

nal. Si bien en un principio se orientó como una forma idiopática, la no respuesta al tratamiento antiinflamatorio con prednisona y colchicina hizo considerar la posibilidad de una enfermedad subyacente. Aunque hay una gran disparidad en las cifras en las series publicadas, consideramos que al diagnosticar una PM siempre se debería plantear, de forma sistemática, descartar una enfermedad asociada.

R. Güerri Fernández, J. Villar García,  
L. García Sirvent y J. M. Garcés Jarque  
Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.  
Hospital del Mar. Barcelona. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Durst AL, Freund H, Resenmann E. Mesenteric panniculitis: review of the literature and presentation of cases. *Surgery*. 1977;81:203-11.
2. Kipfer RE, Moertel CG, Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med*. 1974;80:582-8.
3. Anderson J, Vose JM, Bierman PJ, Weisenberger DD, Sanger WG, Pierson J, et al. Clinical features and prognosis of follicular large cell lymphoma: a report from the Nebraska Lymphoma Study Group. *J Clin Oncol*. 1993; 11:218-24.
4. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. Team: a clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group Classification of non-Hodgkin's lymphoma. *Blood*. 1997;89: 3909-18.
5. Martínez de Pablo MI, Iranzo P, Mascaró JM, Llambriach A, Baradad M, Herrero C. Paraneoplastic pemphigus associated with non-Hodgkin B-cell lymphoma and good response to prednisone. *Acta Derm Venereol*. 2005; 85(3):233-5.
6. Tan JH, Goh BC, Tambyah PA, Wilder-Smith E. Paraneoplastic progressive supranuclear palsy syndrome in a patient with B-cell lymphoma. *Parkinsonism Relat Disord*. 2005;11(3):187-91.
7. Durand X, Desrame J, Rambelo A, Corberand D, Baranger B, Farge D, et al. Bechade D etiologic spectrum of mesenteric panniculitis: report of 7 cases. *Rev Med Interne*. 2007. Disponible en: [www.elsevier.com/wps/product/cws\\_home/524797](http://www.elsevier.com/wps/product/cws_home/524797). Consultado el 04/04/07.
8. Arechaga Uriarte S, Martín Pena G, Alonso Gordo JM, San Román Terán C, Serrano Rios M. Paniculitis mesentérica. *Rev Clin Esp*. 1983;171(5): 347-50.
9. Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Katrinakis G, Tritou I, Eliopoulos G, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *Am J Roentgenol*. 2000;174:427-31.
10. Emorty TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol*. 1997;21:392-8.

## Osteítis pubiana como causa de síndrome febril prolongado

### Sr. Director:

El término osteítis se aplica a un grupo bien reconocido de desórdenes clinicopatológicos de carácter inflamatorio, no infeccioso, que involucran al disco fibroso de las articulaciones y al hueso adyacente, y que está libre de agentes infecciosos. En este grupo se incluye la osteítis condensante de la clavícula y la articulación esternoclavicular, la osteítis condensante del hueso iliaco y la articulación sacroiliaca y la osteítis del pubis (OP) y sínfisis pubiana.

La OP es una rara enfermedad que afecta a la sínfisis pubiana y al pubis y sus ramas y que aparece, por lo general, como una complicación posquirúrgica de intervenciones abdominales infraumbilicales.

Se presenta el caso de un paciente que desarrolló un cuadro de fiebre prolongada provocado por una osteítis pubiana.

Es un paciente de 74 años, argentino, con antecedentes de resección parcial de próstata por vía transuretral en el mes de octubre de 2003. En diciembre de ese mismo año se le efectuó una colecistectomía laparoscópica por litiasis y en el mismo acto quirúrgico se le intervienen dos hernias inguinales también por vía laparoscópica, con colocación de una malla de dacrón. Una semana después de esta internación comienza con dolor en ambos muslos, isquiones e ingles. A las dos semanas presenta una marcada impotencia funcional que lo obliga a



Fig. 1. Radiografía simple localizada en la pelvis, que muestra la desmineralización de ambas ramas isquiopúbicas y la diastasis de la sínfisis pubiana.

deambular con bastón, además de picos febriles de hasta 38,5°C. Tres meses después, por la persistencia de esta sintomatología, consulta a los autores de esta carta.

