

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i3.11215>

## Linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides en placas

### *Cutaneous T cell lymphoma type plaque mycosis fungoides.*

Ramsés Ibrahim Sosa Ortíz,<sup>1</sup> Alex Andrey Quevedo Espinoza,<sup>2</sup> Dulce María González Aguilasocho,<sup>1</sup> Verónica Paulina Fragozo<sup>1</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** Los linfomas cutáneos primarios son trastornos linfoproliferativos, neoplásicos monoclonales, que cursan con una clínica diversa en lesiones dérmicas, desde la enfermedad local hasta la sistémica; por ende, suelen ser un reto diagnóstico. La frecuencia de la variante de células T es del 65% y la incidencia anual de micosis fungoide en México varía de 3 a 4 casos por cada millón de habitantes.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 69 años en quien en 2018 apareció una dermatosis diseminada a la cara y el tronco, descrita como lesiones papuloescamosas, clasificada como pitiriasis liquenoide, con pérdida del seguimiento hasta 2022, cuando manifestó aumento de las lesiones diseminadas a la cabeza, la cara, el tronco, los glúteos y las extremidades superiores e inferiores, de aspecto eccematoso, descamativas. El estudio de histopatología de las lesiones reportó datos de micosis fungoide. Por análisis de inmunomarcación se obtuvieron datos de linfocitos atípicos con expresión de CD3, CD4, KI67 nuclear 5%, relación CD4/CD8 5:1; el paciente fue apto para recibir baño de electrones.

**CONCLUSIONES:** El caso comunicado destaca la importancia del diagnóstico oportuno en los pacientes con dermatosis y de considerar la afección un diagnóstico diferencial por la versatilidad de lesiones cutáneas que puede causar, así como de la atención de lesiones precursoras y de llevar un seguimiento estrecho de su evolución porque puede llegar a ser un verdadero reto clínico y terapéutico.

**PALABRAS CLAVE:** Pitiriasis liquenoide; micosis fungoides; linfoma de células T.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Primary cutaneous lymphomas are lymphoproliferative, monoclonal neoplastic disorders. They present with diverse symptoms in dermal lesions, from local to systemic disease, therefore, they usually result in a diagnostic challenge. The frequency of the T cell variant is 65% and the annual incidence of mycosis fungoides in Mexico varies from 3-4 cases per million inhabitants.

**CLINICAL CASE:** A 69-year-old male patient who began in 2018 with a dermatosis spread to the face and trunk described as papulosquamous lesions classified as pityriasis lichenoid, with loss of follow-up until 2022, when he presented an increase in eczematous and scaly lesions spread to the head, face, trunk, buttocks and upper and lower extremities; reporting data of mycosis fungoides by histopathology. By immunostaining analysis, data were reported on atypical lymphocytes with expression of CD3, CD4, KI67 nuclear 5%, CD4/CD8 ratio 5:1; the patient was a candidate for electron bath.

**CONCLUSIONS:** The case discussed is intended to communicate the importance of timely diagnosis in patients who detect dermatoses, taking into account the illness as one of the differential diagnoses due to the versatility of skin lesions that can occur, as well as such as caring for precursor lesions and closely monitoring their evolution, since it can become a real clinical and therapeutic challenge.

**KEYWORDS:** Pityriasis lichenoides; Mycosis fungoides; T cell lymphoma.

<sup>1</sup> Residente de tercer grado de Medicina Interna.

<sup>2</sup> Residente de segundo grado de Medicina Interna.

Hospital General Regional 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa, México.

#### ORCID

<https://orcid.org/0009-0006-1808-9375>

**Recibido:** mayo 2024

**Aceptado:** diciembre 2024

#### Correspondencia

Ramsés Ibrahim Sosa Ortíz  
ramsoor36@gmail.com

#### Este artículo debe citarse como:

Sosa-Ortíz RI, Quevedo-Espinoza AA, González-Aguilasocho DM, Fragozo VP. Linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoides en placas. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (3): 384-388.

