

Queratosis seborreicas en un paciente con micosis fungoide: respuesta a carmustina tópica

Almudena Hernández Núñez, Beatriz Bartolomé González, Jesús Fernández-Herrera y Amaro García-Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Resumen.—Las queratosis seborreicas son tumoraciones benignas muy frecuentes, sobre todo en personas de edad avanzada. No es rara su coexistencia con otras patologías dermatológicas, incluidas las lesiones cutáneas de micosis fungoide. Presentamos un paciente de 41 años con micosis fungoide y múltiples queratosis seborreicas, localizadas predominantemente sobre las placas de micosis fungoide. Los hallazgos histopatológicos de una de estas lesiones demostraron infiltración de la queratosis seborreica por linfocitos T atípicos. Estas lesiones benignas desaparecieron al tratar la micosis fungoide con carmustina tópica. Consideramos que el efecto antiproliferativo de la carmustina podría ser el responsable de la desaparición de las queratosis seborreicas, destacando la curiosa asociación clínico-evolutiva en nuestro paciente.

Palabras clave: queratosis seborreicas, micosis fungoide, carmustina.

Hernández Núñez A, Bartolomé González B, Fernández-Herrera J, García-Díez A. Queratosis seborreicas en un paciente con micosis fungoide: respuesta a carmustina tópica. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(1):48-50.

RESPONSE TO TOPIC CARMUSTINE OF SEBORRHEIC KERATOSES IN A PATIENT WITH MYCOSIS FUNGOIDES

Abstract.—Seborrheic keratoses are very common benign lesions, especially in elder people. They have been described in association with several dermatological disorders, including mycosis fungoides. We report a patient with mycosis fungoides and multiple seborrheic keratoses, specially over the plaques of mycosis fungoides. These seborrheic keratoses were infiltrated by atypical T lymphocytes and disappeared several months after treatment with topical carmustine was started. We hypothesize that the antiproliferative activity of carmustine was responsible for the removal of the seborrheic keratoses.

Key words: seborrheic keratoses, mycosis fungoides, carmustine.

INTRODUCCIÓN

Las queratosis seborreicas son tumoraciones benignas de la piel, que aparecen especialmente en pacientes de edad avanzada¹. Estas lesiones coexisten con mucha frecuencia con otras patologías dermatológicas, incluyendo la micosis fungoide^{2, 3}. La aparición súbita de múltiples queratosis seborreicas en pacientes con neoplasias se conoce como síndrome de Leser-Trélat, cuadro que es considerado por algunos autores como paraneoplásico³. Presentamos el caso de un hombre con micosis fungoide y múltiples queratosis seborreicas, destacando la infiltración histopatológica por linfocitos T atípicos de estas lesiones benignas, así como su desaparición con carmustina tópica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 41 años de edad que acudió a nuestro servicio por presentar desde hacía

10 años lesiones en forma de placas eritematosas infiltradas en regiones axilares, pectorales, hipogástrica y lumbosacra. El paciente fue diagnosticado de micosis fungoide a partir de los hallazgos clínicos e histopatológicos. A la exploración física presentaba en zonas axilares, pectorales, hipogástrica y lumbosacra placas eritematosas, con escaso componente epidérmico, mal delimitadas e infiltradas a la palpación. Llamaba la atención la existencia en el tronco de múltiples pápulas hiperpigmentadas, de superficie queratósica, que clínicamente correspondían a queratosis seborreicas y que eran más numerosas sobre las placas eritematosas que sobre la piel normal (fig. 1). Se tomó biopsia de una de las lesiones queratósicas que se encontraban sobre las placas eritematosas. La histología mostraba una lesión típica de queratosis seborreica infiltrada por linfocitos T de micosis fungoide (fig. 2).

Durante un año el paciente siguió tratamiento con interferón-alfa (IFN- α) 3 millones U (MU) y psoraleno y luz ultravioleta (PUVA) tres veces por semana sin respuesta, por lo que posteriormente se decidió tratar con carmustina tópica (10 mg/ día) aplicándola sobre toda la superficie corporal. A los dos o tres meses de iniciar este último tratamiento se objetivó una disminución progresiva en el número y tamaño de las queratosis seborreicas, habiendo desaparecido todas

Correspondencia:

Almudena Hernández Núñez. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. C./ Diego de León, 62. 28006 Madrid. Correo electrónico: agarciad@meditex.es

Aceptado el 31 de julio de 2002.



Fig. 1.—Múltiples queratosis seborreicas sobre una placa eritematosa de micosis fungoide en región hipogástrica. Las lesiones son mucho menos numerosas en la piel normal.



Fig. 3.—Desaparición de las queratosis seborreicas tras 6 meses de tratamiento con carmustina tópica. Persiste la placa eritematosa de base.

completamente a los 6 meses de iniciar el tratamiento. Sin embargo, las placas eritematosas de micosis fungoide persistieron prácticamente sin ninguna modificación clínica, aunque el estudio histopatológico mostró una discreta disminución del infiltrado linfocítico (fig. 3). Las queratosis seborreicas no han reaparecido tras tres años de seguimiento.

La micosis fungoide fue tratada posteriormente con IFN- α a dosis altas (9 MU) y UVB tres veces por semana, junto con radioterapia local en la lesión de la región lumbar. El tratamiento con IFN y UVB se mantuvo durante tres meses, tras los cuales se objetivó desaparición clínica completa de las lesiones de micosis fungoide. El paciente ha permanecido asintomático y sin tratamiento durante los dos últimos años.

