



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/620 - EN LA PIEL PUEDE ESTAR LA CLAVE

Á. López Llerena^a, E. Gómez Gómez-Mascaraque^b, E. Pérez Castro^c, C. Aubert^d, M. López Martín^e y B. Villacañas Redondo^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^fMédico de Familia. Hospital El Escorial. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 97 años con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril 5 mg/día y furosemida 40 mg/día y monocitosis con diagnóstico de presunción de síndrome mielodisplásico (SMD) en 2014 que no se estudió, consulta por erupción cutánea no pruriginosa que no mejora con tratamiento tópico con hidrocortisona desde hace 1 mes. No artralgias. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Se deriva a Dermatología, realizándose biopsia de piel con resultado anatomo patológico de infiltración por neoplasia hematológica de estirpe mieloide (CD33+) y diferenciación monocítica (CD68+) concordante con leucemia mielomonocítica. Se completa estudio en Hematología y, consensuando con familia y paciente, se evitan pruebas agresivas (biopsia de médula ósea), y realizándose TC que no es concluyente. Analítica: Leu 21.800; Neu 12.300; monocitos 6.900 (31,7%); PQ 108.000. Frotis: segmentados 54%; linfocitos 11%; monocitos 34%; eosinófilos 1%; monocitosis en aumento, a expensas de células maduras. En seguimiento actualmente con controles analíticos.

Juicio clínico: Monocitosis crónica. Trombopenia leve. Leucemia mielomonocítica crónica.

Diagnóstico diferencial: Sarcoma de Kaposi, vasculitis, urticaria, enfermedad vascular periférica, angiomatosis bacilar, angiosarcoma, lesiones vasculares benignas (hemangiomas).

Comentario final: Un gran número de enfermedades sistémicas durante su evolución pueden presentar manifestaciones cutáneas, y en otros casos pueden ser el único indicador de la presencia de una enfermedad sistémica asintomática, por ello es fundamental su reconocimiento. El médico de familia tiene un papel fundamental para detectarlo, lo que permitirá realizar un diagnóstico precoz, con las implicaciones clínicas y terapéuticas de intervención correspondientes.

Bibliografía

1. Steensma DP, Padron E. Chronic myelomonocytic leukemia. UptoDate, 2017. 2. Padron E, Komrokji R, Alan F. The Clinical Management of Chronic Myelomonocytic Leukemia. Clinical Advances in Hematology & Oncology. 2014;12(3).
2. Guías españolas de diagnóstico y tratamiento de los síndromes mielodisplásicos y la leucemia mielomonocítica crónica. GESMD. SEHH. 2012;97(Supl 5).

3. Onida F, Barosi G, et al. Management recommendations for chronic myelomonocytic leukemia: consensus statements from the SIE, SIES, GITMO groups. *Haematologica*. 2013.
4. Quintero-Sierra Y, Mustelier-Celza GL, Hernández-Padrón C, Romero-González A. Chronic myelomonocytic leukemia. *Rev Cubana Hematol Immunol Hemoter*. 2014;30(4).

Palabras clave: Lesiones cutáneas. Síndrome mielodisplásico. Leucemia mielomonocítica crónica.