Casos Clínicos

Linfoma T Cutáneo. Tratamiento Quimio-Radioterápico. Presentación de un caso.

Autores:
Dr. Nixon Cevallos R.; Médico Adscrito Departamento de Oncología Clínica, Hospital Solca-Guayaquil.
Dra. Carmen Mendoza N.; Médico Postgradista Departamento de Radioterapia, Hospital Solca-Guayaquil.
Dra. Laura Soria A.; Dermatóloga.

Resumen

Linfoma T cutáneo es una enfermedad en las cuales ciertas células del sistema linfático llamados (linfocitos T), se tranforman en cáncer (maligno) y afectan a la piel. Los linfocitos son células blancas de la sangre que son formadas en el hueso y en los órganos del sistema linfático.
Las células T son linfocitos especiales que ayudan al sistema inmune a matar las bacterias y otros microorganísmos en el cuerpo.

Palabra clave: Linfoma T Cutáneo.

Summary

Cutaneous T-cell lymphoma is a disease in which certain cells of the lymph system (called T-Lymphocytes) become cancer (malignant) and affect the skin. Lymphocytes are infection fighting white blood cells that are made in the bone marrow and by other organ of the lymph system.
Tcells are special lymphocytes that help the body's inmune system kill bacteria and other microorganism in the body.

Key word: Cutaneous T-cell Lymphoma

Intoducción

El Linfoma T Cutáneo (LTC) se relaciona estrechamente con los desórdenes linfoproliferativos de las células T malignas, en las cuales las manisfestaciones clínicas predominan en la piel.
Existen 2 subgrupos de LTC: MICOSIS FUNGOIDE (MF) y SINDROME SEZARY en las cuales las células maduras T, usualmente con CD4+ y que demuestran una predisposición a infiltrar epidermis (epidermis trófico)

La etiología del LTC es desconocida. Se lo relaciona a factores ocupacionales (2840) Cohen y Colaboradores compararon pacientes en edad y sexo y encontraron una relación muy estrecha entre exposición industrial y micosis fungoide. Existen reportes de micosis fungoide de carácter familiar, un incremento del HLA antígeno Aw 31 y AW32 (33) ó DR5 (98) en MF y B8 y Bw35 en sindrome de Sezary, y finalmente una etiología viral a sido descrita por la similitud entre LTC, Linfoma de Células T en el adulto y un retrovirus tipo C designado a los linfomas T humano tipo I (HTLV-1), (15) y la demostración de partículas virales tipo C en piel y nódulos linfáticos de pacientes con MF (108)(122).

Sin embargo hacer un screening con exámenes de sangre para encontrar anticuerpos contra antígeno HTLV-1 y estudio melécular en estructuras de DNA de células con LTC no se demostró el rol patológico del HTLV-1 en LTC clásico.

La incidencia del LTC en los Estados Unidos a incrementado 3.2 veces en los últimos 14 años, se ha visto 0,4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Esto ocurre más frecuentemente en varones que en mujeres y en negros 2 veces más que en blanco.

Historia natural

Fue descrita en 1832 por Alibert dándole en nombre de Micosis Fungoide, en 1870 Bazin lo clasifica en 3 estadíos por los cambios en la piel.: Período Eritematoso, Liquenoide, Fungoide, y los describió como tumores de lento crecimiento.

Las placas y fases tumorales de la MF clásica se caracterízan por acumulaciones perceptibles de linfocitos atípicos en la piel, los mismos que son palpables. Las lesiones individualmente tienden a regresar espontáneamente por áreas y márgenes con lesiones adyacentes para formar lesiones irregulares.

Las lesiones tumorales se pueden desarrollar gradualmente de placas pre-existentes o pueden aparecer en una manera eruptiva, indicando una conducta biológica más agresiva. Las ulceraciones cutáneas e infecciones secundarias son encontradas en ésta fase.

El pronóstico de la enfermedad y escoger el tratamiento depende del estado del cáncer y así mismo dependerá del estado general del paciente.

Una buena evaluación de las lesiones (estadiaje) nos permitirá dar el tratamiento requerido.
Estadío I. El cáncer sólo afecta partes de la piel, la cual es roja, seca, pero sin tumor. Los ganglios linfáticos no están comprometidos.
Estadío Ia. Eczemas o enfermedad limitada a placas que comprometen menos del 25% del total de la superficie de la piel.
Estadío Ib. Incluye más del 25% del total de la superficie de la piel incluyendo placas generalizadas, liquenoides y eritrodermas

Correspondencia y separatas:
Dra. Camen Mendoza N.
Servicio de Radioterapia.
ION-SOLCA
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil-Ecuador

© Los derechos de autor de los artículos de la resvista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

generalizados.

Estadío II. Presencia de tumor en piel o biobsia que demuestre linfadenopatía dermotopáticas. No existe compromiso extracutáneo.

Estadío III. MF que involucra la piel y biopsia que demuestra compromiso de nódulo linfático o bazo, no están comprometidas otras visceras.

Estadío IV. MF en tumores cutáneos y extracutáneos con compromiso visceral documentado.

Anatomía patológica

Los linfocitos atípicos en una MF y el Sind. De Sezary invaden la epidermis y el epitelio folicular para formar grupos pequeños rodeados de un halo claro son los llamados microabsesos de Pautriers.

