

Los linfomas cutáneos de células T representan un grupo heterogéneo de linfomas no Hodgkin caracterizados por una proliferación clonal de linfocitos T maduros y células *natural killer* con capacidad de anidamiento cutáneo, siendo el 2% de todos los linfomas y el 75-80% de los linfomas cutáneos primarios¹. Presentan una incidencia de 0,5 casos por 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en el sexo femenino en una relación 1,5:1². Entre los LCCT, la MF es el subtipo más frecuente, derivando la célula neoplásica del linfocito TCD4+ y definiéndose histológicamente por la presencia de células T atípicas de núcleo cerebriforme y presencia de infiltrado de epidermis³. La historia natural de la MF se caracteriza por ser tendente a la cronicidad e indolencia, con una fase inicial consistente en placas o máculas en zonas no fotoexpuestas, con posterior progresión en estadios avanzados (10% de los casos) a lesiones tumorales cutáneas y en fases muy avanzadas o tardías puede ocurrir invasión extra-cutánea ganglionar, hematológica o visceral⁴. No existe tratamiento curativo, presentando diferentes opciones para obtener la remisión, las cuales dependen de la estadificación y situación clínica, entre ellas se encuentran la fototerapia (PUVA), quimioterapia tópica o radioterapia⁵. La asociación de MF y linfoma en el mismo paciente es excepcional existiendo escasas y puntuales referencias en las que ambas enfermedades se presentan de forma secuencial o simultánea^{6,7}. Diversos estudios relacionan a la MF con un aumento en el riesgo de malignidad y la aparición de segundas neoplasias, especialmente trastornos linfoproliferativos (linfoma de Hodgkin y no Hodgkin) y aunque cronológicamente la enfermedad cutánea puede presentarse antes o después de los trastornos linfoproliferativos, lo habitual es que sea la predecesora, y la aparición del linfoma ocurra años o décadas después^{8,9}. Se ha observado que esta infrecuente transformación cuando ocurre suele ser en estadios avanzados de la enfermedad, especialmente en la fase tumoral, asociando una evolución más agresiva de la enfermedad y supervivencia más corta¹⁰. En este caso se conjugan varios factores que lo hacen singular como son el diagnóstico de la MF en fase tumoral presentando una iconografía impactante y, posteriormente, una evolución rápida y fatal a linfoma no Hodgkin, lo cual es excepcional.

Bibliografía

- Rosen ST, Querfeld C. Primary cutaneous t-cell lymphomas. *Hematology*. 2006;323-30.

- Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH ET-AL. WHO-EORTC clasificación for cutaneous lymphomas. *Blood*. 2005;105:3768-85.
- Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, Moskowitz A, Querfeld C. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): Part I. Diagnosis: Clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:205. e1-16; quiz 221-2.
- Olsen EA, Whittaker S, Kim YH, Duvic M, Prince HM, Lessin SR, et al. International Society for Cutaneous Lymphomas; United States Cutaneous Lymphoma Consortium; Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Clinical end points and response criteria in mycosis fungoides and Sézary syndrome: A consensus statement of the International Society for Cutaneous Lymphomas, the United States Cutaneous Lymphoma Consortium, and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29:2598-607.
- Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, Moskowitz A, Querfeld C. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): Part II. Prognosis, management, and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:223.
- Campos Franco J, López Rodríguez R, García González J, Abdulkader Nallib I, Alende Sixto MR, González Quintela A. Pelvic mass in a patient with background of mycosis fungoid [Article in Spanish]. *Rev Clin Esp*. 2006;206:595-6.
- Gómez Díez S, Fresno Forcelledo MF, Raya Aguado C, Vázquez López F, Rodríguez Vigil T, González López M, et al. Transformación de la micosis fungoide/síndrome de Sézary a linfoma de células grandes. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:391-6.
- Huang KP, Weinstock MA, Clarke CA, McMillan A, Hoppe RT, Kim YH. Second lymphomas and other malignant neoplasms in patients with mycosis fungoides and Sézary syndrome: Evidence from population-based and clinical cohorts. *Arch Dermatol*. 2007;143:45-50.
- Brownell I, Etzel CJ, Yang DJ, Taylor SH, Duvic M. Increased malignancy risk in the cutaneous T-cell lymphoma patient population. *Clin Lymphoma Myeloma*. 2008;8:100-5.
- Benner MF, Jansen PM, Vermeer MH, Willemze R. Prognostic factors in transformed mycosis fungoides: A retrospective analysis of 100 cases. *Blood*. 2012;119:1643-9.

