

el 98,5% de los pacientes incluidos en este estudio simplificando considerablemente el trabajo. Desde el año 2007 la encuesta epidemiológica se almacena en la aplicación informática Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) por lo que a partir de ese año resulta también de muy fácil acceso, en nuestro caso el registro del CMBD en combinación con las EDO aportó el 90,4% de los pacientes del estudio. Otros registros que hubiese resultado interesante valorar serían los de anatomía patológica o los de dispensación farmacéutica, no incluidos en nuestro estudio, pero que podían haber permitido detectar más casos, con lo que la sensibilidad del CMBD sería aún menor.

En conclusión, consideramos que la información epidemiológica relacionada con la enfermedad tuberculosa que se puede obtener del CMBD presenta una baja correlación con la situación epidemiológica real pero su utilización en combinación con otros registros es de gran utilidad mientras no se disponga de un registro que incluya con total fiabilidad todos los pacientes<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra; WHO Press. Las 10 principales causas de defunción. [actualizado Ene 2017; consultado Jun 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
2. Rubio-Cirilo L, Martín-Ríos MD, de las Casas-Cámara G, Andrés-Prado MJ, Rodríguez-Caravaca G. Enfermedades de Declaración Obligatoria: conocimiento y notificación en el ámbito hospitalario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:643-8.
3. Morales-García C, Rodrigo T, García-Clemente MM, Muñoz A, Bermúdez P, Casas F, et al., Working Group on Under-reporting of Tuberculosis in Spain. Factors associated with unreported tuberculosis cases in Spanish hospitals. *BMC Infect Dis*. 2015;15:295.
4. Junta de Castilla, León. Manual de procedimientos del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Comunidad de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación. 2008.
5. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, Pérez MJ, Eustaquio FS, et al. Quality of the information contained in the minimum basic data set: Results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:1073-80.

6. Hernandez Medrano I, Guillán M, Masjuan J, Aonso Cánovas A, Gogorcena MA. Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos en el diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*. 2017;32:74-80.
7. Fernández Navarro P, López Abente G, Salido Campos C, Sanz Anquela JM. The Minimum Basic data Set (MBDS) as a tool for cancer epidemiological surveillance. *Eur J Intern Med*. 2016;34:94-7.
8. Culqui DR, Rodríguez-Valín E, Martínez de Aragón MV. Epidemiología de las hospitalizaciones por tuberculosis en España: análisis del conjunto mínimo básico de datos 1999-2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33:9-15.
9. Tejero Encina S, Asensio Villahoz P, Vaquero Puerta JL. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis atendida en el nivel especializado a partir de dos fuentes de información, Valladolid. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:211-20.
10. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
11. Múñiz-González F, Guerra-Laso J, García-García S, López-Veloso M, Raposo-García S, Carracedo-Falagán N, et al. Aproximación a la incidencia real de tuberculosis en el Área de Salud de León: aplicación del método captura-recaptura para comparar 2 fuentes de información. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:82-7.

Susana García-de Cruz<sup>a,\*</sup>, Carmen Aldea-Mansilla<sup>a</sup>,  
Ángel Campos Bueno<sup>a</sup> y Valentín del Villar Sordo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Laboratorio de Microbiología, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sgarciade@saludcastillayleon.es](mailto:sgarciade@saludcastillayleon.es)

(S. García-de Cruz).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.07.009>  
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Granulomatosis linfomatoide: una neoplasia infrecuente de mal pronóstico



### Lymphomatoid Granulomatosis: A Rare Tumor with Poor Prognosis

Estimado Director:

Presentamos el caso de una mujer asintomática de 72 años de edad sin antecedentes a destacar. En una TAC de control se advirtió una masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho de 5,1 × 4 cm de contornos lisos. Se observaron también micronódulos en lóbulo superior derecho y hemitórax izquierdo (fig. 1). El PET mostraba captación patológica del trazador en el lóbulo inferior derecho (SUV máximo: 34,36) sugestivo de malignidad. Las pruebas funcionales mostraron una restricción moderada. Después de 2 citologías no diagnósticas se le practicó una lobectomía inferior derecha diagnóstica.

En el examen macroscópico se apreció una tumoración nodular, blanquecina y firme de 5,2 cm de dimensión máxima. En el estudio microscópico se observó una neoplasia multinodular, con áreas de necrosis, constituida por una población linfoide heterogénea de células grandes atípicas B (CD20 positivo), con más de 20 células por campo de gran aumento, junto con un fondo acompañante de linfocitos pequeños T (CD3 positivo). La neoplasia presentaba un patrón angiocéntrico y angiodestructivo. La hibridación *in situ* para el virus de Epstein-Barr (VEB) fue positiva (fig. 1). Estos hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos apoyaron el diagnóstico

de granulomatosis linfomatoide grado 3. A pesar de recibir un primer ciclo de inmunoterapia, la paciente falleció a los 4 meses del diagnóstico.