Como antecedentes tenía un diagnóstico de tuberculosis pulmonar a los 20 años y de sarcoma de Kaposi, variedad clásica por biopsia de piel de lesiones de antebrazo y pierna izquierdas a los 70 años. En el examen físico se constató una fiebre (38,5°C), un buen estado general, hipotrofia de ambos cuádriceps, dolor y dificultad para la marcha y las lesiones de Kaposi en antebrazos y ambas piernas antes mencionadas. La química sanguínea mostró anemia, con hematocrito al 33%; hemoglobina al 10,9%; glóbulos rojos 3.840.000/mm<sup>3</sup>; glóbulos blancos 9.400/mm<sup>3</sup> (71% neutrófilos); plaquetas 228.000/mm<sup>3</sup>; velocidad de sedimentación globular (VSG) 103 mm en la primera hora. El resto de los estudios de laboratorio de rutina no revelaron alteraciones de significación. Se efectuó una radiografía simple de frente, localizada en el pubis, que evidenció una desmineralización de ambas ramas isquiopúbicas, con un aumento del espacio articular de la sínfisis pubiana (fig. 1).

Un centellograma óseo de cuerpo entero con 99mTc-MDP y cámara gamma-SPECT mostró hipercaptación de la articulación de la sínfisis pubiana, con compromiso del tubérculo pubiano en forma bilateral y simétrica (fig. 2).

En la resonancia magnética (RM) de pelvis se observó un edema de médula ósea en ambas ramas horizontales del pubis, líquido laminar en el espacio articular de la sínfisis pubiana, proceso inflamatorio difuso en tejidos blandos adyacentes a la sínfisis pubiana con presencia de líquido y edema en los grupos musculares pelvianos y en los rectos anteriores de la pared abdominal, sin evidencias de colecciones focales. El resto de las estructuras, incluso las articulaciones de la cadera, resultaron normales. Con un diagnóstico de osteítis pubiana se indicó un tratamiento con prednisona en dosis de 40 mg diarios, suplementos de calcio y magnesio por vía oral y cinesiterapia.

La evolución fue satisfactoria, al octavo día comenzó la mejoría y recién al mes estuvo asintomático. El tratamiento con prednisona fue suspendido a los 15 días y continuó con calcio y vitamina D<sub>3</sub> por vía oral y cinesiterapia.

La OP es una afección poco frecuente que se observa habitualmente después de una intervención quirúrgica sobre la pelvis menor y electivamente de la adenomectomía prostática por vía retropúbica (intervención de Millin)<sup>1</sup>. Tiene un franco predominio en el sexo masculino, asociado a la cirugía urológica en

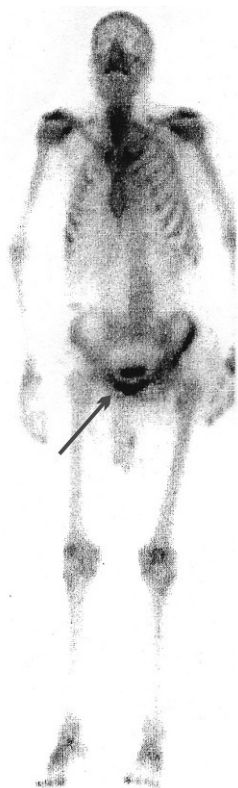


Fig. 2. Centellograma óseo con hipercaptación del radioisótopo a nivel de la articulación de la sínfisis pubiana.

pacientes entre 60 y 70 años. La prevalencia en la población general es difícil de establecer y, a pesar de ser una complicación poco frecuente, existen 4 series francesas recientes que incluyen entre 7 y 16 casos. La adenomectomía prostática es la cirugía que con mayor frecuencia se comprueba como antecedente causal. En las series de Cabanet, Cibert y Mortensen fue la causa del 78 al 92% de los casos<sup>1</sup>. Sin embargo, aun en estas circunstancias es una complicación infrecuente que comprende del 0,8 al 1,3% de las grandes series. Las otras vías de acceso a la próstata no están exentas de esta complicación y, con menor frecuencia, otras intervenciones urológicas (resecciones prostáticas transuretrales) y otros actos quirúrgicos sin relación con el aparato urinario, como intervenciones ginecológicas y hernioplastias, pueden complicarse con la OP<sup>2</sup>. Si bien la mayoría de estas intervenciones tienen en común el ámbito séptico en el que tienen lugar, muchas veces exacerbado por la infección urinaria concomitante, hay casos descritos en los que sólo se recaba el antecedente traumático o intervenciones extraperitoneales, como la reparación de una hernia inguinocrural, que es lo que sucede en el caso que se describe<sup>3</sup>. Clínicamente la OP se caracteriza por un síndrome febril prolongado o fiebre de origen desconocido como manifestación principal. Acompaña a este síndrome el dolor en la región pubiana y, si el proceso se prolonga, la dificultad para la marcha. Como en el caso que se relata, un intervalo de días a semanas suele separar el factor desencadenante del inicio de la sintomatología. Los reactantes de fase aguda (VSG y proteína C reactiva) suelen estar aumentados<sup>4</sup>. Las imágenes radiológicas evidencian en un primer momento la osteólisis de ambas ramas del pubis, seguida de la desmineralización extensa del hueso proximal a la sínfisis pubiana que presenta signos de diastasis<sup>4,5</sup>. La centellografía con tecnecio o galio es un método de diagnóstico útil. Las imágenes de hipercaptación son indicadoras

