

Erupción de pápulas foliculares y comedones localizados en el abdomen y en el labio superior

Pedro Sánchez-Sambucetes, Jorge Ingelmo, Teresa Alonso y Manuel A. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología. Hospital de León. España.

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 46 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que trabaja como operario en una empresa de embutidos fue remitido por presentar, desde hace 2 años, lesiones cutáneas en las zonas supralabial y abdominal, asintomáticas y resistentes al tratamiento con antifúngicos, corticoides y antibióticos tópicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física se observaba una placa alopécica eritematosa con lesiones papulosas foliculares sobre la piel del labio superior (fig. 1), y un área de

aproximadamente 10 cm con lesiones comedonianas en la región abdominal (fig. 2).

HISTOPATOLOGÍA

Realizamos una biopsia de una de las lesiones foliculares del abdomen (fig. 3), en cuyo estudio histopatológico apreciamos un infiltrado en banda epidérmico y un denso infiltrado dispuesto alrededor del infundíbulo piloso con afectación de la interfase en dermis. Con técnicas de inmunohistoquímica observamos que dicho infiltrado está compuesto por células linfoides de pequeño a mediano tamaño que exhiben núcleos irregulares e hiperromáticos y expresan el marcador CD3 (fig. 4).

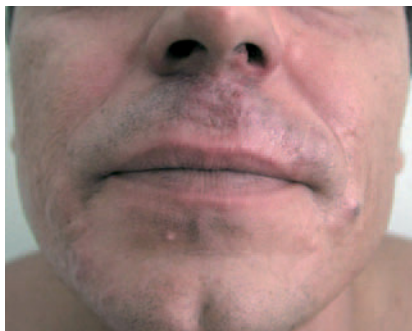


Fig. 1.—Pápulas foliculares en el labio superior.



Fig. 2.—Lesiones comedonianas en el abdomen.

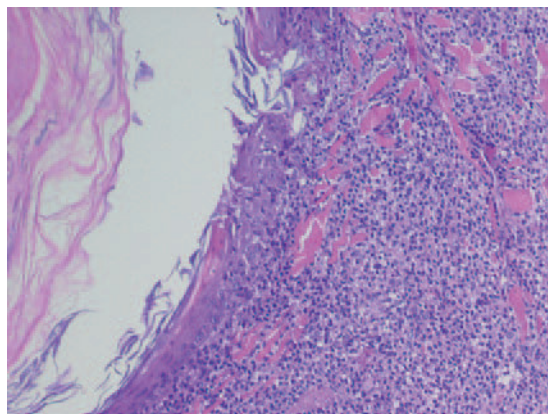


Fig. 3.—Biopsia. (Hematoxilina-eosina, x4.)

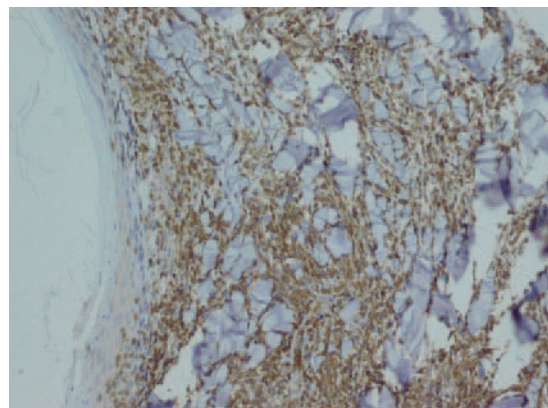


Fig. 4.—Tinción inmunohistoquímica para el marcador CD3. (Hematoxilina-eosina, x40.)

Correspondencia:
Pedro Sánchez-Sambucetes. Servicio de Dermatología.
Hospital de León. Altos de Nava, s/n. 24071. León. España.
psanchez@hleio.sacyl.es

Recibido el 9 de marzo de 2005.
Aceptado el 21 de diciembre de 2005.

DIAGNÓSTICO

Micosis fungoide folicular.

