Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3417

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/4613 - MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DEL LINFOMA DE HODGKIN Y SU MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

*M. Palos Campos[a], M. Rodríguez Padial[a] e I. Pineda Muñoz[b]*

*[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Luis Taracido. Huelva.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 21 años que consulta en AP por primera vez por aparición de lesiones dermatológicas pruriginosas, escamosas y de coloración rosada en tronco y antebrazos tratadas con clotrimazol e hidroxicina. Los síntomas persisten y reconsulta con informe privado de dermatología con diagnóstico de pitiriasis rosada de Gilbert, continuando con hidroxicina. Sin mejoría clínica, la paciente realiza su tercera consulta con nuevo informe dermatológico con diagnóstico de lesiones compatibles con psoriasis en gotas y aparición de adenopatías laterocervicales izquierdas de 2-3 cm. Se realiza analítica y ecografía de cuello y se deriva a la paciente a ORL. Una vez allí se determina la presencia de un plastrón adenopático izquierdo y se realiza PAAF y biopsia mediante vaciamiento laterocervical izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** 1. Lesiones descamativas sobre base eritematosa y pruriginosas en tronco y antebrazos. Adenopatías laterocervicales izquierdas de 2-3 cm. 2. Analítica. Hemograma: 11.650 leucocitos. PCR: 6,35. VSG elevada. 3. Ecografía de cuello: plastrón adenopático en zona laterocervical izquierda. 4. PAAF/Biopsia: linfoma de Hodgkin clásico, esclerosis nodular. 5. Citología médula ósea: hipercelularidad moderada con evidente hiperplasia granulocítica sin signos de infiltración.6. PET-TC: afectación ganglionar laterocervical izquierda, mediastínica superior y supraclavicular compatibles con malignidad. Adenopatía axilar derecha.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, estadio IIB supradiafragmático con factores de riesgo.

**Diagnóstico diferencial:** Dermatitis, pitiriasis rosada, psoriasis, ictiosis, eritrodermia, eritema multiforme/nodoso, pitiriasis versicolor, candidiasis, urticaria, síndrome de Sweet, leucemias, linfomas.

**Comentario final:** El linfoma Hodgkin podemos clasificarlo en: esclerosis nodular, celularidad mixta y variedad linfocítica. La afectación cutánea en ocurre entre el 13 y el 53% de los casos. La mayoría presenta una afectación cutánea inespecífica como la descrita en nuestra paciente. Tras obtener el juicio clínico de LH tipo esclerosis nodular, se deriva a la paciente a Hematología para iniciar tratamiento quimioterápico con ciclos de ABDV y posterior RT de consolidación.

**Bibliografía**

1. Meyer RM, Gospodarowicz MK, Connors JM, et al. ABVD alone versus radiation-based therapy in limited-stage Hodgkin&#39s lymphoma. N Engl J Med. 2012;366:399.
2. Diehl V, Sextro M, Franklin J, et al. Clinical presentation, course, and prognostic factors in lymphocyte-predominant Hodgkin&#39s disease and lymphocyte-rich classical Hodgkin&#39s disease: report from the European Task Force on Lymphoma Project on Lymphocyte-Predominant Hodgkin&#39s Disease. J Clin Oncol. 1999;17:776.

**Palabras clave:** Linfoma Hodgkin.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.