

MALT primario oral. La evolución fue muy satisfactoria, sin evidencias de recurrencia un año después de la cirugía.

Desde el punto de vista clínico, los linfomas MALT de localización extragástrica son poco frecuentes, existiendo poca información al respecto. Si a esto le añadimos que cuando la lesión aparece en mucosa yugal puede simular otras patologías, todavía nos dificulta más el diagnóstico y quizás pueda ser ésta la causa de que exista un reducido número de casos publicados⁵. Nuestra paciente presentaba una clínica compatible principalmente de patología tumoral mesenquimatosa benigna por la presencia de un crecimiento lento, asintomático, fácilmente desplazable, no adherida a planos profundos sin producir alteraciones nerviosas ni mucosas. Un rasgo evolutivo es tendencia a permanecer localizados durante periodos de tiempo prolongados en la mucosa de origen con un pronóstico favorable. De todas formas se debe realizar un estudio sistémico exhaustivo para descartar la presencia en otros tejidos. Responden bien a la mayoría de tratamientos, por lo que se tiende a utilizar opciones poco agresivas, al menos como aproximación terapéutica inicial. Sin embargo, las recidivas locales son frecuentes, incluso al cabo de varios años del primer diagnóstico. Es importante realizar un seguimiento a largo plazo para asegurarnos que no se produce una recurrencia local. En nuestro caso, la presentación clínica ha sido peculiar por su debut y forma de presentación por lo que pensamos que el linfoma MALT debe de ser incluido en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones o masas orales.

P. López Jornet, A. Bermejo Fenoll

Servicio de Medicina Bucal. Clínica Odontológica Universitaria.

Hospital Morales Meseguer. Murcia

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer A, López-Guillermo A, Boch F, Montoto S, Hernández Boluda JC, Camós M, et al. Linfomas de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) de localización extragástrica: Análisis de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 577-80.
2. Moragas A. Linfomas MALT. *Med Clin* 1990; 94: 339-41.
3. Harris NI, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JKC, Cleary ML, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994; 84: 1361-92.
4. Bschorer R, Lingenfeller Th, Kaiserling E, Schwenzer M. Malignant lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) consecutive unusual manifestation in the rectum and gingiva. *J Oral Pathol Med* 1993; 2: 190-2.
5. Gavaldà C, Bagán JV, Jiménez Y, Lloria E, Martorell M. Linfoma no-Hodgkin con manifestación en forma de tumefacción facial. *Av Odontostomatol* 1997; 13: 345-9.

■ Osteoporosis transitoria de cadera. A propósito de 2 casos

Sr. Director:

La osteoporosis transitoria de cadera (OTC) es una entidad infrecuente¹⁻⁴, de mayor predominio en varones^{4,5}, en la edad media de la vida^{3,4} y en el tercer trimestre del embarazo^{5,6}, considerándose como un tipo de distrofia simpática refleja⁷. La clínica es de dolor progresivo mecánico en una de las dos caderas con cojera sin historia de traumatismo ni otra causa definida³. Las analíticas no suelen mostrar alteraciones, pero en la radiología puede apreciarse una pérdida de densidad ósea en

la cabeza y cuello del fémur afecto con un espacio articular normal⁷. Las nuevas técnicas como la resonancia nuclear magnética (RM) contribuyen dada su alta sensibilidad a un diagnóstico más temprano⁷.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras entidades inflamatorias de la cabeza femoral, procesos infecciosos como la osteomielitis, traumatismos, necrosis avascular de la cabeza del fémur y neoplasias infiltrativas^{1,2}. El proceso es autolimitado y los síntomas suelen desaparecer de forma espontánea a los pocos meses³. Al mismo tiempo que se produce una restitución de la masa ósea.

El tratamiento es sintomático con analgésicos para el dolor y reposo. La calcitonina es un tratamiento seguro y acorta el curso de la enfermedad.

A pesar de tratarse de una entidad infrecuente según la literatura revisada^{2,3}, en nuestro Centro de Salud hemos diagnosticado recientemente 2 casos, que presentamos a continuación.

