

## Nódulos cutáneos en paciente con leucemia mieloide aguda

M. Fernández-Guarino<sup>a</sup>, C. Bombín<sup>b</sup>, M. García Cosío<sup>c</sup>, M. Calvacho<sup>b</sup>, J. López Jiménez<sup>b</sup> y P. Jaén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Hematología. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

### Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 68 años sin antecedentes médicos de interés que consultó por diátesis hemorrágica objetivándose en analítica pancitopenia con hemoglobina 11,5 g/dl, plaquetas 10.200/mm<sup>3</sup>, leucocitos 22.100 con monocitos 14.200. Se realiza biopsia medular diagnosticándose de leucemia mieloide aguda M0 en fase de estado, con el 86% de blastos de perfil antigénico CD34-, CD7+, CD33+, MPO-, TdT- y genética normal. Recibió tratamiento quimioterápico con idarrubicina y Ara-Cx2, alcanzando remisión completa tras el primer ciclo. Se consolidó con ARA-C a dosis altas más daunorrbicicina con reaparición del 75% de blastos en médula ósea. Se inició tratamiento de refractariedad con VP-16, ARA-c y mitoxantrone, observándose respuesta parcial, por lo que recibe un ciclo de FLAG-IDA. A pesar de ello presenta una blastosis medular del 80%, por lo que se adopta una actitud paliativa.



Fig. 1. Cara externa del muslo.



Fig. 2. Zona de implantación del cuero cabelludo.

## Evolución

Consulta por la aparición en 4-5 días de múltiples lesiones nodulares, de pequeño tamaño, asintomáticas y de coloración purpúrica, diseminadas por todo el tegumento (figs. 1 y 2). Se realizó biopsia cutánea de una de ellas. Se encontró la piel infiltrada por celularidad redonda atípica. El estudio inmunohistoquímico confirmó que se trataba de una infiltración cutánea compatible con afectación por una leucemia mieloide aguda. En dos días se produce rápida progresión de la enfermedad, falleciendo por fracaso multiorgánico.

## Diagnóstico

Leucemia cutánea (LC)

## Discusión

La LC es una manifestación infrecuente de las leucemias (aparece en el 2-10%). Es más frecuente su aparición en leucemias mieloideas agudas (LMA) y en leucemias linfáticas crónicas. En conjunto, hasta un 10% de las LMA producen LC, siendo más frecuente en los subtipos M4 y M5<sup>1</sup>. Existe una fuerte correlación entre la LC y la presencia de afectación extramedular a otros niveles. En una serie de 80 pacientes con LMA y LC, el 90% presentaban afectación extramedular a otros niveles en algún momento de la enfermedad y en el 40% esa afectación era meníngea<sup>2</sup>.

La mayoría de las veces la LC se produce en el curso de la leucemia, pero ha sido descrita la afectación cutánea sin afectación medular ni sistémica. Se denomina LC aleucémica. El seguimiento de estos pacientes es prioritario, ya que el desarrollo de una leucemia sistémica en los meses siguientes es la norma<sup>1,2</sup>.

Las lesiones que produce son muy polimorfas, y es difícil diferenciarlas clínicamente de lesiones cutáneas inespecíficas, que por otro lado son mucho más frecuen-

tes. Las lesiones inespecíficas asociadas a las leucemias sistémicas aparecen en un 30% de los pacientes. Son, o bien dermatosis paraneoplásicas (eritrodermias, eritema exudativo, eritema nodoso, vasculitis, pioderma grangrenoso, síndrome de Sweet, etc.) o bien manifestaciones cutáneas derivadas del fallo medular (petequias, equimosis, púrpura, prurito generalizado, infecciones bacterianas y fúngicas). En cambio, las lesiones específicas o LC se producen por la infiltración de la dermis por células leucémicas. La forma más frecuente de presentación es en forma de nódulos, que en el caso de las LMA tienden a ser purpúricos, como en nuestro caso. Se describen clásicamente como «color ciruela». También pueden aparecer lesiones en forma de pápulas, placas e incluso tumores<sup>1-4</sup>.

Ante lesiones cutáneas en pacientes leucémicos procede la realización de biopsia cutánea y, sobre todo, la realización de estudio inmunohistoquímico de la muestra. Permite diferenciar entre manifestaciones específicas e inespecíficas, con las consecuentes implicaciones pronósticas y terapéuticas<sup>3,5</sup>.

La supervivencia de pacientes con LC es menor que la de los que no la tienen e indica un curso más agresivo y mal pronóstico, con una supervivencia menor de un año<sup>4</sup>.

El tratamiento de la LC es el de la leucemia de base. Se ha descrito buena respuesta de las lesiones cutáneas y mejoría de la supervivencia añadiendo al tratamiento sistémico tratamiento local con baño de electrones<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Blázquez Sánchez N, Fernández Carnedo I, Cardeñoso Álvarez E. Leucemia cutánea. Piel. 2002;17:310-5.
- Baer MR, Barcos M, Farrell H, A Raza, HD Preisler. Acute myelogenous leukemia with leukemia cutis: eighteen cases seen between 1969 and 1986. Cancer. 1989;63: 2192-200.
- Ratman K, Kohr C, Su D. Leukemia cutis. Dermatol Clin. 1994;12:419-30.
- Kadu S, Zenahlik P, Beham-Schmid C, Kerl H, Cerroni L. Specific cutaneous infiltrates in patients with myelogenous leukemia: a clinicopathologic study of 26 patients with assessment of diagnosis criteria. J Am Acad Dermatol. 1999;40:966-78.
- Zwiggman S, Vermeer MH, Bekkink, Van der Valk P, Nanavakkara P, Ossenkoppela GJ. Leukaemia cutis: clinical features and treatment strategies. Haematologica. 2002; 87:ECR13.