

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"MARTA ABREU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

MICOSIS FUNGOIDE. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dra. María G. Chamizo Cabrera¹, Dr. Luis A. Monteagudo de la Guardia² y Dra. Nancy Alemán Pedraja³

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Policlínico Universitario "Marta Abreu". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Dermatología. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:
MICOSIS FUNGOIDE

Subject headings:
MYCOSIS FUNGOIDES

Se define como micosis fungoide una neoplasia maligna de origen linfocitario T, específicamente la subclase T cooperadora. Se trata de un proceso poco frecuente, de carácter pruriginoso y curso crónico y progresivo, por lo general fatal¹. Se inicia en la piel, lugar donde permanece por largos períodos de tiempo, para invadir tardíamente órganos internos. Su ritmo de progresión y grado de agresividad es muy variable. La importancia del reconocimiento precoz de la enfermedad radica en que, tratada en sus etapas iniciales, es posible lograr una sobrevida larga; sin embargo, ya evolucionada sigue un curso letal, a pesar de la terapia.

Presentación del paciente:

Paciente de 74 años de edad, blanco, con antecedentes de salud, que desde hace aproximadamente tres años comenzó con "manchas y picazón" en la piel, interpretadas como una dermatitis de causa externa por productos químicos empleados en labores agrícolas. Acude a consulta de Dermatología y al realizar el examen cutáneo presentaba lesiones maculosas ligeramente descamativas, de color escarlata, más acentuadas en el tronco e infiltradas, confluentes, que formaban placas extensas fusionadas con la piel normal; además, exulceraciones de fondo limpio, predominantes en región sacra y glúteos (Figura) y adenopatías inguinales palpables, insensibles y firmes. Se le realizaron diversas investigaciones: estudio histopatológico de la piel, donde se informó el diagnóstico de micosis fungoide; radiografía de tórax, que fue normal; hemograma: Hb: 9,6 g/l, eritrosedimentación: 90 mmol/l; ultrasonido abdominal: hepatomegalia que rebasa 1 cm el reborde costal derecho; hígado y páncreas normales; TGP: 6 U; células de Sésary: negativa; tomografía axial computadorizada (TAC) de tórax y abdomen: negativas.



Figura Micosis fungoide

Al paciente se le realizó tratamiento con radioterapia y poliquimioterapia (ciclofosfamida, vincristina y prednisona).

Comentario

La micosis fungoide se define como un linfoma cutáneo epidermotrópico de células T cooperadoras, por la tendencia a colonizar la epidermis; se considera siempre primitivo de la piel, aunque exista diseminación cutánea en el momento del diagnóstico. Es el linfoma cutáneo maligno de células T más común². Muestra un comportamiento clínico muy variable: desde formas lentamente progresivas hasta la variedad agresiva, de carácter fatal, que produce tumores y afectación de hígado, bazo, ganglios linfáticos y otros órganos^{3,4}. En general, tiene un curso crónico y progresivo que puede dividirse en varios estadios: a) El estadio premicótico, que se caracteriza por prurito intenso y erupciones indeterminadas que simulan diversas clases de dermatitis, como eccemas no clasificados, psoriasis, dermatitis alérgicas por contacto, pitiriasis rubra pilaris y eccema numular. En pacientes con dermatosis refractarias a modalidades usuales de tratamiento, se recomienda tomar múltiples biopsias de piel para el posible diagnóstico. Las lesiones muestran rasgos sugestivos, como la reticulación, configuración grotesca, polimorfismo y coloración intensa. b) En el estadio infiltrativo, se producen infiltraciones de diferentes grados en una misma placa, de superficie escamosa, lisa e incluso verrugosa, bien delimitadas, con entreverados de piel normal. Estas placas pueden afectar un área inferior al 10 % de la superficie corporal o hallarse diseminadas. Cuando la afectación se encuentra en fase avanzada, puede haber ulceraciones superficiales dolorosas y suelen aparecer adenopatías. c) El estadio tumoral muestra predilección por el tronco y se desarrollan grandes nódulos de diversas formas y tamaños sobre manchas infiltradas y sobre piel sana, con tendencia a la destrucción precoz. Infrecuentemente, estos tumores pueden ser el primer signo de la micosis fungoide denominada "tumeur d' emblé". d) La variedad eritrodérmica es un proceso exfoliativo generalizado, que puede ser una forma de presentación. El desarrollo de la afectación ganglionar o visceral constituye un signo de mal pronóstico⁴.

El tratamiento induce remisiones prolongadas de duración variable y su elección depende del estadio de la enfermedad. En casos avanzados, se emplea radioterapia, poliquimioterapia y la mostaza nitrogenada tópica^{5,6}.

Referencias bibliográficas

1. Kim EJ, Hess S, Richardson SK, Newton S, Showe LC, Benoit BM, et al. Immunopathogenesis and therapy of cutaneous T cell lymphoma. *J Clin Invest.* 2005 Apr;115(4):798-812.
2. Franck N, Carotti A, Gorin I, Buffet M, Mateus C, Dupin N. Mycosis fungoides-type cutaneous T-cell lymphoma and neutrophilic dermatosis. *Arch Dermatol.* 2005 Mar;141(3):353-6.
3. Estrach Panella T ¿Qué debe saber el dermatólogo práctico de la evaluación y tratamiento de los linfomas cutáneos? *Piel.* 2001;16:149-55.
4. Latkows Ki JA, Heald P. Cutaneous T cell lymphomas. En: Fitzpatrick s dermatology in general medicine vol.2. 6^{ta} ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 1537-57.
5. Scarisbrick JJ. Staging and management of cutaneous T-cell lymphoma. *Clin Exp Dermatol.* 2006 Mar;31(2):181-6.
6. Mc Farlane V, Friedmann PS, Illidge TM. What's new in the management of cutaneous T-cell lymphoma? *Clin Oncol.* 2005 May;17(3):174-84.