María José Vallejo-Herrera^a, Antonio Ruiz-Serrato^a, Socorro Ocaña-Wilhelmi^b y Miguel Ángel García-Ordóñez^{a,*}

^a Servicio Medicina Interna, Hospital de Antequera, Área Sanitaria Norte de Málaga, Antequera, Málaga, España

^b Servicio Dermatología, Hospital de Antequera, Área Sanitaria Norte de Málaga, Antequera, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.garcia.sspa@juntadeandalucia.es (M.Á. García-Ordóñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.004>

Fracturas simultáneas de fémur y extremidad superior en el anciano. Revisión de una serie de 33 pacientes en España



Simultaneous hip and arm fractures in the elderly: A review of 33 patients in Spain

Sr. Director:

La fractura del fémur continua siendo una de las afecciones prevalentes en la población anciana, habiendo aumentado la fragilidad de los pacientes que la presentan^{1,2}.

Las fracturas simultáneas del fémur y del brazo no son infrecuentes, pero sí las publicaciones que la revisan³⁻⁹. No hemos encontrado ninguna en España. Ello nos ha llevado a intentar conocer tanto la frecuencia de fracturas simultáneas de fémur y extremidad superior en nuestra área de referencia, como la actitud terapéutica en el tratamiento de la fractura de la extremidad superior cuando coincide con la del fémur, y sí hay diferencias entre la

fractura aislada de fémur y la simultánea con la extremidad superior.

Para ello se estudiaron retrospectivamente pacientes mayores de 65 años ingresados en la Unidad de Convalecencia del Hospital Universitario del Parc Taulí con fracturas del fémur producidas durante los años 2011-2013. Estudiamos las variables sexo, edad, días de estancia, funcionalidad, comorbilidad, destino al alta y presencia o no de fractura simultánea. Ello nos permite presentar la primera serie de fracturas simultáneas de fémur y extremidad superior descrita en España.

Nuestra unidad de convalecencia dispone de 78 camas para una cobertura de población de 450.000 personas. Se caracteriza por ser pro activa conjuntamente con la UFISS geriátrica, y promover el traslado temprano del hospital de agudos. Así, la fractura de fémur en el hospital tiene una estancia media de 7 días.

En estos 3 años se dieron de alta del Hospital Universitario del Parc Taulí de Sabadell con el diagnóstico de fractura un total de 1.051 pacientes mayores de 65 años. De ellos 46 (4,4%) fueron éxitus, 376 (36%) se dieron de alta a su domicilio o residencia y 625

(59%) pasaron por nuestra unidad de convalecencia. De todos ellos, 33 pacientes (5,18%) presentaban una fractura simultánea en la extremidad superior.

Todos los pacientes sufrieron un traumatismo de baja energía. En las 33 fracturas simultáneas, la fractura de la extremidad superior fue ipsilateral en un 97%. En un 51,5% en el húmero más las luxaciones del hombro, y en el 48,5% las fracturas del extremo distal del radio (EDR) más las fracturas del olécranon.

El 90% se trataron de forma conservadora con yeso o inmovilización con vendaje tipo Gillchrist, y solo 3 pacientes recibieron reducción quirúrgica y osteosíntesis.

De los 33 pacientes con fracturas simultáneas, el 79% eran mujeres, cuya edad media era de 84,9 años. Su estancia media en convalecencia fue de 43,5 días. El promedio del índice de Barthel previo a la fractura fue de 82,4, al ingreso de 34,7 y de 68,3 al alta de nuestra unidad. Tenían diagnóstico de demencia 6 pacientes (18%). El índice de Charlson fue de 2,24. El destino al alta fue en el 94% de los pacientes a su domicilio y el 6% al hospital de agudos por descompensaciones médicas. Ningún paciente falleció.

