

Micosis fungoide con compromiso pulmonar

Fungoid mycosis with pulmonary involvement

Herney Manuel Benavides Luna.*, Marcela Martín Díaz**, Gustavo Adolfo Hincapié ***, Francisco Rodríguez****.

Mujer de 53 años, natural de Cali y procedente de Bogotá. Al realizar la anamnesis se identificó como único antecedente destacable que tres años atrás había presentado lesiones violáceas difusas en piel. Después de ser valorada y estudiada por el servicio de dermatología, se diagnosticó por medio de biopsia cutánea una Micosis Fungoide; entidad que fue manejada con PUVA (terapia con radiación ultravioleta), con remisión total al finalizar el tratamiento. Continuó sin presentar nuevos síntomas hasta febrero de 2005 cuando consulta por presencia de adenopatía inguinal valorada mediante biopsia abierta la cual reportó inflamación inespecífica, sin presencia de microorganismos ni malignidad. La paciente refirió en esa ocasión como único dato positivo a la revisión por sistemas, pérdida de peso cuantificada en aproximadamente ocho kilos durante siete meses. Nunca presentó sintomatología respiratoria. Considerando el hallazgo de la adenopatía inguinal previamente mencionada se decidió ampliar su abordaje diagnóstico mediante una radiografía simple de tórax (Figura 1).

Por las imágenes anormales visualizadas en la radiografía de tórax se indicó una tomografía con cortes de alta resolución con el fin de evaluar el intersticio y las lesiones nodulares en parénquima. (Figura No 2 y 3).

Dadas las anomalías descritas en las imágenes pulmonares se decidió realizar fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial, sin encontrarse macroscópicamente ninguna anomalía. El análisis patológico y de laboratorio no documentó malignidad ni la presencia de microorganismos. (Figura No 4).

Debido a los datos inespecíficos que arrojó la fibrobroncoscopia, se indicó una biopsia pulmonar abierta. Como parte de su estudio prequirúrgico se le practicó una espirometría la cual se encontró dentro de límites normales.

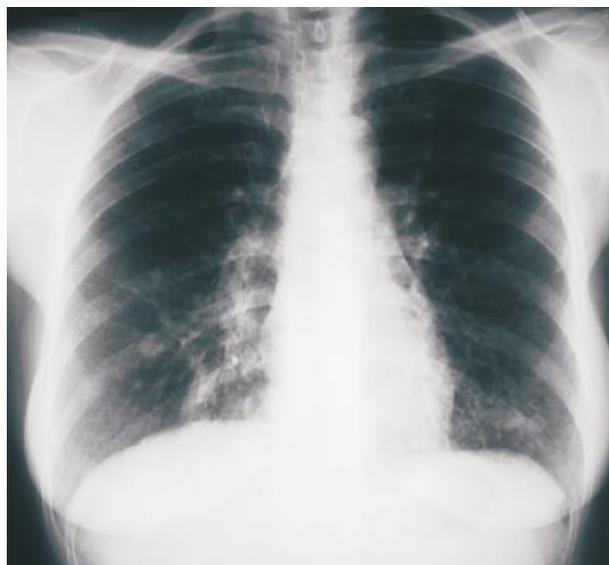


Figura 1. Radiografía de tórax. Opacidades en el área correspondiente a lóbulo medio. Densidades de predominio nodular en bases y periferia.

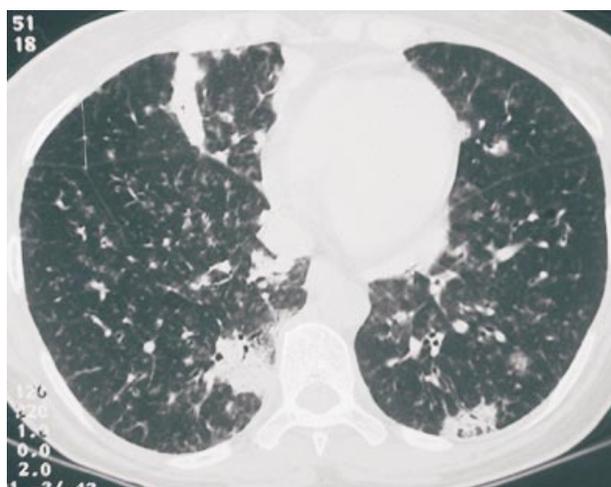


Figura No 2. Se observa una banda parenquimatosa a nivel de lóbulo medio.

