

Micosis fungoides: presentación de un caso

Mycosis fungoides: case report.

Andrea Amaya.¹

1. Médica patóloga clínica y dermatopatóloga de la Universidad Nacional de Colombia.

Resumen

La micosis fungoides o linfoma de células T cutáneo es una enfermedad con manifestaciones clínicas variadas y con hallazgos histopatológicos diversos. A lo largo de los últimos años los estudios se han enfocado en concretar patrones histológicos claros de esta enfermedad, para facilitar el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Linfoma de linfocitos T cutáneo, micosis fungoides, linfoma cutáneo.

Correspondencia:

Andrea Amaya.

Email: inpat2005@yahoo.com.ar

Recibido: Enero 10 de 2008.

Aceptado: Febrero 12 de 2008.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

Mycosis fungoides is a disease that has several clinical manifestations with a difficult histopathological diagnosis. During the former years studies have focused in the search of histological patterns in order to make diagnosis easier.

KEY WORDS: mycosis fungoides, lymphoma skin t lymphocytes, skin lymphoma.

Caso clínico

Hombre de 55 años quien desde hace aproximadamente dos años presenta placas eritematosas no pruriginosas en la parte baja de la espalda (**FIGURA 1**).

La histología mostró piel con infiltrado liquenoide leve de células mononucleares tipo linfocitos, asociado a epidermotropismo individual de linfocitos cerebriformes atípicos, poca espongirosis y leve paraqueratosis (**FIGURA 2**).

Micosis fungoides

La micosis fungoides o linfoma de células T cutáneo es una enfermedad con manifestaciones clínicas variadas y por consiguiente los hallazgos histopatológicos muestran un amplio espectro. A lo largo de los últimos años los estudios se han enfocado en concretar patrones histológicos específicos de esta enfermedad, y han hallado múltiples elementos que pueden ayudar en el diagnóstico.

Se define la micosis fungoides como la forma más frecuente de linfoma en la cual se observa epidermotropismo de linfocitos T atípicos de tamaño mediano y pequeño. Clínicamente se trata de lesiones que pasan por tres fases: parches eritematosos al inicio de la en-

fermedad, una fase intermedia cuya manifestación son placas y finalmente la fase avanzada que corresponde a la llamada tumoral. La localización preferiblemente es en las axilas, las caderas y los glúteos. Los pacientes más afectados son los hombres adultos mayores y es muy rara en los niños.

Diagnóstico histopatológico

La regla de oro para el diagnóstico histopatológico de la micosis fungoides es la coexistencia de una adecuada correlación clínica. Con este elemento de base los hallazgos histológicos podrán siempre ser mejor analizados.¹

Se han utilizado múltiples criterios histológicos, que se han definido como criterios mayores y menores.

CRITERIOS MAYORES

1. LINFOCITOS ATÍPICOS: ellos están definidos como linfocitos de núcleos cerebriformes con tamaño mediano, es decir, de 7 a 9 micras de diámetro (valor comparativo con el núcleo de un queratinocito basal) y pueden estar presentes en cantidad escasa, moderada o abundante,² con formación de halos perinucleares claros; este último fenómeno dado básicamente por pérdida de la cohesividad del citoplasma.



FIGURA 1: placas eritematosas no pruriginosas en la parte baja de la espalda.

2. EPIDERMOTROPISMO: se define este como el proceso mediante el cual los linfocitos atípicos comienzan a desplazarse a la epidermis de las siguientes diferentes formas.¹

- Solitaria: los linfocitos suben a la epidermis de manera independiente sin constituir grupos. En estos casos se hacen evidentes los halos perinucleares.
- Lineal: los linfocitos forman filas indias a lo largo de la unión dermoepidérmica.
- Acúmulos: los linfocitos se agrupan formando agregados de 2 a 3 células.
- Patrón pagetoide: Los linfocitos suben a las capas altas de la epidermis.
- Abscesos de Pautrier: los linfocitos forman acúmulos de más de 4 células en la epidermis rodeados por un halo claro.³

CRITERIOS MENORES

- 1. ESPONGIOSIS:** edema intercelular moderado con cortos puentes intercelulares, sin formación de microvesículas.
- 2. FIBROSIS:** incremento del colágeno con formación de bandas gruesas.
- 3. CÉLULAS INFLAMATORIAS:** acúmulos de plasmocitos y eosinófilos más frecuentemente en casos de placa y parche.²

Según la fase que presente cada caso podremos encontrar:

FASE EN PARCHES: Es el cuadro histológico con mayor dificultad. Se caracteriza por tener filtrados de linfocitos atípicos, preferiblemente con epidermotropismo lineal, en la unión dermoepidérmica. Muy ocasionalmente están presentes los abscesos de Pautrier.

FASE EN PLACA: Infiltrados de linfocitos atípicos intradérmicos con epidermotropismo y formación de microabscesos de Pautrier en más del 50 % de los casos.

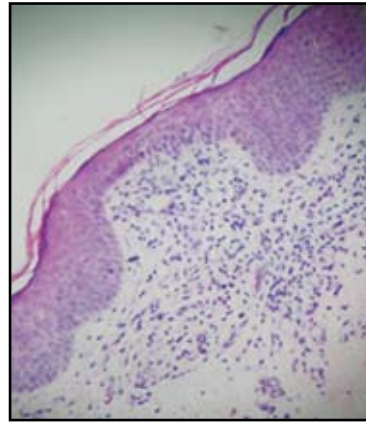


FIGURA 2: H y E 10 x. Se observa un infiltrado liquenoide en la dermis con epidermotropismo.

FASE TUMORAL: Los infiltrados son difusos con linfocitos gravemente atípicos, abundante mitosis, pérdida de la formación de microabscesos de Pautrier pero se mantiene el epidermotropismo.

INMUNO HISTOQUÍMICA: Debemos recordar que este tipo de tumor maneja células de linaje T, por lo cual se deben utilizar marcadores que expresen proteínas de membrana de este grupo celular. Estas células son linfocitos T inductores, para lo cual se usan marcadores como CD3, CD4; CD5, y para linfocitos T ayudadores como el CD7 y CD8. Con este panel la respuesta que se espera en las células tumorales será la disminución parcial o total de la expresión del CD7 y aumento de la expresión del CD4.⁴

Conclusión

La micosis fungoides continuará dando dificultad en su diagnóstico pues aun con la correlación clinicopatológica muchos pacientes no alcanzan a entrar en el encuadre perfecto de los criterios, y en ocasiones es necesario esperar hasta que la enfermedad avance a una fase mayor para lograr identificarla. Sin embargo, existen criterios mayores y menores que en conjunto con una adecuada correlación clínica facilitan una aproximación diagnóstica.

Referencias

1. Santucci M, Biggeri A, Feller A, Massi D, Burg G. Efficacy of histologic criteria for diagnosing early micosis fungoides. *Am J Surg Pathol.* 2000; 24: 40-50.
2. Shapiro PE, Pinto FJ. The histologic spectrum of micosis fungoides/sesary syndrome (Cutaneous T-Cell Lymphoma). *Am J Surg Pathol.* 1994; 18: 645-67.
3. Smoller BR, Bishop K, Glusac E, Kim YH, Hendrickson M. Reassessment of histologic parameters in the diagnosis of mycosis fungoides. *Am J Surgical Pathol.* 1995; 19:1423-30.