que se produzca infección necrosante con cavitación(5).

Puede adquirirse tanto por vía aérea o aspiración, como secundaria a la siembra hematogena durante una bacteriemia (5).

Recientemente hemos tenido ocasión de diagnosticar a un paciente que tuvo una bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, sin endocarditis; presentando un cuadro de neumonía y además una espondilodiscitis lumbar. Dado el interés del caso, nos parece conveniente presentarlo a continuación.

Varón de 75 años de edad, con antecedentes personales de intervención por cáncer de laringe hacía 10 años, sin datos actuales de recidiva, no fumador desde entonces; diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en tratamiento con teofilina retardada, no oxigenoterapia domiciliaria ni ingresos por éste motivo; hipertensión arterial en tratamiento con captopril; no alergias medicamentosas conocidas; posible cólico nefroureteral derecho quince días antes.

Audió a urgencias refiriendo incremento de su disnea habitual de unos cinco días de evolución, acompañada de tos con escasa expectoración blanquecino-amarillenta, ruidos respiratorios, fiebre de hasta 38 °C y cierta desorientación en las últimas 24 horas. Su médico había indicado tratamiento con moxifloxacino y un mucolítico, sin mejoría.

A la exploración física: T.A: 155/80 mmHg, 38 °C, obeso, facies congestiva, traqueostomía. Auscultación cardiaca: Tonos ritmicos ligeramente rápidos. Auscultación pulmonar: Estertores crepitantes en la base derecha, sibilancias difusas y disminución global del murmullo vesicular, más acusado en la base derecha.

Neumonía y espondilodiscitis lumbar como complicación de una bacteriemia por *Staphylococcus aureus*

Sr. Director:

Staphylococcus aureus es responsable de menos del 10% de los casos de neumonía adquirida en la comunidad, confirmados microbiológicamente (1), pero se estima que es responsable de cerca del 30% de los casos de neumonías adquiridas en el hospital (2).

Afecta principalmente a pacientes ancianos que viven en residencias (3) y también a personas que tienen factores predisponentes como son la diabetes mellitus, alcoholismo y muy típicamente durante las epidemias de gripe (4).

Las manifestaciones clínicas de la neumonía por *Staphylococcus aureus* son indistinguibles de las que presentan los pacientes