* Neumología Hospital Militar Central

** Residente Neumología segundo año Hospital Militar Central

*** Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Militar Central

**** Especialista en Medicina Interna Hospital Militar Central

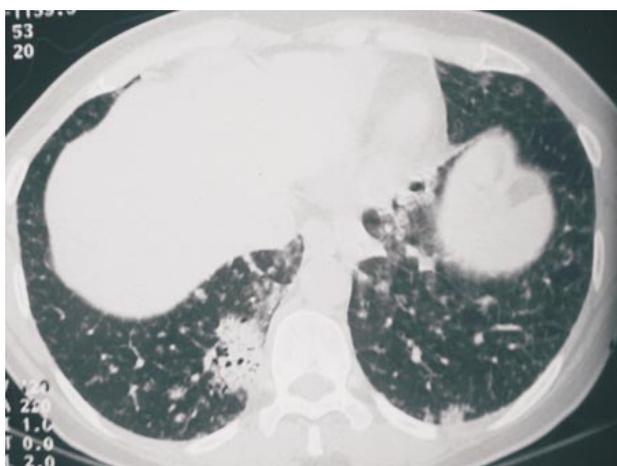


Figura 3. Densidades de predominio nodular de localización subpleural y en bases.

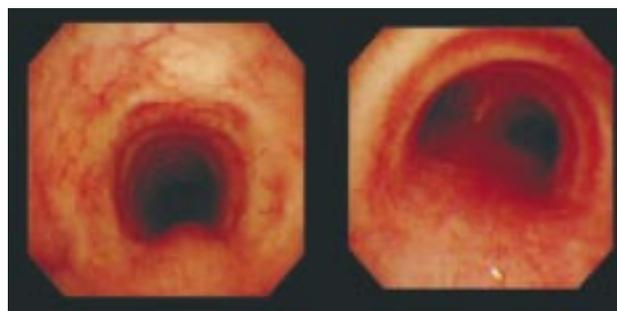


Figura 4. Fibrobroncoscopia. Se observan cuerdas vocales, tráquea superior y carina normales. Las vías aéreas distales no presentaban tampoco alteraciones.

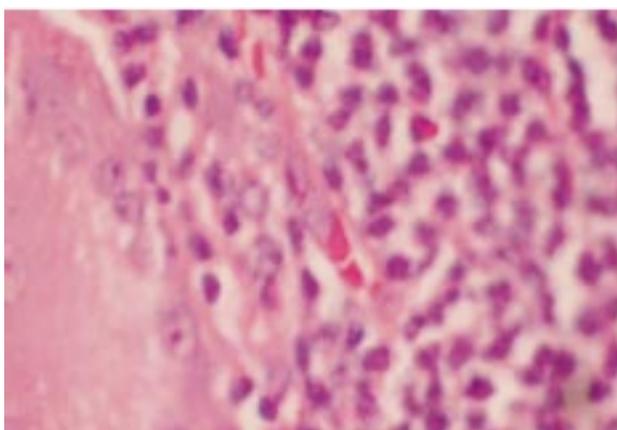


Figura 5. Corte histológico de pulmón. Muestra infiltración de células linfoides atípicas características de micosis fungoide

La patología reportó compromiso pulmonar por Micosis Fungoide. (Figura No. 5)

Se solicitó valoración por hematología quienes consideraron pertinente el inicio de quimioterapia.

DISCUSIÓN

La Micosis Fungoide es un linfoma de bajo grado de malignidad con evolución lenta (10-15 años) pasando habitualmente a través de tres estadios o fases (forma clásica de Alibert-Bazin): la premicósica o macular, la infiltrativa y la tumoral.

En las fases terminales puede sufrir una transformación blástica a linfoma inmunoblástico o linfoblástico. Es más frecuente en el sexo masculino, con una incidencia máxima en la quinta y sexta décadas de la vida. (2)

