



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2422 - UN ECCEMA QUE NO CURA

F. Conejero Fernández-Galiano^a, M.P. Villanueva Morán^b, G. Izquierdo Enríquez^c, R. Rolando Urbizu^d, R. Rodríguez Rodríguez^e, I. Arroyo Rico^f y L. Gómez Sánchez^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirujas. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, Natural de Madrid, con AP de HTA no complicada en tratamiento farmacológico y DM tipo 2 en tratamiento con metformina con buen control sin otros AP médicos de interés, que acude al consulta para valoración en el año 2012 por unas lesiones de meses de evolución, ligeramente pruriginosas, localizadas en ambos muslos. El paciente niega historia de enfermedad cutánea previa, infecciones en los últimos meses, contacto con animales, viajes al extranjero, fiebre o cualquier otra sintomatología. Se diagnostica inicialmente de eccema atópico y se pauta tratamiento con corticoide tópico durante 2 semanas con mejoría de las lesiones y tacrólimus tópico de mantenimiento. Un año más tarde el paciente vuelve a consultar por persistencia de las lesiones en ambos muslos y aparición de nuevas lesiones de características clínicas semejantes en muslos, espalda y tórax. Dada la extensión del cuadro, pautamos corticoide por vía oral y derivamos a Dermatología para valoración con sospecha clínica de dermatitis atópica del adulto vs micosis fungoides vs otros. En la IC a Dermatología, se realiza biopsia de una de las placas que viene informada como hallazgos compatibles con linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides.

Exploración y pruebas complementarias: Se objetivan placas eritematodescamativas de 8 × 5 cm la mayor y 5 × 2 la menor en cara anterior de ambos muslos no infiltradas al tacto, ligeramente liquenificadas y con alguna excoriación secundaria al rascado crónico. Hemograma, bioquímica y coagulación: sin hallazgos. Placa de tórax: normal. Biopsia cutánea: hallazgos compatibles con linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides.

Juicio clínico: Micosis fungoides (fase eccematosa).

Diagnóstico diferencial: Eccema (atópico, numular...), psoriasis, tiña corporis, parapsoriasis.

Comentario final: La micosis fungoides es el linfoma primario cutáneo más frecuente. Se trata de un linfoma cutáneo primario de células T de bajo grado. Se divide clínicamente en tres fases: fase eccematosa (que es quizás la que plantea mayor reto diagnóstico por su semejanza clínica con las

dermatosis inflamatorias), fase de placa y fase tumoral.

Bibliografía

1. Cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides). Lancet. 1996;347:871-6.
2. Mycosis fungoides and Sézary syndrome. Blood. 1996;88:2385-409.
3. Mycosis fungoides beginning in childhood and adolescence. J Am Acad Dermatol. 1987;17:563-70.

Palabras clave: *Micosis fungoides.*