

Revista del  
**Centro Dermatológico Pascua**

Volumen **12**  
Volume

Número **2**  
Number




Mayo-Agosto **2003**  
May-August

*Artículo:*




Casos para el diagnóstico  
Placas poiquilodérmicas diseminadas en  
paciente femenina de 16 años

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



**Medigraphic.com**

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Placas poiquilodérmicas diseminadas en paciente femenina de 16 años

Dr. Virgilio Santamaría,\* Dra. María Antonieta Domínguez,\*\* Dr. Alejandro Vidal\*\*\*

### CASO CLÍNICO

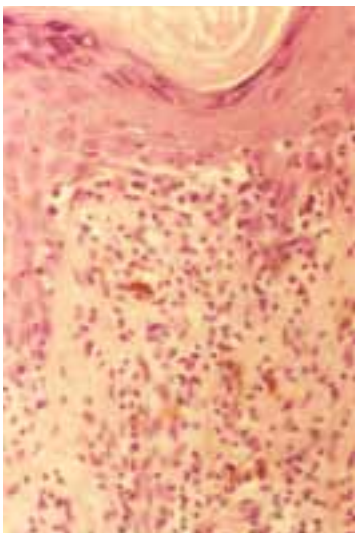


**Figura 1.** Aspecto clínico de las lesiones.

Paciente del sexo femenino de 16 años de edad, estudiante de preparatoria, originaria y residente de México, D.F. Presenta dermatosis diseminada a tronco y extremidades superiores e inferiores de las que afecta región inframamaria, abdominal, lumbosacra, de las extremidades afecta brazos, antebrazos, muslos y piernas en todas sus caras, bilateral con tendencia a la simetría, constituida por eritema, escama manchas hipo e hiperpigmentadas anulares, algunas eritematoinfiltradas que varían de tamaño, algunas con aspecto poiquilodérmico (*Figuras 1 y 2*). De evolución crónica y pruriginosa. Inicia hace 3 años con manchas hipocrómicas en el cuerpo. Recibió tratamientos con esteroides de mediana potencia y antimicóticos.

Se realiza biopsia incisional, de lesión localizada en región lumbar en la que se observa una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica y formación de tapones córneos, epidermotropismo y formación de microabscesos de Pautrier, algunas áreas con acantosis regular moderada. En dermis superficial se observa un moderado infiltrado linfocitario dispuesto en banda que en algunas áreas se pega a la epidermis y la invade.

Con estos datos clínicos e histopatológicos ¿Cuál es su diagnóstico?



**Figura 2.** Microfotografía H/E (Cortesía Dr. A. Ramos Garibay\*).

\* Dermatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Dermatóloga CDP.

\*\*\* Residente 2do año Dermatología, CDP.

### Micosis fungoide

La micosis fungoide es un linfoma cutáneo caracterizado por la proliferación de linfocitos T CD4+ (cooperadores), es la forma más frecuente de linfomas cutáneos primarios, predomina en el sexo masculino 2.2:1 y es más frecuente entre los 30 y 60 años de edad; sin embargo puede presentarse en las primeras décadas de la vida.

Se cree que se debe a un proceso de inflamación crónica o como una respuesta a la estimulación crónica por antígenos, lo que ocasionaría una serie de mutaciones a nivel genético. Existen estudios que han encontrado una asociación con los antígenos de histocompatibilidad HLA-B8, AW-31 y AW3.

La micosis fungoide se divide en tres estadios: Etapa **premicótica**, la cual se caracteriza por manchas eritematosas, en ocasiones hipocrómicas, con escama fina en la superficie, ligeramente pruriginosas, la mayor parte de los casos asintomáticas, en esta etapa el diagnóstico es difícil. La segunda etapa de **placas infiltradas** las lesiones adquieren un mayor tamaño, con bordes irregulares, se tornan atróficas en su centro, la clínica e histopatología son diagnósticos en esta etapa. La **etapa tumoral** se caracteriza por neoformaciones semiesféricas que pueden llegar a ulcerarse. El diagnóstico se basa en la correlación clínico patológica.

Existen variantes clínicas de la MF como: MF poiquilodermia vascular, enfermedad granulomatosa de la piel laxa, MF D' emble, reticulosis pagetoide (enfermedad de Woringer Kolopp).

La estadificación de la MF se basa en el sistema TNMB, el valor T traduce la extensión de la enfermedad cutánea, N a la patología ganglionar, M al compromiso visceral y B se refiere a la presencia de células atípicas circulantes en sangre periférica, el pronóstico depende de la carga tumoral, presencia de atipia celular y del estado inmunológico del huésped. Empleando técnicas de PCR con cebadores para el reordenamiento de los

receptores de la célula T (RCT) se detectan células T clonales circulantes, las cuales poseen valor pronóstico.

El diagnóstico diferencial incluye: dermatitis atópica, eritema multiforme, eritema anular centrífugo, entre otras.

El tratamiento debe ser individualizado en cada caso dependiendo de la etapa y estadificación. En etapas tempranas son útiles los esteroides tópicos, quimioterapia tópica (mostaza nitrogenada o carmustina). La PUVA puede producir remisiones clínicas completas y prolongadas, el interferón alfa ha dado buenos resultados, la quimioterapia sistémica se utiliza en enfermedad avanzada como paliativo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Burg G, Braunn-Falco O. *Cutaneous Lymphomas*. 1 edition, Springer-Verlag 1984: 98-164.
2. Howard M, Smoller B. Mycosis fungoides: classic disease and variant presentations. *Sem Cut Med Surg* 2000; 19: 91-99.
3. Crowley J, Nikko A. Mycosis Fungoides in young patients: Clinical characteristics and outcome. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 696-701.
4. Burg G. From inflammation to neoplasm *Arch Dermatol* 2001; 137: 949-951.
5. Siegel R, Pandolfino T, Guitart J. Primary cutaneous T-cell lymphomas: review and current concepts. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2908-2925.
6. Diamandidou E, Colome M. Prognostic factor analysis in mycosis fungoides/Sezary syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 914-924.
7. Burg G, Duvic M. Update on erythrodermic cutaneous T cell lymphoma: Report of the International Society for Cutaneous Lymphomas. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 95-106.
8. Zackheim H, McCalmont T. Mycosis Fungoides: the great imitator. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 914-918.
9. Zackheim H, Kashani-Subet M. Topical corticosteroids for mycosis fungoides. *Arch Dermatol* 1998; 134: 949-954.
10. Marti R, Casanova J. Linfomas cutáneos y citocinas. *Piel* 1997; 12: 348-356.