Caso Clínico

Paciente masculino de 59 años de edad, casado, lugar de procedencia Guayaquil, antecedentes familiares hermano mayor murió de linfoma cutáneo tipo B, antecedentes personales diabetes no controlada. Antecedentes evolutivos de 5 años de presentar lesiones maculopapulares de tipo eritematoso extensas localizadas en extremidades superiores e inferiores que han experimentado crecimiento, resto del examen físico sin novedad.

Laboratorio Biometría hemática Gl. rojos 5200000, Gl. Blancos 7080, segmentados 59, linfocitos 39, eosinófilos 2, Hb 147, Ht 46.2, plaquetas 291000, glucosa 168, Acido urico 6.35, creatinina 1.15, urea 22.6, albúmina 4.96, globulina 2.88, TGO 25, TGP 26, LDH 216.5.

Imagenología: tac de tórax-abdomen y pelvis normal, mielograma y biopsia de médula osea normal.

Estudios histopatológico: Macroscopía: Se recibe losange de piel de o.6xo.3 cms, cara epidérmica de coloración pardoamarillento. Se procesa la totalidad de la muestra.

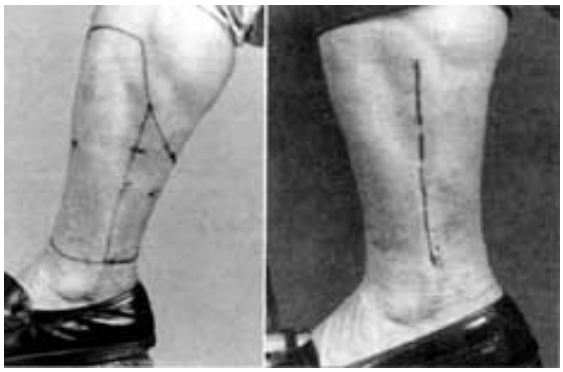
Microscopía: Los cortes muestran epidermis con Acanthosis irregular, papilomatosis, paraqueratosis. En dermis infiltrado inflamatorio histiocítico principalmente por linfocitos pequeños de núcleos hipercromáticos que muestran irregularidad nuclear, observándose además células de mediano tamaño con núcleo hipercromático y citoplasma escaso eosinófilo, presencia de epidermotropismo, identificándose además mitosis atípicas, cuadro compatible con MF tipo eritematoso, no atrófico. Inmunohistoquímica CD3 +, UCHL-1+.

Tratamiento

Por tratarse de un LTC se inicia tratamiento quimioterápico tipo CHOP (ciclofosfamida 1 g, doxorrubicina 80 mg, vincristna 2 mg, prednisona 100 mg diarios por 5 días) 8 ciclos, 1 vez cada 4 semanas con controles hematológicos antes de cada aplicación mostrando mejoría de sus lesiones dérmicas a partir del segundo ciclo sin llegar a desaparecer los mismos; al concluir el 8vo ciclo el paciente refiere prurito en lesiones eritematosas. Al examen físico ausencia de signos flogóticos.

Examen de laboratorio incluyendo LDH normal, se considera que hubo una excelente respuesta en el 80% de las lesiones se envía al paciente para tratamiento radioterápico para consolidad lesiones residuales.

Recibe tratamiento con electrones, energía 6 MeV, 0,5 cms de profundidad con bolus, se irradia 4 campos al día, dosis 30 Gy, fraccionamiento 2 Gy día; a los 23 Gy. Se realiza evaluación de las lesiones al cmpletar 30 Gy; las mismas se muestran hiperpigmentadas y lesiones aplanadas en placas con áreas de radiodermitis las mismas que recibieron tratamiento médico.



Discusión

El linfoma T cutáneo es una enfermedad de manejo multidisciplinario, una vez obtenido el diagnóstico que debe ser realizado por un dermatopatólogo pasa a ser evaluado por un oncólogo clínico quien deberá escoger la conducta a seguir de acuerdo al estudio de la enfermedad.

A nuestro entender hemos visto excelentes resultados con la radioterapia sola para los estadíos tempranos de la enfermedad, más no así para los estadíos avanzados que por estar comprometidos algunos órganos los mejores resultados son quimio-radioterapia combinados; el número de cíclos de quimioterapia dependerán de la respuesta obtenida, los mejores resultados se han visto con el esquema CHOP.

Para la Radioterapia, el tratamiento con electrones da resultados sorprendentes, en el caso en estudio se los utilizó sólo en las áreas con evidencia de enfermedad, con los electrones el máximo de nuestra energía va dirigida a la piel y dependiendo del área afectada será la profundidad del mismo, la dosis a dar será dependiendo de la tolerabilidad del tejido (provocando alopecía o pérdida total del vello) y que la msima tenga efectos tumoricidas. Los efectos adversos tanto para la radio y quimioterapia son bastante tolerados, y se da al paciente una excelente expectativa de vida.

Bibliografía.

1. Merrill J. Solan, Luther W. Brady. SKIN. Radiotherapy. Carlos Pérez. Tercera Edición.
2. Elizabeth A. Springer, MD, Timothy M. Kuzel, M. International Symposium on Cutaneous T Ceil Lymphomanal of the American Academy of Dermatology. Volúmen 24. Número 1. January 1991.
3. Dr. Donald V. Belsito. Micosis Fungoide (MF)/ Linfoma C de células T. Dermatología. Volúmen 8. Número 1. 1999.
4. Preston DS, Stern RS: Nonmelanoma cancer of the skin. New England Journal of medecine 327(23): 1649-16662, 1992.