

4. Escarrabill J. Costes sanitarios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 435-6.
5. Izquierdo-Alonso JL, Arroyo-Espliguero R. EPOC y riesgo cardiovascular. *Arch Bronconeumol* 2005; 41: 410-2.
6. Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 657-70.
7. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. *Gac Sanit* 2002; 16: 511-20.
8. González P, Faure E, del Castillo A, por el grupo de trabajo para el estudio del coste de la diabetes. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 776-84.
9. Sin DD, Man SF. Chronic obstructive pulmonary disease: A novel risk factor for cardiovascular disease. *Can J Physiol Pharmacol* 2005; 83: 8-13.
10. Arroyo-Espliguero R, Avanzas P, Kaski JC. Enfermedad cardiovascular aterosclerótica: La utilidad de la proteína C reactiva en la identificación de la placa vulnerable y del paciente vulnerable. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 375-8.



Fig. 1. Masa que ocupa la práctica totalidad del hipocondrio izquierdo que engloba el colon desde la flexura esplénica hasta el colon descendente y que se extiende al hilio esplénico con afectación del brazo.

## Linfoma no Hodgkin que se manifiesta como neoplasia colónica

Sr. Director:

El linfoma B de células grandes es el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin (LNH) en adultos. La afectación extranodal ocurre en 24-48% de los casos de LNH y puede afectar a cualquier órgano (1-7). Su variedad en la presentación clínica hace que pueda confundirse con otras neoplasias más frecuentes. Por ello es importante realizar un diagnóstico histológico puesto que el tratamiento y el pronóstico son totalmente distintos. Presentamos un caso de LNH que se manifestó clínicamente como un tumor de colon con extensión local.

Mujer de 56 años sin antecedentes médicos de interés que consultó por un cuadro de 2 semanas de evolución de dolor en hipocondrio izquierdo acompañado de sensación febril y sudoración nocturna. No refería astenia, anorexia, pérdida de peso ni alteraciones del hábito intestinal. En la exploración física presentaba una masa que ocupaba todo hipocondrio izquierdo y se extendía hasta la cresta ilíaca. En las exploraciones complementarias destacaba: Hb: 11,4 g/dl, Hto: 35,9%, VCM: 87 fL, GOT: 57 UI/l (0-25), GPT: 67 UI/l (0-29), LDH: 655 UI/l (140-310), B2 microglobulina: 3,16 mg/l (0,30-2,10), Ca 125-II: 127 U/ml (0-35), CEA-II: 2 ng/ml (0-2,5). En la radiografía de tórax se apreciaba una radiopacidad basal izquierda y en la de abdomen un efecto masa en hipocondrio izquierdo. Se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica que mostró enfermedad pulmonar basal izquierda con derrame pleural asociado. En la TC abdominal se objetivó una gran masa que englobaba el colon desde la flexura esplénica y se extendía al hilio esplénico con afectación del bazo (Fig. 1). Se realizó una colonoscopia que mostró una neoformación ulcerada y dura en el ángulo esplénico. Se llevó a cabo una punción con aguja fina guiada por ecografía de la masa abdominal. La anatomía patológica de la masa abdominal y de la biopsia de la lesión colónica fue compatible con LNH de células grandes inmunofenotipo B. La paciente se trasladó al servicio de Hematología y recibió quimioterapia con buena respuesta.

El tipo más frecuente de LNH es el linfoma B de células grandes (1) que representa el 30% de todos los LNH (2). Es una neoplasia propia de ancianos, con una mediana en el momento del diagnóstico de 70 años y predomina en el sexo masculino (4). La afectación extranodal ocurre en 24-48% de los casos de LNH y puede afectar a cualquier órgano (1-7). El tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuente en los LNH (3) y la

afectación colonrectal ocurre en el 10-20% de los casos (1,8). El colon puede afectarse primariamente pero lo más frecuente, como en este caso, es la afectación secundaria. Para el diagnóstico de linfoma primario colónico hay que descartar afectación ganglionar a distancia, afectación de médula ósea, hígado o bazo (9). La afectación pulmonar es más rara y menos del 1% de los LNH tienen presentación pulmonar (10).

Estos tumores suelen presentarse como una masa de rápido crecimiento con o sin síntomas B (4). Como se puede afectar prácticamente cualquier órgano, pueden simular otras neoplasias más frecuentes. Por ello es importante hacer un diagnóstico de certeza mediante histología porque el manejo terapéutico y el pronóstico son totalmente distintos. En esta paciente los hallazgos de la colonoscopia y del TC hacían pensar en una neoplasia de colon con extensión al bazo y al parénquima pulmonar.

El pronóstico de los pacientes con LNH depende de la puntuación del índice pronóstico internacional (IPI). En los pacientes con una puntuación baja la supervivencia a los 5 años es del 70%. Sin embargo aquellos con una puntuación alta, como esta paciente, tienen una supervivencia a los 5 años del 20% (1). El tratamiento de los pacientes con linfoma B de células grandes se basa en la administración de quimioterapia y en el caso de masas muy voluminosas puede realizarse radioterapia de la masa (4). La nueva combinación del anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab con el esquema CHOP (ciclofosfamida, vincristina, adriamicina y prednisona) ha mostrado una tasa de respuesta más alta con respecto al CHOP y se considera el nuevo tratamiento estándar de estos pacientes (4).

**M. Rodríguez Framil, C. Martínez Rey, S. González<sup>1</sup>, R. Alende Sixto**

*Servicios de Medicina Interna y Hematología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela (A Coruña)*

1. Armitage JO, Longo DL. Neoplasias malignas de células linfoides. En Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL ed. *Principios de Medicina Interna*, 16ª Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 719-34.
2. Airaghi L, Greco I, Carrabba M, Barcella M, Baldini IM, Bonanza P et al. Unusual presentation of large B cell lymphoma: A case report and review of literature. *Clin Lab Haematol* 2006; 28: 338-42.

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, Thivolet-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, independientemente 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 éstos 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