EVOLUCIÓN

Con este diagnóstico y tras descartar afectación extracutánea iniciamos fototerapia (psoraleno y radiación ultravioleta [PUVA]) asociada a interferón alfa intralesional y acitetrina oral, con resolución parcial de las lesiones. Posteriormente usamos imiquimod tópico, y obtuvimos mejores resultados clínicos, pero con persistencia histológica del tumor, por lo que el paciente fue tratado con radioterapia. Así se consiguió la resolución de las lesiones.

DISCUSIÓN

La micosis fungoide fue descrita por Alibert en 1806¹. Constituye el linfoma primario de piel más frecuente. Se debe a una proliferación de linfocitos T cooperadores/memoria. Clínicamente cursa en tres fases clásicas descritas por Bazin en 1876; inicialmente aparecen lesiones eccematosas, posteriormente se infiltran y aparecen placas y finalmente tumores. Por otra parte, se han descrito varios subtipos de micosis fungoide como las formas granulomatosa, hiperqueratósica, hipopigmentada, bullosa, palmar y plantar, purpúrica, liquenoide, invisible, tumor *d'embleé*, micosis fungoide asociada con mucinosis folicular y reticulosis pagetoide. La mayoría son consideradas como variantes de la micosis fungoide, salvo las dos últimas, que están recogidas en las clasificaciones EORTC (European Organization for Research on the Treatment of Cancer) y Organización Mundial de la Salud (OMS) como entidades separadas^{2,3}.

Últimamente algunos autores proponen que la micosis fungoide folicular con o sin asociación con mucinosis folicular es una entidad con personalidad clínico-patológica que la diferencia de la micosis fungoide clásica^{4,6}.

Clínicamente cursa con lesiones similares a comedones y/o pápulas foliculares con alopecia que pueden ser confundidas con otras enfermedades como forunculosis, erupciones acneiformes, yododerma, granuloma anular, granuloma facial o granuloma de Majocchi.

La histología se caracteriza por la presencia de un infiltrado tumoral de linfocitos atípicos perifolicular con foliculotropismo^{7,8}, en ocasiones, con un grado variable de epidermotropismo⁷.

Estos tumores, que habitualmente son clasificados en estadios T1 o T2, deben ser clasificados inicialmente en estadio T3 o tumoral debido al grosor peri-

folicular de las lesiones. Los tratamientos utilizados deben alcanzar dicha profundidad, por lo que las opciones habituales como la mostaza citrogenada, carmustina, corticoides tópicos o la fototerapia PUVA no son efectivas por tener una acción más superficial. Algunos autores proponen la radiación con baño de electrones como el tratamiento de elección y como alternativa, la combinación de PUVA, retinoides, INF- α y radioterapia local en los tumores gruesos^{5,6,9}. La poliquimioterapia se utiliza en casos de afectación extracutánea^{9,10}.

El pronóstico de esta enfermedad es peor que el de la micosis fungoide clásica, con una supervivencia a los 5 años del 68 % y a los 10 años del 26 %, independientemente del sexo, duración de las lesiones antes del diagnóstico o la respuesta inicial al tratamiento⁵.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alibert JLM. Tableau de plan fongoide: Description des maladies de la peau observee a l-hospital St. Louis et exposition del meilleures methods suivies pour leur traitement. Paris, France, Barrois L'aine et Fils; 1806. p. 413-46.
2. Izu R, Díaz Ramón JR, Díaz Pérez JL. Linfomas cutáneos de células T. Micosis fungoide. Síndrome de Sézary. Diagnóstico. Estudio de extensión. Tratamiento. Monogr Dermatol. 2001;14:149-62.
3. Fink-Puches R, Zenahlik P, Bäck B, Smolle J, Kerl H, Cerroni L. Primary cutaneous lymphomas: applicability of current classification schemes (European Organization) based on clinicopathologic features observed in large group of patients. Blood. 2002;99:800-5.
4. Sangüeza OP. Mycosis Fungoides. New Insights Into an Old Problem. Arch Dermatol. 2002;138:244-6.
5. Doorn R, Scheffer E, Willenze R. Follicular mycosis fungoides, a distinct disease entity with or without associated follicular mucinosis. A clinicopathologic and follow-up study of 51 Patients. Arch Dermatol. 2002;138:191-8.
6. Klemke CD, Dippel E, Assaf C, et al. Follicular mycosis fungoides. Br J Dermatol. 1999;141: 137-40.
7. DeBloom J, Severson J, Gaspari A, Scott G. Follicular mycosis fungoides: a case report and review of the literature. J Cutan Pathol. 2001;28:318-24.
8. Flaig MJ, Cerroni L, Schuhmann K, et al. Follicular mycosis fungoides. A histopathologic analysis of nine cases. J Cutan Pathol. 2001;28:525-30.
9. Palencia S, Segurado A, Rodríguez-Peralto JL, Vanaclocha F, Iglesias L. Micosis fungoide folicular cutánea y ganglionar. Actas Dermosifiliogr. 2003;94:24-7.
10. Fernández-Herrera J, Córdoba S, Moreno de Vega MJ, Fraga J, García Díez A. Micosis fungoide folicular y ecrina. Actas Dermosifiliogr. 2000;91:41.

