

petuosa con la ley, la actitud de los dermatólogos del área 19 de Alicante condujo de forma inicial hacia una crisis con tintes incluso mediáticos en su zona de influencia, reflejo de cómo a menudo el colectivo dermatológico minusvalora el eco de sus acciones en la sociedad. Si bien la respuesta airada de algunos pacientes puede considerarse legítima —y quizá alimentada por los mensajes populistas y nebulosos lanzados desde algunos ámbitos políticos— de sorprendente e incluso trasnochada cabe catalogarse la actitud de los médicos de Atención Primaria de la zona, ya que cabría esperar una mayor comprensión desde un colectivo acostumbrado a recibir el primer impacto de las arbitrariedades cambiantes del sistema. Aún a falta de concretar en cifras el desarrollo de los hechos y las consecuencias en firme de la acción —circunstancias del todo deseables y que podrían convertirse en un argumento de primer nivel en futuras medidas de presión— la perseverancia del equipo de la Dra. Belloch —recuérdese, sin coste adicional— parece dar la razón a los dermatólogos. De este modo, en un razonable corto plazo se intuye una prometedora mejoría en el principal caballo de batalla del sistema público

de salud (SPS): la reducción de las temidas listas de espera. Esto a su vez ha permitido la reestructuración de las consultas con el fin no de trabajar menos, sino de poder hacerlo con más comodidad para el dermatólogo y con mayor atención y garantías de calidad para el paciente, segunda gran diana siempre postergada por lo inasequible de la primera.

Refiere la Dra. Belloch que los pacientes «empiezan a comprendernos». Este punto no es baladí, habida cuenta de que el «cambio de cultura» del que promueven los autores los cimientos no puede ni debe hacerse sólo «para el paciente», sino «con el paciente». Esta actitud resulta del todo coherente con el concepto actual de «alianza» entre médico y paciente en la toma de decisiones clínicas, una vez devaluado el modelo «comercial» o «consumista», reinante durante la pasada década, y cuyos resultados de su máxima «el cliente siempre tiene la razón» conocemos sobradamente².

Habida cuenta de que, a pesar de lo que a veces parece, los recursos del SPS son, y serán limitados, resulta prioritario optimizarlos a fin de cubrir con solidez el fin primero del mismo: ofrecer a aquellos usuarios con enfermedades

de la piel una atención de calidad en un margen de tiempo razonable.

Una nota para la reflexión: de confirmarse la impresión de la Dra. Belloch, el último eslabón, el asistencial, podría ser capaz de implementar —palabra muy en boga— con éxito el objetivo frente al que se estrellan una y otra vez los cuantiosos y costosos mecanismos, actores y recursos que el SPS dedica a la gestión: el recorte de la lista de espera y la adecuación de los tiempos asistenciales. Nueva prueba del enorme potencial, a menudo subestimado, de los dermatólogos para influenciar nuestro medio laboral y modelarlo en aras del beneficio de nuestros pacientes y, por qué no, también del propio, desde el prisma del sentido común.

Bibliografía

1. Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifilogr.* 2007;98:236-9.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *J Am Med Assoc.* 1992;267:2221-6.

Mixofibrosarcoma de grado intermedio simulador de una enfermedad ampollosa

R. Valverde, R. Llamas, L. Vallés y B. Rosales

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) constituye uno de los sarcomas de partes blandas más frecuentes en la edad anciana^{1,2} y agrupa una serie de variantes histológicas, como la pleomórfica (60%), mixoide (25%), angiomatoide, de células gigantes e inflamatorio¹⁻³. Para algunos autores el mixofibrosarcoma (MFS) constituye la variante mixoide del HFM⁴, mien-

tras que otros autores⁵ defienden que se trata de una entidad independiente.