La afectación extracutánea es más común en las fases más avanzadas de la enfermedad, empeora el

pronóstico, modifica la estratificación y tiene implicaciones terapéuticas. El pulmón es el sitio más frecuente de compromiso metastásico, aunque el diagnóstico se realiza usualmente mediante autopsia. La enfermedad progresa algunas veces simulando una neumonía desde el punto de vista clínico y radiológico (1). El reconocimiento del compromiso pulmonar en Micosis fungoide es importante porque se ha sugerido que los pacientes con tal característica pueden responder de forma apropiada a la terapia antineoplásica. El compromiso extracutáneo lleva a un cambio dramático en la supervivencia a cinco años siendo del 90% con compromiso cutáneo, 50% con patología ganglionar y 0% en sistémico. Las manifestaciones radiológicas incluyen enfermedad bilateral definida por nódulos de diferentes tamaños, signo del halo, áreas de consolidación en parches, infiltrados reticulonodulares bilaterales, linfadenopatía hiliar o mediastinal, derrame pleural y en ocasiones áreas periféricas en cuña correspondientes a infartos (2,4). El compromiso extracutáneo de esta patología ocurre comúnmente en pacientes con célu-

las de Sézary en sangre periférica, como sea que se ha observado compromiso pulmonar rápidamente progresivo sin evidencia de células de Sézary.

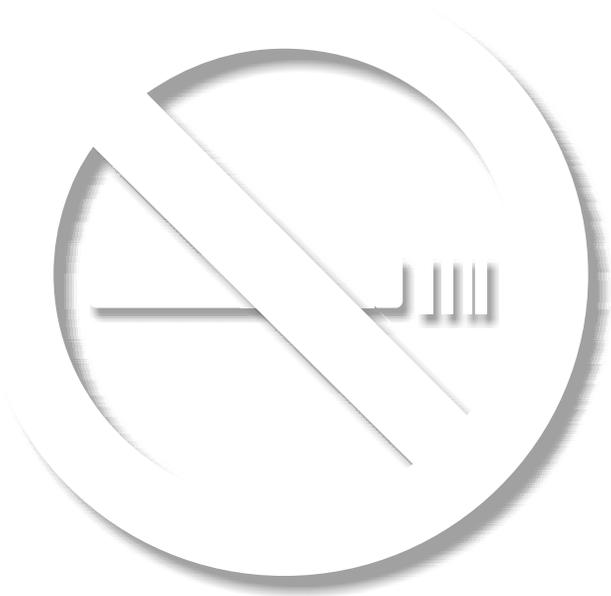
El diagnóstico se basa en la presencia de un infiltrado linfoide con tendencia a la disposición en banda y epidermotrofismo. El infiltrado está compuesto mayoritariamente por linfocitos T CD4 que tiende a formar un núcleo convoluto o cerebriforme y cierta atipia nuclear. El epidermotrofismo de los linfocitos es muy marcado en las fases no tumorales y desaparece en la fase tumoral. En las fases avanzadas puede existir un infiltrado pleomórfico con células linfomononucleares, eosinófilos, células plasmáticas o alguna célula gigante multinucleada (3). En la forma pulmonar se observa una distribución angiocéntrica e infartos dístales a esta área de infiltración celular tumoral (4).

En conclusión, aunque existen hallazgos imagenológicos y patológicos característicos del compromiso extracutáneo en micosis fungoide, específicamente pulmonar; lo inusual de este tipo de

manifestación exige una alta sospecha clínica, siendo siempre un reto el proceso diagnóstico en esta entidad, máxime en pacientes asintomáticos respiratorios, en quienes sería importante proponer estudios de tamizaje.

REFERENCIAS

1. Gómez, E; Ortiz, Vanaclocha, F, et al. Aggressive granulomatous mycosis fungoides with clinical pulmonary and thyroid involvement. *British Journal of Dermatology*. Vol. 142, Nº 5 (May 2000); p. 1026-1029
2. Hyun, Lee; Jung, Im; Jin, Goo, et al. Peripheral T-Cell Lymphoma: Spectrum of Imaging Findings with Clinical and Pathologic Features. *Radiographics*. Vol 23, Nº1 (Jan 2003); p. 7-26
3. Massone, Cesare; Kodama, Kazoo, Kerl, Helmut, et al. Histopathologic Features of Early (Patch) Lesions of Mycosis Fungoides: A Morphologic Study on 745 Biopsy Specimens From 427 Patients. *Am J Surg Pathol*. Vol 29, Nº 4 (Apr 2005); p. 550-560
4. Ueda T, Hosoki N, Yamamoto S, et al. Diffuse pulmonary involvement by mycosis fungoides: high-resolution computed tomography and pathologic findings. *J Thoracic Imaging*. Vol. 17, Nº 2 (Apr 2002); p. 157-159



¡Se puede lograr!