

Lesión ulcerosa de larga evolución.

Long evolution ulcerative lesion.

Vidal Blanco Laura¹, Castro Pazos Manuel², Fransi Galiana Luis².

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 40-41

1 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CENTRO DE SALUD MONTEPORREIRO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Laura Vidal Blanco. e-mail: laura.vidal.blanco@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Varón de 57 años de edad, con antecedentes personales de artrosis, hipercolesterolemia familiar, ex-enolismo. Acude a la consulta de atención primaria por presentar lesión ulcerosa en miembro inferior izquierdo de 20 días de evolución. A la exploración física se ve una lesión ulcerada con necrosis central y bordes sobreelevados. El principal diagnóstico de sospecha es de ectima por lo que se solicita cultivo de la úlcera y se inicia posteriormente tratamiento con Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 10 días.

Tras un mes de evolución con resolución parcial de la lesión (Figura 1), el cultivo muestra una infección por *S. Aureus* sensible a trimetoprim-sulfametazol, por lo que se pauta nuevo ciclo de antibioterapia con Sulfametoxazol/Timetoprima 800/160 cada 12 horas durante 10 días. A los 15 días aparece nueva lesión con costra central y crecimiento centrífugo por lo que se decide realizar biopsia de la lesión siendo el resultado de lesión inespecífica.

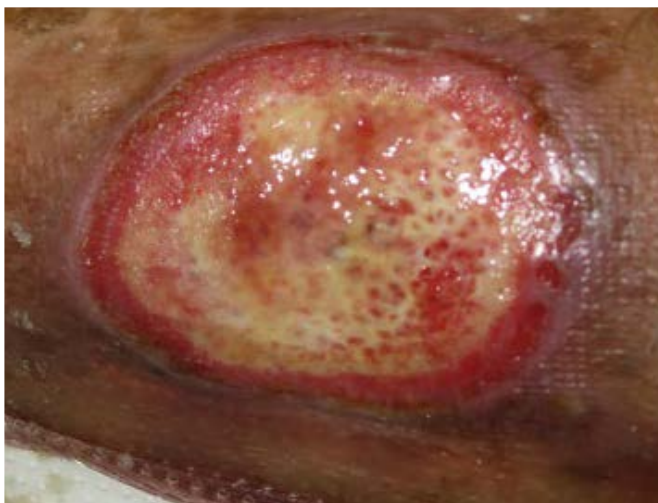


Figura 1

Con el paso de los meses aparecen más lesiones en tronco de mismas características (Figura 2); tras mala evolución se decide realizar nueva biopsia en lesiones de espalda con un resultado anatómico-patológico de micosis fungoide estadio tumoral (micosis fungoide en placas).



Figura 2

DIAGNÓSTICO

Ante este cuadro clínico se consideraron varios diagnósticos diferenciales como epiteloma (Carcinoma epidermoide o Basocelular), pioderma gangrenoso, vasculitis o necrobiosis lipoidea. Se llegó al diagnóstico final de micosis fungoide en placas gracias a la clínica y la biopsia, principalmente.

CONCLUSIÓN

La micosis fungoide es un linfoma cutáneo de linfocitos T que se inicia en la piel. Puede progresar a enfermedad sistémica, incluido el síndrome de Sézary (eritroderma con células T malignas circulantes).

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

Aparecen parches o placas eritematosas y escamosas localizadas o generalizadas, casi siempre en el tronco. Por lo regular, las placas tienen más de 5 cm de diámetro. A menudo se refiere prurito, que puede ser grave. Las lesiones suelen comenzar como parches no diagnósticos imprecisos, y no es raro que el paciente tenga lesiones cutáneas 10 años antes de que se confirme el diagnóstico. La afectación folicular con alopecia es característica de la micosis fungoide, y su presencia debe despertar la sospecha.^(1,2)

DIAGNÓSTICO

La biopsia de piel sigue siendo la base del diagnóstico. En la etapa tumoral, se presentan filtrados nodulares dérmicos. La infiltración neoplásica se basa en linfocitos atípicos de pequeño tamaño con un núcleo cerebriforme hiperromático rodeados de citoplasma claro. Los linfocitos atípicos se agrupan en epidermis formando los microabscesos de Pautrier, presente en el 25% y signo patognomónico para el diagnóstico.⁽¹⁾

En la enfermedad más avanzada, pueden ser detectados en la sangre los linfocitos T malignos circulantes (células de Sézary).

TRATAMIENTO

El tratamiento se adapta al estadio tumoral y a sus síntomas; se pueden usar desde corticoides tópicos, fototerapia o TSEBT (tratamiento con baño de electrones) hasta tratamientos sistémicos como retinoides orales o anticuerpos monoclonales. En el caso de nuestro paciente se realizó tratamiento con Bexaroteno y PUVA (Psoralenos y fototerapia con luz ultravioleta A) siendo refractario al tratamiento con la aparición de nuevas lesiones por lo que se decidió comenzar con TSEBT.

PRONÓSTICO

El principal pronóstico es la etapa en la que se encuentra el tumor, empeorando a medida que el estadio avanza. La micosis fungoide en estadios tempranos es normalmente indolente, con una mediana de supervivencia de más de 20 años, mientras que en los estadios avanzados la mediana de supervivencia es de 5 años. Además, los pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar un segundo linfoma, en particular linfomas tipo Hodgkin y el subtipo de papulosis linfomatoide del linfoma cutáneo de células T.⁽³⁾

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarah I. Jawed, Patricia L. Myskowski, Steven Horwitz, Alison Moskowitz, Christiane Querfeld. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sezary syndrome) Part I. Diagnosis: Clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers. *J. AM. CAD. Dermatology* February 2014. 70(2):205.e1-16.
2. Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrest, Amy S. Paller, David J. Leffell, Klaus Wolff, Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*; Tomo 1; 8ª Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2014.
3. WeiyunZ.Ai; Theresa H.Keegan; David J.Press; JuanYang; LauraB.Pincus; YounH.Kim. Outcomes After Diagnosis of Mycosis Fungoides and Sézary Syndrome Before 30 Years of Age A population-Based Study. *JAMADermatol.* 2014;150(7):709-715.