

## MICOSIS FUNGOIDE

### REPORTE DE UN CASO \*

*Dres. Gilberto Rodríguez Ochoa \*\* y Oscar Reyes \*\*\**

#### INTRODUCCION

La Micosis Fungoide (MF), acepción impropia pero ampliamente conocida por los dermatólogos, pocas veces ocurre en personas jóvenes.<sup>1, 2</sup> Aunque su ubicación nosológica es controversial, todavía se acepta la explicación dada hace más de 30 años<sup>3, 4</sup> según la cual es una forma especial de linfoma de células reticulares en el que las otras células representan la reacción inflamatoria de defensa.

Si aceptamos la clasificación de Gall y Mallory<sup>5</sup> para los linfomas, la micosis fungoide estaría en el grupo polimorfo junto con la enfermedad de Hodkin, con la cual guarda interrelación y a veces son confundibles, como en el estado tumoral de la MF, o en formas localizadas a la piel, de comienzo, de la enfermedad de Hodkin. Asimismo ha sido reportada la transformación final de la MF en otros linfomas.<sup>7</sup>

En la literatura francesa está incorporada al grupo de las Hematodermias o Hemorreticulopatías malignas cutáneas, junto con la Reticulosis cutánea y las leucemias cutáneas.<sup>8, 9</sup>

La etiología permanece desconocida y numerosas causas han sido imputadas (2, pág. 1.760). Incluso algunos trabajos pretenden demostrar que la etiología es viral.<sup>10, 11</sup>

---

\* Caso estudiado en el Servicio Central, División de Dermatología Sanitaria. (Jefe de la División: Dr. Jacinto Convit).

\*\* Dermatólogo a cargo del mencionado Servicio.

\*\*\* Dermatopatólogo del Servicio.

*Dermatología Venezolana*

## REPORTE DEL CASO

Paciente masculino, nacido en 1945 (San Cristóbal, Táchira), de raza blanca, en buen estado general, bien alimentado, oficinista, residiendo en Caracas, quien consultó en septiembre de 1971 por presentar lesiones eritematoinfiltradas, difusas, en varios sitios del cuerpo. Refirió el paciente que desde hacía unos 7 años (a la edad de 18 años) presentaba la enfermedad actual, siendo en los primeros 2 a 3 años muy pruriginosa y que lo obligaba a solicitar atención médica con cierta frecuencia, incluso de algunos dermatólogos. Mejoraba apreciablemente con medicaciones tópicas esteroides, pero había reaparición de las lesiones al suspender el tratamiento. No se le había practicado estudio histológico y aparentemente los diagnósticos giraban en torno a "Dermatitis atópica", "Eczema crónico", etc.

El prurito había desaparecido durante los últimos 4 años de la enfermedad, pero se vio obligado a nueva consulta médica por la aparición relativamente rápida de nuevas lesiones, algunas de aspecto nodular, y reaparición de prurito discreto a moderado. Cuando fue examinado por nosotros, presentaba amplias zonas de piel (en hemicara derecha) (Foto 1); caras postero-internas de miembros superiores (Foto 2) ; abdomen (Foto 3) ; región posterior y superior de muslos



Foto 1.-Piel eritemato-infiltrada, con superficie irregular, en mejilla derecha.

*Micosis Fungoide*

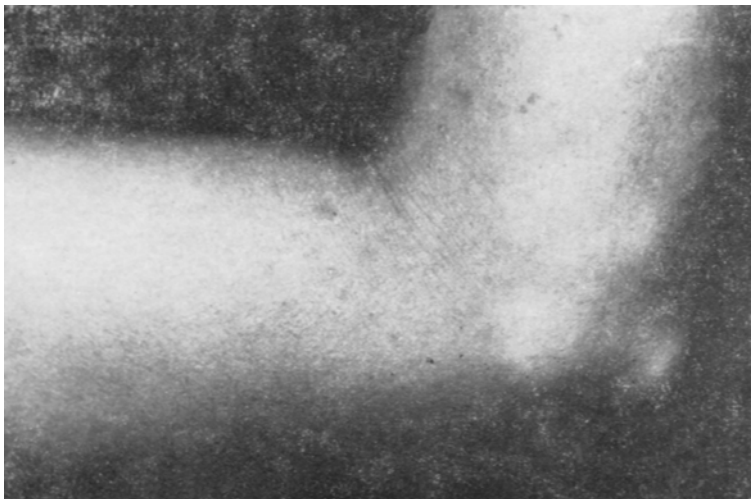


Foto N° 2.- Lesiones similares, difusas, en zona interna de brazo izquierdo.