## ANTECEDENTES

Los linfomas cutáneos primarios son un grupo heterogéneo de linfomas extraganglionares no Hodgkin con un tropismo particular hacia la piel. Se dividen de acuerdo con su estirpe celular. La variedad micosis fungoide es el linfoma cutáneo de células T más frecuente junto con el síndrome de Sezary; representa el 50% de los casos y se caracteriza por la proliferación de linfocitos T atípicos con epidermotropismo.<sup>1-4</sup> En frecuencia la variante de células T es del 65% y la incidencia anual de micosis fungoide en México varía de 3 a 4 casos por millón de habitantes. De todas las neoplasias cutáneas, el linfoma cutáneo es poco frecuente. Se carece de datos estadísticos; sin embargo, en una revisión de bibliografía mexicana se encontraron 290 pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de micosis fungoide atendidos en el transcurso de 11 años hasta 2018; el 58% de los casos eran mujeres.<sup>2,5</sup>

La manifestación típica consiste en una erupción cutánea indolente con parches o placas eritematosas y escamosas que puede avanzar a eritrodermia, neoplasias exofíticas e, incluso, afectación extracutánea. Las lesiones cutáneas iniciales suelen estar confinadas a áreas protegidas del sol y la velocidad de progresión es impredecible.<sup>3</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años, sin carga genética neoplásica conocida, tabaquismo desde los 18 hasta los 30 años, a razón de 1 cigarrillo por día, alcoholismo ocasional, antecedente de litiasis coraliforme renal izquierda y nefrolitotomía abierta izquierda a los 55 años; resección de carcinoma basocelular en la mejilla izquierda en 2018 (con desconocimiento de la etapa y resultados de patología). También en 2018 se diagnosticó pitiriasis liquenoide (sin contar con resultados de patología). El paciente dejó de acudir a consulta y regresó en noviembre de

2022, por persistencia de las mismas lesiones cutáneas e, incluso, aumento en su extensión.

En la exploración física se encontró una dermatosis diseminada (**Figura 1**) a la cara, el cuello, el tronco, los glúteos y las extremidades inferiores y superiores (**Figura 2**), formada por placas eritematosas con escama blanco-amarillenta, gruesa, bien adherida, algunas con costras hemáticas, bordes irregulares y bien delimitados que en algunas áreas confluían formando lesiones de mayor tamaño. **Figura 3**

Se tomó biopsia y se practicó inmunohistoquímica de una de las lesiones cutáneas, con hallazgos de lesión caracterizada por infiltrado perivascular en la dermis papilar a expensas de



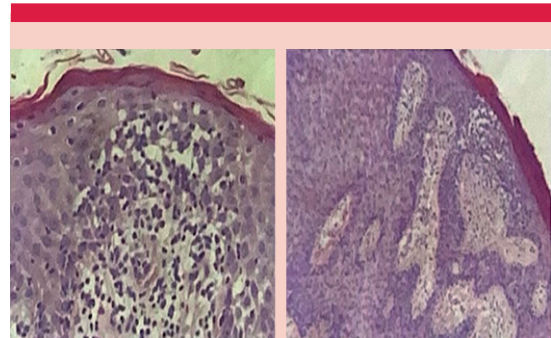
**Figura 1.** Lesiones localizadas en el tórax, el abdomen y los brazos.



**Figura 2.** Lesiones localizadas en las piernas.



**Figura 3.** Lesiones localizadas en el brazo.



**Figura 4.** Infiltrado perivascular en la dermis papilar a expensa de linfocitos, con atipia, epidermotropismo y áreas de espongiosis ligera, epidermis con muestra de microabscesos de Pautrier.

linfocitos atípicos, epidermotropismo y áreas de espongiosis ligera, epidermis con muestra de microabscesos de Pautrier (**Figura 4**), compatible con linfoma T cutáneo tipo micosis fungoide.

Por inmunohistoquímica se reportó CD4+++ , CD3 + (no se reportó CD7), KI67 nuclear 5%, relación CD4/CD8 5:1, actual en estadio IIA (T2, M0, N0, B1). El paciente se envió al servicio de hematología donde inició tratamiento con metotrexato e interferón pegilado, sin alivio de los síntomas y posterior ulceración perineal en una de las lesiones tumorales perineales.