El MFS se manifiesta típicamente como una masa nodular, blanda e indolora, en el tejido celular subcutáneo de miembros inferiores (80%)² en una persona de edad avanzada. Se han descrito otras formas clínicas como infiltración difusa, múltiples nódulos o pápulas², e incluso un caso en que simulaba una mucinosis papulosa⁶. La

masa tumoral se origina en el tejido celular subcutáneo, con frecuente extensión a planos profundos (90%)³; la extensión hacia planos suprayacentes (dermis) es infrecuente con menos de 10 casos referidos en la literatura^{2,3,6}. Se han descrito una serie de grados histológicos⁷ considerando de alto grado formas con escasa matriz mixoide, así como mayor celularidad, pleomorfismo y número de mitosis. En general

las formas de más bajo grado presentan abundante matriz mixoide en estratos superficiales³, lo que obliga a biopsias incisionales profundas para alcanzar estratos con celularidad atípica y poder realizar un diagnóstico correcto². Se plantea el diagnóstico diferencial histológico con la dermatitis de estasis, el angiomixoma cutáneo superficial, la mucinosis y en general con procesos que cursan con agregado de mucina.

El tratamiento de elección del MFS consiste en una extirpación amplia, mientras que la radioterapia sólo se ha mostrado útil para reducir el riesgo de recidiva local⁸. Este tumor presenta una supervivencia en formas menos agresivas cercana al 85 % a los 5 años⁶. Presentamos el caso de un varón de 90 años de edad con antecedentes de insuficiencia venosa crónica y trombocitemia esencial en tratamiento con hidroxiurea. Refería una historia de un año de evolución consistente en tumefacción de la pierna izquierda variable a lo largo del día, que posteriormente se había hecho persistente, con progresión céfalo-caudal. De forma gradual sobre esta zona empastada había desarrollado lesiones de contenido traslúcido y apariencia pseudoampollar, junto con dolor local.

A la exploración llamaba la atención la presencia de cordones varicosos y placas de acroangiodermatitis, que apoyaban el diagnóstico previo de insuficiencia venosa crónica, también se observaba un empastamiento asimétrico localizado en la pierna izquierda (fig. 1). En la cara medial de dicha pierna se intuía el agregado de pápulas traslúcidas (fig. 2) de consistencia gelatinosa al corte.

Fueron solicitadas analíticas básicas incluyendo hemograma, bioquímica, perfil férrico y antígeno prostático específico (PSA); se objetivó solamente macrocitosis (volumen corpuscular medio [VCM] 107,9 fL) y trombocitosis (571.000 cl/mm³) atribuible a la trombocitosis esencial y el tratamiento. Una eco-doppler descartó obstrucción del árbol venoso, y en una resonancia magnética se observó infiltración difu-



Figura 1. Signos de insuficiencia venosa crónica junto a asimetría y agregado papuloso traslúcido en pierna izquierda.



Figura 2. Detalle de pápulas traslúcidas de apariencia «pseudoampollar» en cara medial de pierna izquierda.

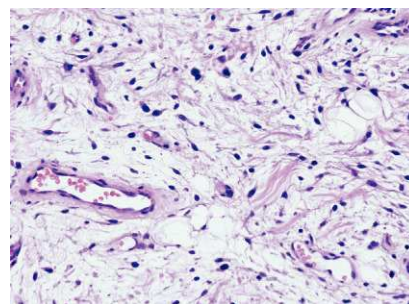


Figura 3. Pleomorfismo y figuras de mitosis aisladas en el seno de abundante matriz mucinosa en planos profundos de la masa tumoral (hematoxilina-eosina $\times 100$).

sa del tejido celular subcutáneo compatible con lesión infiltrante.

En una primera biopsia se constató la separación de los haces colágenos y la dilatación de plexos vasculares superficiales y profundos, siendo diagnosticado de linfedema crónico localizado.

Ante la discordancia clínico-histológica se tomó una segunda biopsia, en ella se observó el agregado masivo de una matriz tenuemente basófila, que inducía una sobreelevación de epidermis-dermis para configurar las pápulas traslúcidas que se observaban a la exploración. La matriz mixoide se depo-

sitaba desde el subcutis hasta prácticamente la dermis papilar. Se podían observar asimismo (fig. 3) células de aspecto pleomórfico y figuras de mitosis, que aumentaban en número en planos profundos, así como un agregado de mucina intracitoplasmática. Un panel inmunohistoquímico mostró positividad para vimentina-CD34.

Con estos datos fue diagnosticado de MFS de grado intermedio con extensión a dermis. En el estudio de extensión (tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica) no se ob-

jetivaron metástasis adenopáticas ni en órganos sólidos, siendo estadiado como enfermedad localizada.