Foto N° 3.- Zona eritemato-infiltrada, gruesa, con nódulos, en parte izquierda de abdomen.

*Dermatología Venezolana*

(Foto 4); y cara postero-externa de pierna izquierda (Foto 5) ; eritematosas, irregulares, con infiltración uniforme pero variable de una lesión a otra y con descamación discreta superficial. Algunas de esas placas presentaban pequeños nódulos como incrustados en el espesor de las mismas, principalmente la de abdomen, en la que algunos llegaban a medir hasta casi 1 cm. Sin embargo la mayoría era más palpables que visibles, y los más superficiales tenían tonalidad eritemato-violácea.

El resto del examen clínico no aportó datos de importancia. No había adenopatías ni visceromegalia. Semiología cardiorrespiratoria normal. Interrogatorio funcional normal. Antecedentes personales y familiares sin importancia. Negó ingestión frecuente de cualquier medicamento o enfermedades intercurrentes con su enfermedad actual.

#### ESTUDIOS PRACTICADOS

*Histopatología.-Biopsia* N° 26441. (Fotos 6 y 7).

Hiperqueratosis discreta con zonas de Paraqueratosis. Acantosis. Excitosis focal por células mononucleadas (abscesos de Pautrier). Infiltrado linfocitario denso y difuso en dermis superior y media, y focal en dermis profunda, presencia de células con núcleo grande, algunos polilobulados e hiper cromáticos.

Lesiones histológicas compatibles con Micosis Fungoide.

*Hematología* (Realizada por el Dr. C. Goldstein, Banco de Sangre, Hospital Vargas).

*General* = Hb 13,6 gr% Hro 45% Retic

2,5% Plag = Normales

GB 4.600 x mm' Sg=48; L=42

Mon = 5 Eos = 5

*Médula ósea* = Normal, con discreta infiltración linfocitaria.

*Orina y heces* = Normales.

*Rx Tórax* = Normal.

*Tests intradérmicos.* (Lectura a las 48 horas).

PPD = 5 cms Histoplasmina = 0

Oidiomicina = 9 mm Leishmanina = 0

Mitsuda 50 x 10<sup>6</sup> BH x cc = 10 mm con necrosis (al mes).

*Micosis Fungoide*

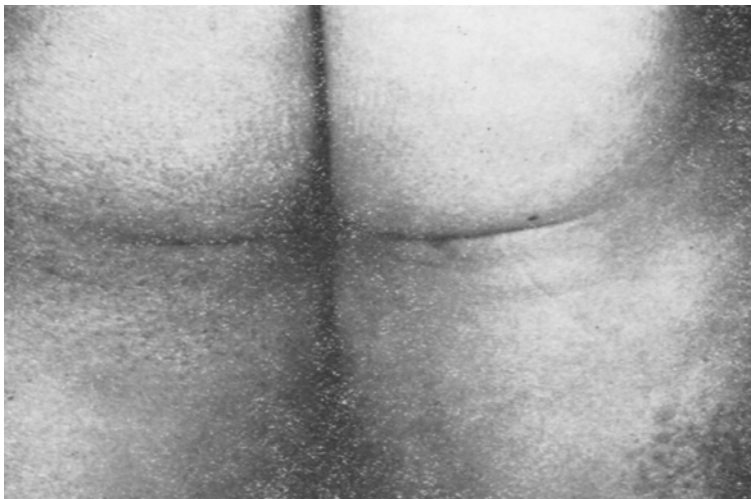


Foto 4.- Pequeños nódulos de tono eritemato-ocre por debajo de glúteo izquierdo y en zona postero-externa del muslo derecho