de un proceso inflamatorio y pueden preceder a los cambios radiológicos<sup>5</sup>.

La RM permite observar el proceso inflamatorio de la sínfisis pubiana y los tejidos blandos adyacentes como el edema de la médula ósea subcondral, la presencia de líquido en la articulación de la sínfisis pubiana y el edema periarticular, como en el paciente que se presenta<sup>6,7</sup>.

El diagnóstico diferencial entre un proceso inflamatorio inespecífico de la sínfisis pubiana y una osteomielitis por contigüidad es siempre difícil. Ambos cuadros comparten manifestaciones clínicas y cambios radiológicos<sup>8,9</sup>. El diagnóstico de OP se basa en los antecedentes quirúrgicos o traumáticos, las manifestaciones clínicas, los aspectos radiológicos y la ausencia de microorganismos en los cultivos de la biopsia ósea y en la histopatología. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son las neoplasias, primitivas o metastásicas, los traumatismos, la brucelosis, la tuberculosis, la espondiloartritis anquilopoyética, las lesiones de los aductores y otras<sup>4,5,9</sup>.

El tratamiento de la OP se realiza habitualmente con antiinflamatorios no esteroideos, aunque en ocasiones puede ser necesaria la administración local o sistémica de corticosteroides<sup>10</sup>.

En conclusión, la OP es un proceso inflamatorio y doloroso de la región pubiana que, por lo general, se presenta como una complicación de procedimientos invasivos realizados en la cavidad abdominopelviana. Sin embargo, el diagnóstico debe también considerarse en pacientes sometidos a resecciones transuretrales de próstata y de reparaciones extraperitoneales de procesos herniarios<sup>3,4,10</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mynors J. Osteitis pubis. *J Urol*. 112:664-1963.
2. Almeras C, Madi F, Desplaces N, Mamoudy P. Postoperative osteitis of the pubis: diagnosis, treatment and results. *Prog Urol*. 2002;12:253-9.
3. Beattie GC, Kumar S, Nixon SJ. Laparoscopic total extraperitoneal hernia repair: mesh fixation is unnecessary. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000;10:71-3.
4. Lents SS. Osteitis pubis: A review. *Obstet Gynecol Surv*. 1995;50:320-5.
5. Lloveras JH, Melero MJ, Menchaca AM. Osteitis del pubis como causa infrecuente de síndrome febril prolongado. *Medicina (Buenos Aires)*. 1985;45:54-6.
6. Kunduracioglu B, Yilmaz C, Yorubulut M, Kudas S. Magnetic resonance findings of osteitis pubis. *J Magn Reson Imaging*. 2007;25:535-9.
7. Lovell G, Galloway H, Hopkins W, Harvey A. Osteitis pubis and assessment of bone marrow edema at the pubic symphysis with MRI in an elite junior male soccer squad. *Clin J Sport Med*. 2006;16:117-22.
8. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: review of 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82:340-5.
9. Pauli S, Willemsen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med*. 2002;36:71-3.
10. García-Porrúa C, González-Gay MA, Picallo JA. Rapid response to intravenous corticosteroids in osteitis pubis after Marshall-Marchetti-Krantz urethropy. *Rheumatology (Oxford)*. 2000;39:1048-9.

O. Palmieri, M. Corti y M. F. Villafaña  
Hospital de Enfermedades Infecciosas F.J. Muñiz.  
Buenos Aires. Argentina.

#### Prescripción de betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca

##### Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Rodríguez GC<sup>1</sup> sobre las características clínicas y el tratamiento de los pacientes ambulatorios diagnosticados de insuficiencia cardíaca en España. No por conocidos dejan de sorprender algunos de los datos que se aportan.

Aun siendo algo ya sabido, es sorprendente el bajísimo porcentaje de pacientes en tratamiento con bloqueadores beta que comunican en este estudio (6%). El estudio IMPROVEMENT, de diseño similar, pero de ámbito europeo<sup>2</sup> concluyó que el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en Europa distaba de ser