Dada la edad del paciente y la extensión de la afectación se administró radioterapia local, hasta un total de 3.000 cGy en 10 fracciones, con buena tolerancia y respuesta parcial aparente tras las primeras sesiones, desapareciendo las lesiones pseudoampollares y reduciéndose la infiltración. Dicho beneficio fue sólo transitorio (tres meses) y ante la posterior progresión se realizó una amputación supracondílea, sin existir indicios de enfermedad en una reevaluación realizada 6 meses tras la cirugía.

Presentamos un caso de mixofibrosarcoma con una peculiar presentación clínica, en forma de agregado de pápulas traslúcidas de contenido mucinoso, que simulaba clínicamente una enfermedad ampollar; aunque también se planteó la posibilidad de una enfermedad por depósito o una neoplasia linfática. No hemos encontrado en la

literatura casos descritos con una presentación similar. Otra peculiaridad del presente caso es la afectación dérmica extensa al inicio, hecho éste relativamente infrecuente^{2,3,6}. En esta entidad son habituales, como en nuestro caso, los errores en el diagnóstico histológico inicial. Ello obliga a un mayor nivel de sospecha y a la realización de biopsias incisionales profundas para descartar este tumor² y realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con agregado de mucina, o con patrones histológicos próximos (linfedema crónico-dermatitis de estasis).

Bibliografía

1. Son E, Park J, Cho S. Malignant fibrous histiocytoma (MFH) in axilla. *Yonsei Med J.* 2004;45:736-8.
2. Mansoor A, White CR. Myxofibrosarcoma presenting in the skin: clinicopathological features and differential diag-

- nosis with cutaneous myxoid neoplasms. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:281-6.
3. Fujimura T, Okuyama R, Terui T, Okuno K, Masu A, Masu T, et al. Myxofibrosarcoma (myxoid malignant fibrous histiocytoma) showing cutaneous presentation: report of two cases. *J Cutan Pathol.* 2005;32:512-5.
4. Weiss SW, Enzinger FM. Myxoid variant of malignant fibrous histiocytoma. *Cancer.* 1977;39:1672-85.
5. Angervall L, Kindblom LG, Merck C. Myxofibrosarcoma. A study of 30 cases. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1977;85:127-40.
6. Stephen MR, Morton R. Myxoid malignant fibrous histiocytoma mimicking papular mucinosis. *Am J Dermatopathol.* 1998;20:290-5.
7. Mentzel T, Calonje E, Wadden C, Camplejohn RS, Beham A, Smith MA, et al. Myxofibrosarcoma-clinicopathologic analysis of 75 cases with emphasis on the low-grade variant. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:391-405.
8. Hsu H-C, Huang E-Y, Wang C-J. Treatment results and prognostic factors in patients with malignant fibrous histiocytoma. *Acta Oncologica.* 2004;43:530-5.

Estudio de las derivaciones preferentes al Servicio de Dermatología de un hospital de referencia

N. Porta^a, J. San Juan^b y E. Simal^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España. ^bAsesor de Informática. Centro de Profesores y Recursos n.º 1. Zaragoza. España.

Sr. Director:

La Dermatología no puede ser considerada una especialidad en la que las consultas urgentes o preferentes constituyan una parte importante de su labor asistencial; sin embargo, ya sea debido a la existencia de largas listas de espera o a la mala educación sanitaria de la población, lo cierto es que atendemos cada día a un número creciente de pacientes que son remitidos con carácter preferente a nuestras consultas.

Pretendemos en este estudio analizar las derivaciones preferentes a nues-

tro servicio, a fin de que sirva para planificar y mejorar la calidad asistencial.

Se recogieron, de forma prospectiva en 1998, los datos de los pacientes preferentes de las consultas de Dermatología dependientes del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, y dirigidos desde los centros de salud de Atención Primaria.

La población del área sanitaria es de 533.946 habitantes: 474.523 población urbana y 59.019 población rural.

Se diseñó, con el programa informático Access, una ficha para cada pa-

ciente que almacenaba: número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, procedencia rural o urbana, acceso ordinario o preferente, fecha de consulta y diagnóstico.

Se creó una base de datos con los diagnósticos posibles y su código CIE 10¹.

Para el tratamiento estadístico se utilizó el programa SPSS y la hoja de cálculo Excel.

Para analizar la relación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y para la compara-