



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/812 - DOCTORES, TENGO UNA MANCHA NEGRA QUE PICA

S. Iglesias López<sup>a</sup>, M.J. Cardeñosa Cortés<sup>a</sup>, M. González Martín<sup>b</sup>, L. Cuccolini<sup>a</sup>, Y. Domínguez Rodríguez<sup>a</sup>, M. Sanz Sanz<sup>b</sup>, M.L. Mateos Sánchez<sup>c</sup>, M.I. Perea Casado<sup>d</sup>, A. Rafael Moreno<sup>e</sup> y P. Matías Soler<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Águilas. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 68 años. Consulta por aparición tres semanas antes de lesión en zona baja espalda, que define como un punto rojizo pruriginoso que ha aumentado de tamaño. Exploración en consulta: lesión numular negruzca sobre elevada con halo eritematoso. La paciente no refiere contacto con animales, ni viajes al extranjero, visitas de forma regular a Fuenlabrada. No otra sintomatología. Derivamos a dermatología con sospecha de Leishmania vs linfoma. AP: revisiones en dermatología desde 2005 por urticaria crónica con eritrodermia. Estudio inmunológico normal. En 2006 comienza con alopecia areata generalizada. En 2013 se diagnostica de síndrome de Graham Little. Sigue tratamiento con corticoides tópicos y minoxidil. Derivada a hematología en 2010 por pancitopenia y esplenomegalia de 15 cm. Estudios de inmunología y serología negativas, aspirado MO y cariotipo normal. Hipotiroidismo por enfermedad de Hashimoto. DM tipo 2 controlada con ADO. HTA. FA anticoagulada con acenocumarol. Herpes zoster de repetición.

**Exploración y pruebas complementarias:** Biopsia piel e inmunohistoquímica: ulceración central revestida por escamocostra, denso infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario y de distribución intersticial, con epidermotropismo con formación de microabscesos que se extiende por dermis reticular media y profunda; constituidos por linfocitos T de fenotipo CD 8+, que muestran reordenamiento clonal de TCR en el estudio molecular. Hallazgos sugestivos de micosis fungoide de patrón intersticial.

**Juicio clínico:** Micosis fungoide. Se procedió a la exéresis de la lesión.

**Diagnóstico diferencial:** Eccema, psoriasis eritrodérmica, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, reacciones alérgicas medicamentosa, urticaria crónica, picadura de artrópodos, síndrome de Sèzary, otros linfomas cutáneos.

**Comentario final:** La micosis fungoide es una entidad rara que puede tener un curso larvado de inicio insidioso pudiendo no ser evidente hasta la aparición de lesiones dérmicas más llamativas. El diagnóstico de confirmación requiere de biopsia e inmunohistoquímica. Además, es necesario descartar un síndrome de Sèzary el cual difiere del tratamiento y pronóstico.

## **Bibliografía**

1. Korgavkar K, Xiong M, Weinstock M. Changing incidence trends of cutaneous T-cell lymphoma. JAMA Dermatol. 2013;149:1295.
2. Vega F, Luthra R, Medeiros LJ, et al. Clonal heterogeneity in mycosis fungoides and its relationship to clinical course. Blood. 2002;100:3369.

**Palabras clave:** *Mycosis fungoide. Leishmania. Linfomas cutáneos.*