



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

242/1058 - PRURITO QUE ENGAÑA

I. Martínez González^a, I. Pinazo Martínez^b y A. Pérez Pérez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. ^bMédico Especialista Aparato Digestivo. Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años con antecedentes de HTA bien controlada y obesidad. En estudio por Reumatología por poliartralgias. Antecedentes familiares de cáncer de colon. Acude a consulta por lesión cutánea torácica de aspecto macular, eritematosos y descamativo, de pequeño tamaño que aparecen de novo sobre piel normal. Muy pruriginosos. Refiere aparición de la lesión unos 15 antes de la consulta.

Exploración y pruebas complementarias: La sospecha diagnóstica inicial fue sudamina que se trató con antihistamínicos y corticoides tópicos de potencia media. En siguientes revisiones el cuadro presenta cierta mejoría pero persisten las alteraciones cutáneas. Por lo que se solicita análisis general que no presenta alteraciones significativas. En exploración más exhaustiva no se identifican adenopatías, no presenta síntomas de alarma tipo pérdida de peso. A pesar de tratamiento, la lesión presenta una reagudización con cambios a nivel cutáneo presentando la lesión aspecto de “piel escaldada”. Se retira tratamiento y se reevalúa con empeoramiento de la lesión y se decide valoración por Dermatología que biopsia lesión. Resultados anatopatológicos: micosis fungoide grado I. Tras dichos resultados se pide TC de extensión y se deriva a Hematología para decidir actitud.

Juicio clínico: Micosis fungoide.

Diagnóstico diferencial: Sudamina. Eccema.

Comentario final: La micosis fungoide es una expresión cutánea del linfoma de células T. De curso indolente, este tipo de linfomas presenta especial afinidad por la epidermis dando las lesiones descritas en nuestro caso. La aparición de las lesiones cutáneas suele aparecer de forma gradual y pueden variar a lo largo del tiempo, incluso hasta la remisión completa. Los tratamientos empleados dependen del estadio desde fototerapia y corticoides tópicos + fototerapia hasta interferón alfa o quimioterapia.

Bibliografía

1. Wilcox RA. Cutaneous T-cell lymphoma: 2011 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol.* 2011;86(11):928.
2. Vij A, Duvic M. Prevalence and severity of pruritus in cutaneous T cell lymphoma. *Int J Dermatol.* 2012;51(8):930.
3. Carter J, Zug KA. Phototherapy for cutaneous T-cell lymphoma: online survey and literature review. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(1):39.

4. Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, Moskowitz A, Querfeld C. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoidea and Sézary syndrome): part II. Prognosis, management, and future directions. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):223.e1.

Palabras clave: Micosis fungoide. Linfoma T. Lesiones dérmicas.