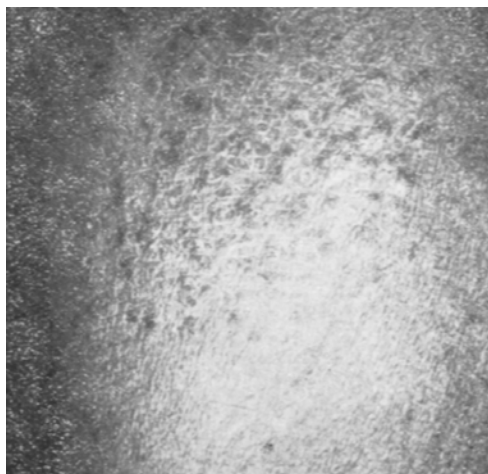


Foto 5.- Nódulos pequeños en muslo izquierdo

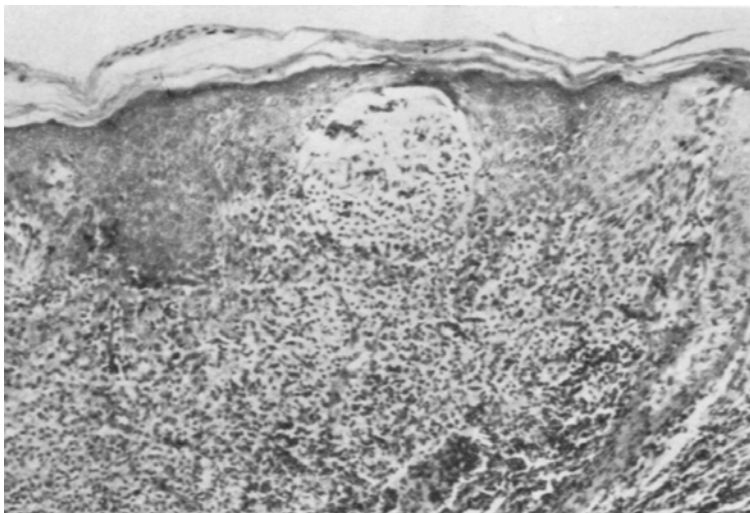
*Dermatología Venezolana*

Foto 6.- H. E. x 10. Paraqueratosis infiltrado dérmico poliformo.  
Exocitosis

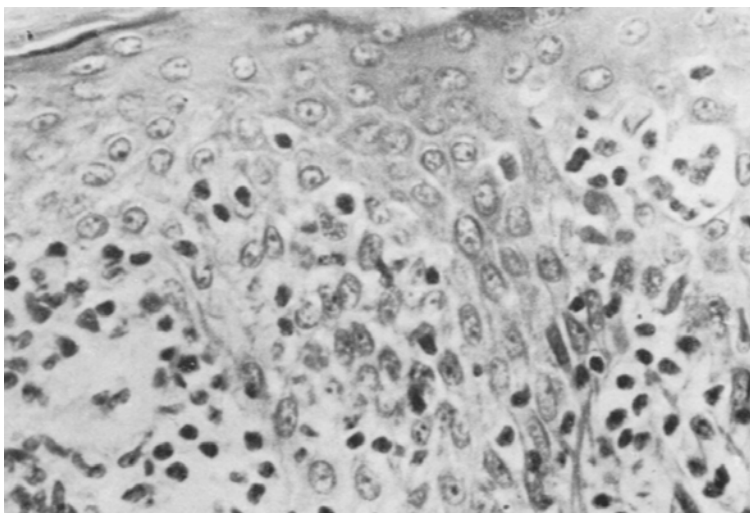


Foto 7.- H. E. x 40. Microabscesos de Pautrier. Detalles del infiltrado.

### *Micosis Fungoide*

*Pruebas y Exámenes Especiales.* (Dra. M. Ulrich, del Laboratorio de Investigación, Dermatología).

Proteína C reactiva = Negativa

Factor reumatoide = Negativo

Anticuerpos antitiroglobulinas = Negativo

Anticuerpos antinucleares = Negativo.

Crioproteínas v crioaglutininas = Negativo

Inmunoelectroforesis = Normal

Linfoblastogénesis = (con Fitolaca y Fitohemaglutinina) : Normal a los 3 y 4 días.

### TRATAMIENTO REALIZADO

En vista de la sintomatología de molestia y prurito, y más que todo a la aparición de lesiones nuevas incluyendo algunas nodulares, se decidió tratarlo con aplicaciones tópicas de esteroides, en cura oclusiva nocturna, principalmente con esteroides fluorados. Con este esquema la mejoría es importante en una a dos semanas, con disminución acentuada de la infiltración, y la remisión es relativamente corta (de varias semanas). Sin embargo el cuadro no es en absoluto desesperante, por lo que el esteroide se emplea de manera "ocasional".

