

Micosis fungoide hipopigmentada: reporte de un caso

Hypopigmented mycosis fungoides: a case report

Claudia Ramos,¹ Eberth Quijano,² Héctor Jiménez,¹ Dina Carayhua³

RESUMEN

La micosis fungoide es el linfoma cutáneo más frecuente. Tiene un curso usualmente crónico que pasa por estadios de macular, de placas y tumoral. También se han reportado muchas variantes poco frecuentes. La micosis fungoide hipopigmentada es una de ellas con solo un poco más de un centenar de casos reportados, la mayoría en personas de piel oscura y principalmente adolescentes y adultos jóvenes. Se presenta el caso de un paciente varón de mediana edad con largo tiempo de evolución.

Palabras clave. *Micosis fungoide hipopigmentada, Parapsoriasis.*

ABSTRACT

Mycosis fungoides is the most frequent cutaneous lymphoma. Its course is usually chronic and go through patches, plaques and tumoral stadies. Many variants less frequents has been reported. Hypopigmented mycosis fungoides is one of them and it have just a little more than a hundred of cases reported, especially in people of dark skin, young adults and teenagers. This occasion we present a case of a man in the middle age with long evolution.

Key words. *Hypopigmented mycosis fungoides, Parapsoriasis.*

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide (MF) es el tipo más frecuente de linfoma cutáneo caracterizado por células T epidermotrópicas. Esta neoplasia tiene un curso usualmente crónico que pasa por estadios de máculas, de placas y tumoral.

Además de las formas clásicas de MF, muchas variantes infrecuentes han sido reportadas, incluyendo la psoriasiforme, eritrodérmica, folicular, nódulo-ulcerativa, ictiosiforme, poiquidermatosa, morfeiforme y purpúrica.

La variante hipopigmentada de MF ha sido reportada en la literatura en poco más de 115 casos.¹ Esta ha sido encontrada en personas de piel oscura y principalmente adolescentes y adultos jóvenes.^{2,3}

Se describe un caso de MF en un paciente de mediana edad y fototipo intermedio que viró a partir de una parapsoriasis de grandes placas de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Acude al servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión un paciente varón de 46 años, de fototipo IV, soltero, diabético, hipertenso y obeso, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente ocho años. Su enfermedad se inició con una mácula levemente eritematosa y descamativa, que se torna hipopigmentada, oval, de bordes mal definidos y que va creciendo en zona glútea. Esta lesión es tratada con antifúngicos tópicos, sin mostrar mejoría. Posteriormente, aparecen otras manchas hipopigmentadas descamativas en tronco y miembros superiores, que crecen adquiriendo formas ovales de diferentes tamaños, que al momento de la consulta han comprometido aproximadamente 40% de la superficie corporal.

El paciente refería prurito leve por episodios, aunque actualmente es asintomático. Además, refiere pérdida de peso involuntaria y niega fiebre y astenia. Al examen,

1 Médico residente de Dermatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Daniel A. Carrión (HNDAC), Callao, Perú.

2 Médico dermatólogo. HNDAC, Callao, Perú.

3 Médico patólogo. HNDAC, Callao, Perú.



Figura 1. Mancha inicial en el glúteo izquierdo.



Figura 2. Otras manchas más pequeñas, en vista posterior del paciente.



Figura 3. Epidermotropismo, ascenso de linfocitos en fila india, y pleomorfismo linfocitario.

tampoco se hallaron adenopatías o compromiso de otros aparatos y sistemas.

Se hicieron dos biopsias previas. La histopatología resultó compatible con parapsoriasis de grandes placas, por lo que es controlado cada seis meses.

Dos años después de la primera consulta, se toma una nueva biopsia compatible con linfoma cutáneo y la inmunohistoquímica resultó CD3 y CD4 positivos y CD20 y CD8 negativos, con lo que se concluyó que se trataba de una MF hipopigmentada en estadio de placas.



Figura 4. inmunohistoquímica CD 4 positiva.

DISCUSIÓN

La MF hipopigmentada es una variante rara de esta neoplasia cutánea, que tiene, sin embargo, características distintas a la forma clásica de MF.