¿Hacia dónde van la dermatología y la economía?

Sr. Director:

Tras leer varias veces y con enorme interés el editorial del profesor de Moragas¹, no puedo sino suscribir punto por punto y sin enmiendas sus razones para estar preocupado por el futuro de nuestra especialidad. Los recientes cambios en la intensidad y la calidad de las demandas médicas y paramédicas (o cosméticas), las renovadas expectativas de los pacientes (y clientes) ante nuestras intervenciones, la deficiente planificación de los programas de formación posgrado y de formación continuada, la introducción de tecnología con pocos avales científicos y las *maneras* de la industria farmacéutica, junto a la depauperante postergación presupuestaria que sufrimos los dermatólogos han creado un escenario nuevo y desafiante, al que podremos sobrevivir con firmeza y unidad en lo esencial e innegociable. Pero también con planteamientos que permitan la adaptación a la nueva realidad, creando y diversificando de forma continua nuestro argumentario como especialidad necesaria. Es indiscutible la importancia de potenciar la investigación básica y traslacional dermatológica, de promover la implantación de los instrumentos de evaluación periódica de las competencias profesionales y de impulsar la formación de los residentes en centros hospitalarios con garantías de excelencia. Forzoso es reconocer lo que esta realidad supone de agrí dulce para quien trabaja en la única comunidad autónoma sin centros acreditados para la formación MIR en Dermatología.

Sin embargo, un aspecto mencionado en el editorial me ha llevado a las siguientes reflexiones. Es verdad que los economistas han pretendido (algunos aún lo hacen) disponer de la actividad asistencial de nuestra especialidad. Y de todas. Los recursos limitados, el aumento imparable de la demanda de servicios sanitarios y el importante margen de incertidumbre de nuestras decisiones diarias en la clínica son algunas de las explicaciones verosímiles del formidable aumento del gasto sanitario en los últimos años, por encima de incremento del PIB interanual. Nuestro trabajo es decidir a diario numerosas intervenciones diagnósticas y terapéuticas, seguro que con buen criterio clínico, pero desconociendo el coste real y social que suponen y sin saber tampoco si son rentables o eficaces. Se impone un modelo que busque obtener la mayor eficacia y efectividad con los recursos disponibles y al menor coste posible; un modelo que apueste por la eficiencia.

Recordemos que el modelo gerencial se crea a finales de la década de 1980 casi simultáneamente por una Orden de la Generalitat de Cataluña y un Real Decreto del extinto Insalud como medida de fuerza