DISCUSIÓN

La coexistencia de diferentes lesiones cutáneas en un mismo paciente es un hallazgo común^{4,5}. En este sen-

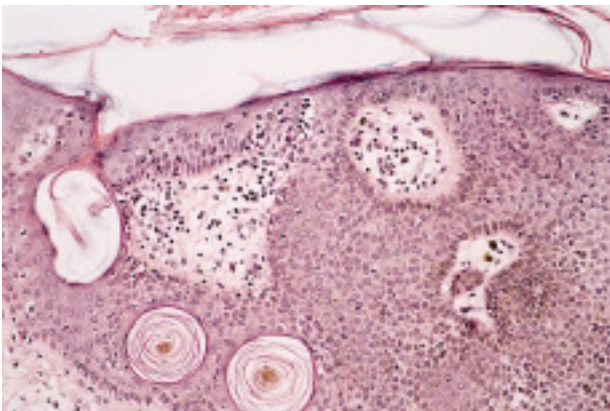


Fig. 2.—Linfocitos de pequeño tamaño con halo claro que infiltran la epidermis de una queratosis seborreica (hematoxilina-eosina, x40).

tido, cabe decir lo mismo de la presentación simultánea de lesiones de micosis fungoide y queratosis seborreicas^{3,6}, probablemente debido a la alta incidencia de estas últimas en todo tipo de pacientes. En nuestro caso hay que destacar dos aspectos: el primero es la coexistencia de lesiones de micosis fungoide con queratosis seborreicas que histológicamente se encuentran infiltradas por linfocitos T, y el segundo es la desaparición de las queratosis seborreicas con carmustina tópica.

El desarrollo de lesiones malignas sobre queratosis seborreicas ya ha sido previamente documentado^{7,8}, así como la infiltración de lesiones preexistentes por linfocitos neoplásicos en algunos procesos linfoproliferativos⁹. Sin embargo, a nuestro saber, la infiltración de una queratosis seborreica por linfocitos T de micosis fungoide sólo se ha descrito una vez con anterioridad a nuestro caso², aunque posiblemente ello se deba a que estas lesiones benignas no se biopsian habitualmente en este tipo de pacientes. El mecanismo responsable de la infiltración de lesiones cutáneas preexistentes por linfocitos neoplásicos es desconocido, aunque se ha postulado la existencia de un estímulo quimiotáctico que actuaría sobre los mismos en el contexto de la respuesta inflamatoria¹⁰. Desde nuestro punto de vista, más bien se trataría de un simple mecanismo pasivo de infiltración de la queratosis seborreica por los linfocitos T de la enfermedad tumoral.

La carmustina tópica es un agente muy eficaz en el tratamiento de estadios iniciales de micosis fungoide en placas, aunque la mayoría de los pacientes desarrollan como efecto secundario cierto eritema irritativo con su aplicación^{11,12}. Dado que se trata de un agente antiproliferativo, es posible que ésta sea la causa de la desaparición de las queratosis seborreicas con el tratamiento tópico. No hemos encontrado ningún caso previo que refiera la desaparición de queratosis seborreicas con carmustina tópica, y consideramos que en nuestro caso se trata de un hallazgo casual tras instaurar este tratamiento para su micosis fungoide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berman A, Winkelmann RK. Seborrheic keratosis. *Arch Dermatol* 1982;118:615.
2. Ackerman AB, Kerl H, LeBoit PE. Compare your diagnosis. Xantogranuloma, seborrheic keratosis associated with mycosis fungoides, Kikuchi's disease. *Am J Dermatopathol* 1999;21:79-81.
3. Miyako, F, Dekio S, Tamura H, Yamada Y, Miyata N, Jiobi J, et al. Mycosis fungoides with Leser-Trélat sign: the first report of a patient from Japan. *Br J Dermatol* 1994;21:189-93.
4. Boyd AS, Rapini RP. Cutaneous collision tumours. An analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1994;16:253-7.
5. Keen CE. Combined skin lesions. *Am J Dermatopathol* 1996;18:527-32.
6. McCrary ML, Davis LS. Sing of Leser-Trélat and mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:644.
7. Goette DK. Basal cell carcinomas arising in seborrheic keratoses. *J Dermatol Surg Oncol* 1985;11:1014-6.
8. Redondo Mateo J, Vaquero Pérez M, Pascual Pascual E, et al. Transformación maligna de una queratosis seborreica. *Actas Dermosifiliogr* 1987;78:45-7.
9. Smoller BR, Warnke RA. Cutaneous infiltrate of chronic lymphocytic leukemia and the relationship to primary cutaneous epithelial neoplasms. *J Cut Pathol* 1998;25:160-4.
10. Cerroni L, Zenahlik P, Hofler G, Kaddus S, Somlle J, Kerl H. Specific cutaneous infiltrates of B-cell chronic lymphocytic leukemia: a clinicopathologic and prognostic study of 42 patients. *Am J Surg Pathol* 1996;20:1000-10.
11. Zackheim HS. Topical carmustine (BCNU) for patch/ plaque mycosis fungoides. *Semin Dermatol* 1994;13:202-6.
12. Fernández Buezo G, Fraga J. Hallazgos histopatológicos cutáneos tras tratamiento con BCNU tópico en pacientes con micosis fungoide. *Actas Dermosifiliogr* 2001; 92:567-73.