El primero se trataba de un varón, de 28 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor en zona glútea e inguinal izquierda a la deambulación de un mes de evolución, que desaparecía en reposo, sin irradiaciones y que se había tratado con analgésicos y antiinflamatorios sin mejoría. A la exploración se apreciaba una cadera sin dolor ni limitación a la movilización, existiendo un intenso dolor a la deambulación y cojera de la pierna izquierda. Se realizó analítica (hemograma, VSG, factor reumatoide, ANAs) que fue normal. La radiografía (Rx) de cadera mostraba una discreta descalcificación. Dada la persistencia y las características de dolor fue remitido al Servicio de Traumatología donde se le practicó una RM, que mostró un edema medular óseo a nivel de zona de carga de cabeza y cuello femoral izquierdo, sin alteraciones morfológicas de la cabeza fe-

moral con espacio coxofemoral conservado y sin líquido articular.

Ante estos hallazgos planteamos dos diagnósticos iniciales: OTC o una necrosis avascular de cabeza femoral (NAF) en fase precoz. Por la clínica del paciente y la radiología, se optó por la OTC, iniciando descarga y tratamiento con calcitonina intranasal y calcio. A las dos semanas, el paciente presentó mejoría clínica, con una exploración normal, iniciándose deambulacion con carga parcial. La Rx de pelvis y cadera de control no evidenciaron alteraciones estructurales de la cabeza femoral. Se realizó RM de control a las 10 semanas del inicio que mostró restitución parcial del edema óseo, sin signos de NAF, derrame articular ni alteraciones acetabulares. A los 3 meses el paciente estaba asintomático, deambulaba correctamente y se reincorporó a sus actividades cotidianas. La Rx de cadera y la RM a 6 meses no mostraban alteraciones.

El segundo caso se trata de una mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que presentó coxalgia bilateral a las 2 semanas del puerperio. Dada la gran afectación clínica con limitación y dolor a la movilización, se decidió su ingreso para estudio. Se realizaron Rx femorales que evidenciaron signos de descalcificación ósea. Los análisis mostraban una PCR y VSG ligeramente elevadas, de todos sabido que ambas determinaciones suelen elevarse durante el postparto, con factor reumatoide y resto de analítica normales. La RM mostró edema óseo en la cabeza y cuello femoral en ambas caderas, de predominio izquierdo.

Se estableció el diagnóstico diferencial entre NAF y OTC, planteándose de entrada el diagnóstico de OTC. A los 7 días del ingreso se decidió el alta hospitalaria dada la mejoría clínica, con descarga total de ambas extremi-

dades y tratamiento con calcitonina y calcio. En el control a los 1,5 meses de evolución, la paciente no presenta dolor, con mínima limitación a las rotaciones, Rx normal, iniciando deambulacion con muletas. La RM a los 4 meses evidenciaba cambios de cabeza y cuello femorales bilaterales correspondiendo a edema de médula ósea, con mejoría respecto a previa, sin evidencia de osteonecrosis. En la visita de control a los 7 meses del inicio del cuadro, la paciente estaba asintomática y la deambulacion era normal. La RNM y la Rx de caderas eran normales.

A pesar de tratarse de una entidad infrecuente aunque de buen pronóstico clínico, la OTC debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante cuadros de dolor de cadera, especialmente en edades medias de la vida y mujeres embarazadas.

C. Rodríguez Pago, A. Vila Corcoles

Área Básica de Salud de Valls Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glockner JF, Sundaram M, Pieron RL. Radiologic case study. Transient migratory osteoporosis of the hip and knee. *Orthopedics* 1998; 21: 594-6.
2. Hayes CW, Conway WF, Daniel WW. MR imaging of bone marrow edema pattern: transient osteoporosis, transient bone marrow edema syndrome, or osteonecrosis. *Radiographics* 1993; 13:1001-11.
3. Scialabba FA, DeLuca SA. Transient osteoporosis of the hip. *American Family Physician* 1990; 41: 1759-60.
4. Lakhnpal S, Ginsburg WW, Luthra HS. Transient regional osteoporosis. A study of 56 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1987; 106: 444-50.
5. Ben-David Y, Bornstein J, Sorokin Y, Morad E, Abramovici H. Transient osteoporosis of the hip during pregnancy. A case report. *Journal of*

Reproductive Medicine 1991; 36: 672-4.

6. Smith R, Athanasou NA, Ostlere SJ. Pregnancy-associated osteoporosis. *Q J Med* 1995; 88: 865-78.
7. Schils J, Piraino D, Richmond BJ, Stulberg B, Belhobek GH, Licata AA. Transient osteoporosis of the hip: clinical and imaging features. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1992; 59: 483-8.