para afrontar la contención del gasto sanitario. Este modelo de organización sanitaria establece la separación de los niveles de la gerencia (comprador y administrador de los servicios sanitarios con la financiación que deciden los políticos) y de las unidades asistenciales (los proveedores de tales servicios). Fueron los años 90 la década dura del gerencialismo dirigista e intervencionista, que imponía políticas con criterios economicistas sin contar con el consenso de los médicos. Nos dieron en poco tiempo demasiadas razones para justificar fuertes resistencias al cambio. Afortunadamente, en los últimos años, más en unas comunidades que en otras, este modelo autoritario y piramidal está cediendo el paso lentamente a otro que enfatiza la autogestión de las unidades clínicas y la corresponsabilidad en los resultados: la microgestión o gestión clínica. Este modelo establece un grado importante de descentralización en la toma de decisiones médicas por las unidades asistenciales, que deben garantizar que estas son adecuadas y necesarias mediante la implantación de modelos de monitorización y autoevaluación (investigación de resultados) y de las medidas correctoras de las desviaciones. Es decir, autonomía clínica de decisión y para la gestión de los recursos asignados, pero también responsabilización con los resultados obtenidos de nuestras intervenciones. Éstas deben ser deseables (adecuadas, necesarias y rentables) y estar fundamentadas en el conocimiento científico actual. Los resultados y los procesos tienen que ser medibles, mediante indicadores ajustados por riesgo y recursos disponibles en cada área asistencial. Sólo así sabremos su grado de calidad, su excelencia.

Acostumbrados y bien adiestrados en la lectura, el diseño y la realización de estudios de eficacia y seguridad, lo estamos poco o nada en los de eficiencia, aunque empezamos lentamente a familiarizarnos con los artículos versados en estudios económicos en las revistas americanas que consultamos regularmente², e incluso en las nuestras³. Necesitamos adaptar nuestra rica e intensa especialidad a la realidad de un modelo asistencial eficiente sin que ello signifique una merma en la calidad de la atención de nuestros pacientes.

Reconozcámoslo: estamos lejos de otras especialidades que ya han conseguido un grado importante de consenso para crear modelos de estandarización de la práctica clínica y de gestión por procesos. Urge hacer una selección de los más relevantes en dermatología por su complejidad y frecuencia, y medir su volumen ajustado a complejidad y peso en la práctica asistencial mediante indicadores objetivos y explícitos que permitan delimitar sistemas de clasificación⁴. Tenemos una encomiable iniciativa reciente, que es un exce-

lente punto de partida sobre el que trabajar⁵. Se están desarrollando, a nivel experimental, sistemas de clasificación de pacientes tipo *case-mix* para episodios asistenciales ambulatorios (IR-GRD), no sólo de hospitalización; es el momento de que participemos también los dermatólogos en estos intentos.

Creo que nuestro objetivo debe ser acceder, mediante la adquisición de unos conocimientos sencillos y una actitud abierta, a un lenguaje común entre los gestores y los médicos. Sólo entonces, como gestores del conocimiento, nuestras decisiones serán incontestables y nuestra *cintura* negociadora infinita. Nadie puede extrañarse a estas alturas de las políticas vigentes en todas las comunidades autónomas de los contratos programa o de gestión. Usurpar el monopolio de la gestión a los actuales *gestores* es nuestra mejor herramienta para hacer frente al *deus ex machina* de nuestras gerencias, y para influir en los criterios de asignación de recursos. Así, tendremos los que nos merezcamos.

Estoy totalmente de acuerdo con el profesor de Moragas: sólo la dermatología de calidad sobrevivirá. Para acercarse a los estándares primero hay que construirlos, del metal que queramos. Hay que crearlos adaptados a nuestro entorno y modelo sanitario, perfilar los indicadores y luego implantar sistemas homogéneos de evaluación de resultados y procesos. Es ne-

cesario un mayor esfuerzo de todos nosotros y, especialmente, de la sociedad científica que nos representa y de sus grupos de trabajo.

Diego de Argila Fernández-Durán

Complejo Universitario Hospital Infanta Cristina
de Badajoz. España.
dargilad@meditex.es

BIBLIOGRAFÍA

1. De Moragas JM. Dermatología ¿adónde vas? *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:409-10.
2. Ellis CN, Reiter KL, Wheeler JR, Fendrick AM. Economic analysis in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:271-83.
3. Revenga F. Métodos de análisis económico de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:1-13.
4. Hensen P, Fürstenberg T, Luger TA, Steinhoff M, Roeder N. Case mix measures and diagnosis-related groups: opportunities and threats for inpatient dermatology. *JEADV.* 2005;19:582-88.
5. Graells J, García D. Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio en un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:613-7.