Por otra parte, de los 592 pacientes con fractura del fémur simple, el 74,1% eran mujeres, con una edad media de 85,76 años y una estancia media en convalecencia de 38,1 días. El promedio de índice de Barthel previo a la fractura fue de 77,4, al ingreso de 36,0 y de 63,3 al alta de nuestra unidad. El destino al alta fue en el 90,4% a su domicilio y/o residencia geriátrica, el 4,4% al hospital de agudos, el 1% al centro socio-sanitario de larga estancia y un 4,1% son fallecimientos.

Analizadas las correspondientes variables con la t de Student no se observan diferencias significativas entre los 2 grupos en las variables edad, índices de Barthel previos, al ingreso y al alta. Tampoco se observan diferencias significativas en ambos grupos en la estancia media (43,5 días para la fractura simultánea y 38,1 en la simple) aunque la $p \leq 0,06$.

Así pues, en esta serie, las fracturas simultáneas de fémur y brazo en mayores de 65 años es del 5,2%, del total de fracturas de fémur. Las fracturas de la extremidad superior corresponden, el 51% al extremo proximal y la otra mitad al distal del brazo. La fractura del brazo recibe en un 90% solo tratamiento conservador. Las fracturas simultáneas no tienen peor pronóstico vital ni recuperación funcional que las fracturas aisladas del fémur.

Los resultados de esta serie de fracturas simultáneas de fémur en España, es coincidente en sus resultados con los descritos en otros países del entorno occidental.

Bibliografía

1. Auais M, Morin S, Nadeau L, Finch L, Mayo N. Changes in frailty-related characteristics of the hip fracture population and their implications for healthcare services: Evidence from Quebec, Canada. *Osteoporosis Int.* 2013;24:2713-24.
2. Azagra R, López-Expósito F, Martín-Sánchez JC, Aguye A, Moreno N, Cooper C, et al. Changing trends in the epidemiology of hip fracture in Spain. *Osteoporosis Int.* 2014;25:1267-74.
3. Robinson PM, Harrison T, Cook A, Parker MJ. Orthopaedic injuries associated with hip fractures in those aged over 60 years: A study of patterns of injury and outcomes for 1971 patients. *Injury.* 2012;43:1131-4.
4. Khan SK, Parker MJ. Comments on «Concurrent fractures of the hip and wrist: A matched analysis of elderly patients». *Injury.* 2010;41:774-5.
5. Tow BP, Chua BS, Fook-Chong S, Howe TS. Concurrent fractures of the hip and wrist: A matched analysis of elderly patients. *Injury.* 2009;40:385-7.
6. Shabat S, Gepstein R, Mann G, Stern A, Nyska M. Simultaneous distal radius and hip fractures in elderly patients—implications to rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2003;25:823-6.
7. Mulhall KJ, Ahmed A, Khan Y, Masterson E. Simultaneous hip and upper limb fracture in the elderly: Incidence, features and management considerations. *Injury.* 2002;33:29-31.
8. Urzoigwe CE, Venkatesan M, Johnson N, Lee K, Magaji S, Cutler L. Influence of coincident distal radius fracture in patients with hip fracture: Single-centre series and meta-analysis. *J Orthop Traumatol.* 2015;16:93-7.
9. Buecking B, Wack C, Oberkircher L, Ruchholtz S, Eschbach D. Do concomitant fractures with hip fractures influence complication rate and functional outcome. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470:3596-606.

M. Teresa Vilarmau-Dolcet^{a,*}, Antonio Noguerras-Rimblas^a, Gemma Navarro-Rubio^b y Marcos Catalan-Vega^c

^a *Albada Centre Sociosanitari, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

^b *Servei d'Epidemiologia, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

^c *Biblioteca, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Mvilarmau@tauli.cat (M.T. Vilarmau-Dolcet).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.002>