### COMENTARIOS AL TRATAMIENTO DE LA MF

Sabido es que la MF no tiene tratamiento curativo, aunque con los métodos habituales y en muchos casos, se consiguen remisiones importantes y prolongadas. Diferentes métodos terapéuticos se han utilizado y se utilizan, desde la observación simple hasta las drogas citoróxicas, y por supuesto la radioterapia, incluyendo rayos Grenz y radiaciones electrónicas (electrón beam). Con este último método, usado en radiación corporal total, se han reportado remisiones importantes durante meses,<sup>12</sup> en algunos casos asociando clorambucil.<sup>7</sup>

La mostaza nitrogenada se ha empleado en aplicaciones tópicas con resultados halagadores, pero se reporta resistencia a la misma terapia cuando sobreviene la recaída.<sup>13 14</sup> La asociación de cliclofosfamida y clorpromazina se ha reportado como beneficiosa, considerándose que la clorpromazina actuaría a nivel de la mitocondria celular interfiriendo en la defosforilación oxidativa y alterando la respiración celular.<sup>15</sup>

El empleo de esteroides tópicos data de hace varios años, y el beneficio que prestan es innegable, por supuesto que en la etapa

*Dermatología Venezolana*

eritematosa-infiltrativa, pudiendo asociarse la inyección intralesional de esteroides cuando hay lesiones infiltradas o nodulares rebeldes.<sup>16 17</sup>

Es obvio que cada caso de MF requiere un tratamiento adecuado a su etapa evolutiva, por lo que debe haber un control clínico permanente y un tratamiento "dinámico". Pero creemos necesario recalcar que estamos de acuerdo en que en las etapas iniciales las armas terapéuticas a usar deben ser las más sencillas y sólo en caso de haya síntomas o extensión de las lesiones.

## RESUMEN

Se presenta un caso de MF en un joven, con casi 8 años de evolución, en la etapa eritemato-infiltrativa. Se insiste en la necesidad de pensar en MF ante casos crónicos de dermatitis pruriginosas o no, poco especificadas. Se hacen comentarios sobre los diferentes tratamientos.

## REFERENCIAS

1. S. BLUEFARB: Cutaneous manifestations of the malignant lymphomas Charles Thomas pu:3lischer. Springfield. Illinois, 1959.
2. A. ROOK et al: Textbook of Dermatology Vol. II, 1.766. Blackwell Scientific Publication, England, 1968.
3. J. FRASER: Mycosis fungoides. Arch. Derm. et syph., 12: 814, 1.925 (obra citada en W. Lever: Histopathology of the skin, 4th ed., 757, 1967).
4. J. FRASER; H. SCHWARTZ: Neoplastic disease of the reticuloendothelial system. Arch. Derm. et Syph., 33: 1, 1936 (Ibid).
5. E. GALL, T. MALLORY: Malignant lymphoma. Am. J. Path., 18: 381, 1942.
6. L. SZUR et al: Primary cutaneous Hodking's disease. Lancet, I: 1016, May 16, 1970.
7. D. CYR et al: Mycosis fungoides. Hematologic findings and terminal course. Arch. Derm., 94: 5, 558, 1966.
8. R. DEGOS: Dermatologie, T. II, pág. 893, Editions Medicales Flammarion.
9. R. DEGOS et al: Confrontation anatomo-clinique de 129 hémoreticulopathies malignes cutanées. Ann. Dermat. et Syph., 92: 2, 121, 1965.
10. Bol. Sec. Francesa de Derm. et Syfil., 74: 5, 612, 1967.
11. R. BLAYLOCK: J. of Int Dermat., 1963.
12. L. SZUR: Br. J. Med., 76: 10, 1964.



*Mycosis Fungoide*

13. J. MADISON et al: Topically applied Mechlorethamine on 12 dermatoses. Arch. Derm., 86: 5, 663, 1962.
14. R. WILKINSON: J. Haserich. Topical nitrogen mustard Therapy im Mycosis fungoides. Arch. Derm., 82: 440, 1960.
15. MAGUIRE: Treatment of Mycosis fungoides with cyclophosphamide and chlorpromazine. Brit. J. Derm., 80: 54, Jan. 1968.
16. E. FARBER et al: Treatment of Mycosis fungoides with varicous strengths of fluocinolone acetonide cream. Arch. Derm., 97: 2, 165, 1968.
17. Experiencia personal (Dermatología, Hospital Vargas, 1969).