La tomografía mostró edema de tejido celular subcutáneo en la región glútea; los estudios de laboratorio evidenciaron bicitopenia (afectación de células rojas y blancas) y datos de lesión renal aguda; se internó a cargo del servicio de hematología para iniciar terapia con baño de electrones.

## DISCUSIÓN

Los linfomas cutáneos son trastornos linfoproliferativos neoplásicos monoclonales<sup>1</sup> con datos clínicos, histológicos e inmunofenotípicos variados. Pueden manifestarse con diversas lesiones: manchas, placas o tumores, y se caracterizan

por la proliferación clonal de linfocitos T o B y rara vez de células asesinas naturales (NK) o dendríticas plasmocitoides extraganglionares.<sup>6-9</sup>

Los linfomas cutáneos de células T se distinguen de otros por tener un receptor de superficie único (*cutaneous lymphocyte-associated antigen* [CLA]).<sup>8,10,11</sup> El aumento de la incidencia sugiere factores ambientales de naturaleza química o inmunitaria y mutaciones genéticas; también se ha planteado la teoría de lesiones precursoras, como la pitiriasis liquenoide,<sup>12</sup> varioliforme y la enfermedad ulcero-necrótica febril Mucha-Habermann. El paciente del caso tenía el antecedente de pitiriasis liquenoide, que se sabe es una enfermedad linfoproliferativa primaria con base en estudios que demuestran poblaciones de células T CD4+ clonales y T CD8+ en pequeñas cantidades, y es uno de los factores de riesgo del linfoma de células T.<sup>5,10,11</sup>

Se ha vinculado también con infecciones por el virus Epstein-Barr, parvovirus B19, *Toxoplasma gondii*, de inmunodeficiencia humana (VIH), estafilococos y estreptococos del grupo A, entre otros. La micosis fungoide es el subtipo clínico patológico más frecuente de linfoma cutáneo de células T;<sup>4</sup> generalmente es una neoplasia maligna indolente y con avance lento. Los síntomas cutáneos iniciales pueden ser difíciles de distinguir de diversas dermatosis inflamatorias; la variante clásica se caracteriza por manchas y placas eritematosas, asimétricas, irregulares y levemente pruriginosas que pueden durar años sin signos de progresión y mimetizar otros padecimientos, como el eccema crónico y la dermatitis atópica.<sup>5,8,12,13</sup>

Otra de las variantes puede manifestarse con eritema y descamación que la hace clínicamente similar a la psoriasis. Las variantes hipopigmentadas deben diferenciarse de vitíligo; algunos pacientes pueden manifestar eritrodermia, pero no cumplen los criterios diagnósticos del síndrome de Sézary.<sup>13</sup>

Sobrevienen tres fases: preinfiltrativa, inespecífica o ecematososa (forma de parches o placas en zonas no expuestas al sol, pruriginosas), conocida como fase de mancha; infiltrativa,<sup>3</sup> indurativa o pretumoral o fase de placas, y tumoral. En ocasiones evoluciona hacia eritrodermia, y deja islotes de piel sin lesiones (signo de la persiana); además, se observan adenopatías, afección de vísceras y mal estado general, la evolución es rápida y de mal pronóstico.<sup>14</sup>

En la histología se observa un infiltrado mixto inespecífico, con tendencia al epidermotropismo, difícil de distinguir de infiltrados inflamatorios, polimorfismo celular intenso con eosinófilos, linfocitos, plasmocitos y células monocíticas muy abundantes, así como las células características con núcleo denso, redondeado o reniforme (células cerebriiformes de Lutzner). En la epidermis se observa hiperqueratosis con acantosis, espongiosis leve y acúmulos de linfocitos anormales denominados de Darier-Pautrier (microabscesos).<sup>6</sup> La expresión fenotípica es de linfocitos CD4+; se observa un reordenamiento clonal típico,<sup>10</sup> a diferencia de muchos otros trastornos linfoproliferativos en los que los hallazgos citogenéticos y de laboratorio desempeñan un papel destacado en la estratificación del riesgo y la estadificación.