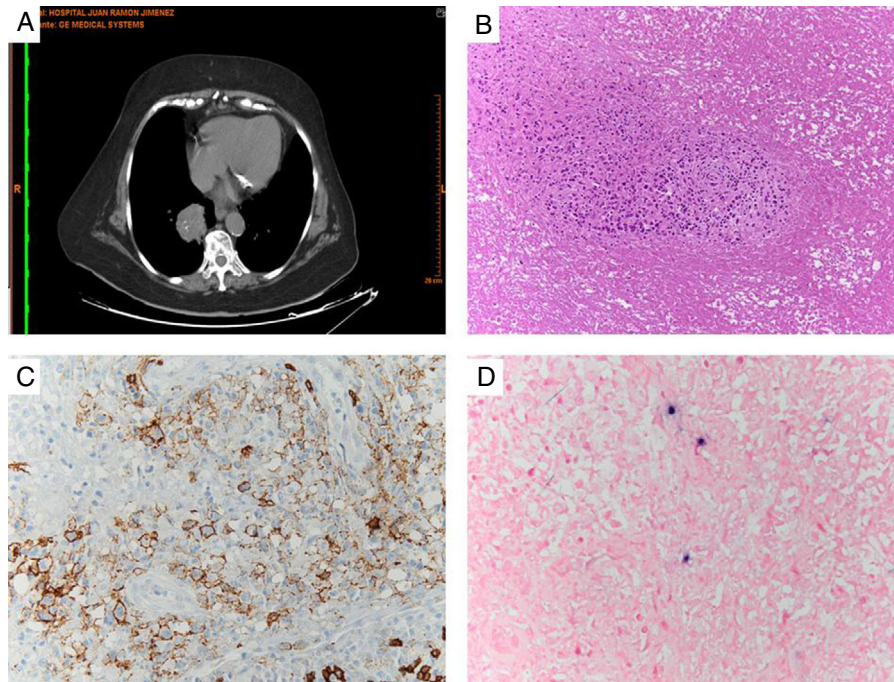
La granulomatosis linfomatoide, descrita por primera vez por Liebow et al.<sup>1</sup> en 1972, es un tipo muy poco frecuente de linfoma extraganglionar con un patrón angiocéntrico y angiodestructivo muy característico. Típicamente afecta más a varones que mujeres (2:1), sobre todo en la 3.<sup>a</sup>-5.<sup>a</sup> década de la vida, siendo más frecuente en los países occidentales<sup>2</sup>.

Clínicamente, la norma es la afectación pulmonar bilateral. Tos, disnea y dolor torácico son los síntomas más típicos pudiendo acompañarse de fiebre, pérdida de peso, etc. Puede existir afectación renal y cutánea, siendo muy llamativa la afectación del SNC, hasta en un 53% de los casos<sup>3</sup>.

Radiológicamente, lo más característico son nódulos pulmonares que afectan a lóbulos medios e inferiores. Pueden presentar necrosis central y/o cavitación, broncograma aéreo y apariencia de «vidrio esmerilado». Ocasionalmente es diagnosticada de manera incidental, por lo que hay que tener este proceso linfoproliferativo siempre presente<sup>4</sup>.

Histológicamente, consiste en un linfoma B difuso de células grandes asociado al VEB, con una predilección por los vasos sanguíneos (angiocentricidad). En la nueva clasificación de linfomas de la OMS de 2016 se incluye dentro de la categoría de «linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) asociado al VEB tipo NOS (sin otras especificaciones)»<sup>5</sup>.

Con respecto al tratamiento, en los casos de alto grado se considera este proceso como un linfoma de alto grado, agresivo, por



**Figura 1.** Granulomatosis linfomatoide. A) Nódulo pulmonar único derecho y micronódulos en lóbulo superior derecho y hemitórax izquierdo (TAC de tórax). B) Células mononucleares de talla grande con el patrón angiocéntrico característico y abundante necrosis tumoral (H&E,  $\times 10$ ). C) Linfocitos de talla grande de estirpe B alrededor de vasos sanguíneos (CD20,  $\times 20$ ). D) Positividad en las células B grandes para la hibridación *in situ* del VEB (EBER,  $\times 40$ ).

tanto estos pacientes requieren tratamiento intensivo e inmediato con regímenes de inmunoterapia con rituximab. La supervivencia media en los casos más agresivos es de aproximadamente 18 meses.

En resumen, presentamos un caso de un tipo muy poco frecuente de linfoma extraganglionar, granulomatosis linfomatoide, que afecta sobre todo al pulmón, con unas características anatomopatológicas distintivas y que hay que tener presente en el diagnóstico diferencial de otros procesos con una presentación radiológica similar.

### Bibliografía

- Liebow AA, Carrington CR, Friedman PJ. Lymphomatoid granulomatosis. *Hum Pathol.* 1972;3:457-558.
- Lamarre L, Jacobson JO, Aisenberg AC, Harris NL. Primary large cell lymphoma of the mediastinum. A histologic and immunophenotypic study of 29 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989;13:730-9.
- Fauci AS, Haynes BF, Costa J, Katz P, Wolff SM. Lymphomatoid granulomatosis. Prospective clinical and therapeutic experience over 10 years. *N Engl J Med.* 1982;306:68-74.
- Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 1st ed Lyon: IARC Press; 2001.

- Swerdlow S, Campo E, Pileri S, Harris N, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood.* 2016;127:2375-90.

Álvaro Gutiérrez-Domingo<sup>a,\*</sup>, Ignacio Gutiérrez-Domingo<sup>b</sup> y Katherine María Gallardo-Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Bormujos, Sevilla, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [agutierrezdomingo@gmail.com](mailto:agutierrezdomingo@gmail.com) (Á. Gutiérrez-Domingo).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.07.008>  
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.