Los pacientes afectados por esta variante de MF son generalmente adultos jóvenes o adolescentes, a diferencia de las otras MF, las que se dan en personas mayores de 45 años y de fototipos generalmente altos.^{4,5}

Otra característica importante de la MF hipopigmentada es que retiene su fase macular, a pesar de una larga evolución de muchos años, por lo que son confundidas con lepra, pitiriasis alba, vitíligo o pitiriasis versicolor.^{6,7}

Las lesiones en estadio de parche son hipopigmentadas o eritematosas e hipopigmentadas; sin embargo, esta presentación combinada ha tenido detractores.⁸

Los parches se asientan en las nalgas de manera inicial muy frecuentemente y su distribución en esta y otras áreas no fotoexpuestas es una clave diagnóstica que permite excluir algunos de sus diagnósticos diferenciales.^{9,10}

La inmunohistoquímica de la MF hipopigmentada es similar a la de otras MF, pero se ha visto una mayor frecuencia de monoclonalidad a CD8¹¹

En el tratamiento de la MF hipopigmentada, de manera similar a las formas clásicas de MF, se ha probado con UVB banda estrecha, PUVA¹² e, incluso, con puvasol (PUVA-psoraleno),¹³ con los que se ha reportado mejoría.

Se presenta este caso de MF hipopigmentada por ser una patología infrecuente en un paciente de características poco usuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Das J, Gangopadhyay A. Mycosis fungoides with unusual vitiligo-like presentation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;70:304-6.
2. Ardigó M, Borroni, Muscardin L, Kerl H. Hypopigmented mycosis fungoides in Caucasian patients: A clinicopathologic study of 7 cases. *JAAD.* 2003;(49): 264-270.
3. Wang T, Liu Y-H, Zheng H-Y, Sun Q-N, Jin H-Z, Li F, Fang K, Yan Y. Hypopigmented mycosis fungoides in children: a clinicopathological study of 6 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2010;90(46):3287-90.
4. Zucker-Franklin D, Kosann MK, Pancake BA, Ramsay DL, Soter NA. Hypopigmented mycosis fungoides associated with human T cell lymphotropic virus type I tax in a pediatric patient. *Pediatrics.* 1999;103(5):1039-1045.
5. Khanna N, Dogra D, Manchanda Y, Singh MK. Hypopigmented mycosis fungoides treated successfully with puva. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 1999;65(6):285-7.
6. Singh ZN, Tretiakova MS, Shea CR, Petronic-Rosic VM. Decreased CD117 expression in hypopigmented mycosis fungoides correlates with hypomelanosis: lessons learned from vitiligo. *Modern Pathol.* 2006;19:1255-126.
7. Capizzi R, Rotoli M, Cavalieri S, Amerio P. Hypopigmented mycosis fungoides in a 12-year-old Caucasian girl with solely hypopigmented lesions. *Dermatology.* 2003;207(2):201-202.
8. Werner B, Brown S, Ackerman AB. "Hypopigmented mycosis fungoides" is not always mycosis fungoides! *Am J Dermatopathol.* 2005;27(1):56-67.
9. Manzur A, Zaidi STH. Hypopigmented mycosis fungoides in a 10-year-old boy. *Dermatology Online J.* 12(6):21.
10. Pereira Duquial R, Martins Souza PR, Lopes Gervinilli R, Schwartz J, Prochnau A, Lorangeira de Almeida Jr H. Hypopigmented mycosis fungoides with 20 years evolution. *An Bras Dermatol.* 2005;80(2):189-91.
11. Shabrawi-Caelen L, Cerroni L, Medeiros LJ, McCalmont TH. Hypopigmented mycosis fungoides: frequent expression of a CD8+ T-cell phenotype. *Am J Surg Pathol.* 2002;26:450-57.
12. Al-Ratrout JT, Al-Nazer M, Ansari NA. Hypopigmented mycosis fungoides in a twenty-year-old Saudi woman with fair skin. *Indian J Dermatol.* 2006;51:115-7.
13. Das JK, Gangopadhyay AK. Mycosis fungoides with unusual vitiligo-like presentation *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004; 70(5):304-306.

Correspondencia:

Dra. Claudia Ramos Rodríguez:
Jr. Río Huaura 236. Lima 21. Perú.
clacrr@hotmail.com

Fecha de recepción: 21-2-2011

Fecha de aceptación: 10-3-2011