Los tratamientos más prescritos son la radioterapia y la cirugía. En una revisión de casos el 48% de los pacientes recibieron radioterapia, seguida de cirugía, en 2 pacientes se indicó metotrexato, uno con interferón pegilado y 5 tuvieron remisión espontánea de las lesiones; en la mayoría de los casos revisados se requirió más de un tratamiento. Cuando se limitan a la piel el pronóstico de los linfomas, por lo general, es bueno si responden a las terapias estipuladas, pero cuando la enfermedad tiene extensión sistémica la supervivencia se reduce a 22% a tres años.<sup>8,15</sup>

## CONCLUSIONES

El caso comunicado destaca la importancia del diagnóstico oportuno en los pacientes con dermatosis y de tomar en cuenta la afección como un diagnóstico diferencial por la versatilidad de lesiones cutáneas que puede causar.

## DECLARACIONES

### Agradecimientos

A los familiares del paciente por consentir la publicación del caso.

## REFERENCIAS

1. Valencia OJ, Pérez JM, Velásquez MM. Diagnóstico y manejo del linfoma cutáneo de células T de tipo micosis fungoides y síndrome de Sézary. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2019; 18: 205-217.
2. Germán-Rentería AA, Lerma-López J, Castro-Ruelas JF. Micosis fungoide eritrodérmica resistente a terapias convencionales. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (1): 80-85. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v67i1.8555>
3. Muñoz-González H, Molina-Ruiz AM, Requena L. Clinicopathologic variants of mycosis fungoides. Variantes clínicopatológicas de micosis fungoide. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108 (3): 192-208. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.08.009>
4. Maguire A, Puelles J, Raboisson P, et al. Early-stage mycosis fungoides: Epidemiology and prognosis. *Acta Derm Venereol* 2020; 100 (1): adv00013. <https://doi.org/10.2340/00015555-3367>
5. Tibaduiza-García MF, Velásquez-Lopera MM. En búsqueda de biomarcadores en linfoma cutáneo: microARNs en el diagnóstico y pronóstico de la micosis fungoide y el síndrome de Sézary. *Dermatol Rev Mex* 2021; 65 (5): 725-738. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i5.6903>
6. Larocca C, Kupper T. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: An update. *Hematol Oncology Clin North Ame* 2019; 33: 103-20. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.09.001>
7. McGirt LY, Adams CM, Baerenwald DA, et al. miR-223 regulates cell growth and targets proto-oncogenes in mycosis fungoides/cutaneous T-cell lymphoma. *J Invest Dermatol* 2014; 134 (4): 1101-7. <https://doi.org/10.1038/jid.2013.461>
8. Jawed SI, Myskowski PL, et al. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): part II. Prognosis, management, and future directions. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70 (2): 223. e1-242. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.08.033>
9. Hristov AC, Tejasvi T, Wilcox RA. Mycosis fungoides and Sézary syndrome: 2019 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol* 2019; 94 (9): 1027-1041. <https://doi.org/10.1002/ajh.25577>
10. Flores-Balcázar C, Urías-Arce DM, Charli-Joseph Y, et al. Total skin electron beam therapy for primary cutaneous T-cell lymphomas: clinical characteristics and outcomes in a Mexican reference center. *Rep Pract Oncol Radiother* 2020; 25 (4): 562-567. <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2020.03.020>
11. Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol* 55(4), 557-572; quiz 573-576. [doi.org/10.1016/j.jaad.2005.07.058](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.07.058)
12. Kim JE, Yun WJ, Mun SK, et al. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta and pityriasis lichenoides chronica: comparison of lesional T-cell subsets and investigation of viral associations. *J Cutan Pathol* 2011; 38: 649-656. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.2011.01717.x>
13. Doukaki S, Aricò M, Bongiorno MR. A rare presentation of mycosis fungoides mimicking psoriasis vulgaris. *Case Rep Dermatol* 2009; 1 (1): 60-65. <https://doi.org/10.1159/000249148>
14. Beyzaee AM, Jahantigh N, Goldust M, et al. Mycosis fungoides with Psoriasiform plaques: A case report and review of the literature. *Clin Case Rep* 2023; 11 (2): e6848. <https://doi.org/10.1002/ccr3.6848>
15. Jung JM, Cho HS, Kim GH, et al. Psoriasiform mycosis fungoides: a clinical and prognostic retrospective cohort study. *Br J Dermatol* 2024; 190 (3): 432-434. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad423>