

## Masa pélvica en un paciente con antecedente de micosis fungoide

J. Campos Franco<sup>a</sup>, R. López Rodríguez<sup>a</sup>, J. García González<sup>b</sup>, I. Abdulkader Nallib<sup>c</sup>, M. R. Alende Sixto<sup>a</sup> y A. González Quintela<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina Interna, <sup>b</sup>Oncología y <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

### Caso clínico

Un varón de 67 años consultó por un cuadro de un mes de evolución de astenia, anorexia, sudoración nocturna y pérdida de unos 15 kg de peso. Diez meses antes había sido estudiado en Dermatología por unas lesiones cutáneas en el muslo izquierdo de unos 18 años de evolución. La biopsia de una de las lesiones en el muslo izquierdo reveló una micosis fungoide (estadio IA) que fue tratada mediante fototerapia y psoralenos con desaparición de las lesiones. En el momento actual la exploración física era anodina, salvo un ligero dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda y la presencia de una placa atrófica en la cara anterior del muslo izquierdo. En la analítica presentaba anemia normocítica normocroma y elevación de la gammaglutamil transpeptidasa (GGT) y fosfatases alcalinas. La radiografía de tórax, la endoscopia digestiva alta y la colonoscopia no revelaron hallazgos significativos. Los hemocultivos y serologías de virus hepatotropos, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Brucella*, *Coxiella* y tifoparatíficas fueron negativos. En la ecografía abdominal presentaba hepatoesplenomegalia ligera sin lesiones focales. Una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal reveló un conglomerado adenopático de 5-5 cm en la hemipelvis izquierda, así como adenopatías periaorticas (fig. 1). Se realizó una biopsia de dicha masa guiada mediante TAC.



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal en la que se observa un conglomerado adenopático de aproximadamente 5-5 cm en hemipelvis izquierda (flecha) que se extiende desde la bifurcación de ilíacos externos hasta los obturadores.

## Diagnóstico

Enfermedad de Hodgkin (estadio II).

La biopsia guiada del conglomerado adenopático reveló una enfermedad de Hodgkin clásica (presencia de células de Reed-Sternberg con intensa positividad para CD30 y CD15) (fig. 2). Las características de la muestra no permitieron establecer el subtipo histológico de enfermedad de Hodgkin. Aunque se intentó detectar el reordenamiento de genes de los receptores T no se obtuvo suficiente ADN. El estudio se completó con una biopsia de médula ósea que evidenció infiltración por linfoma. El paciente se trasladó a oncología para iniciar tratamiento citostático. Seis meses después y tras completar la quimioterapia está asintomático y en una TAC abdominal de control se ha comprobado la desaparición de la masa tumoral.

## Discusión

Los linfomas cutáneos de células T constituyen alrededor del 80% de los linfomas cutáneos primarios, con una incidencia anual aproximada de 0,5 casos por 100.000 habitantes/año<sup>1</sup>. La micosis fungoide representa el subtipo más frecuente. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células T atípicas de núcleo cerebriforme y con tendencia a infiltrar la epidermis (epidermotropismo)<sup>1</sup>. En los linfomas cutáneos de células T, la célula neoplásica deriva del linfocito TCD4+ y presenta un perfil de citocinas Th2<sup>1</sup>. La asociación de micosis fungoide y enfermedad de Hodgkin en el mismo paciente es rara. Se han des-

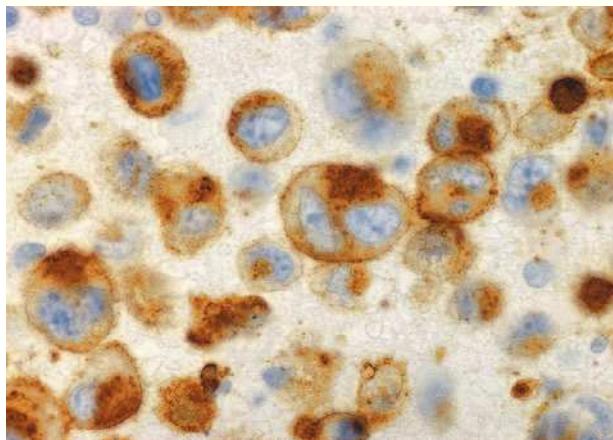


Fig. 2. Biopsia de masa pélvica. Se observan células de Reed-Sternberg con el típico patrón de inmunorreactividad en membrana y Golgi para CD15.

crito casos aislados en los que las dos enfermedades se presentan de forma secuencial o simultánea<sup>2-8</sup>. En la mayoría de los casos la enfermedad de Hodgkin (con más frecuencia de tipo esclerosis nodular) aparece meses o años con posterioridad al diagnóstico de micosis fungoide, aunque también puede suceder a la inversa. Hay casos excepcionales en los que el diagnóstico de ambas entidades es simultáneo<sup>6,7</sup> e incluso se han descrito casos en los que la micosis fungoide y la enfermedad de Hodgkin coexisten en la misma lesión<sup>7,8</sup>. En estos casos se trataría de linfomas «compuestos».

Los primeros casos comunicados se han interpretado como resultado de la transformación de la micosis fungoide y se ha planteado la posibilidad de que ambas entidades clínicas comparten su origen a partir de un mismo clon de células T<sup>9</sup>. Sin embargo, estudios moleculares con células de Reed-Sternberg aisladas han demostrado que las células de Reed-Sternberg derivan de células B del centro germinal<sup>10</sup>. Otros autores, basándose en un conjunto de hallazgos morfológicos, inmunofenotípicos y de genética molecular, también han concluido que ambos tipos de linfomas no se originan de un clon celular común<sup>2,5</sup>. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de la coexistencia de ambas entidades, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico son diferentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Willemze R. Cutaneous T-cell lymphoma: epidemiology, etiology and classification. *Leuk Lymphoma*. 2003;44Supl3:S49-54.
2. Sidwell RU, McLaughlin JE, Jones A, Whittaker SJ. Hodgkin lymphoma in a patient with mycosis fungoidea: molecular evidence for separate cellular origins. *Br J Dermatol*. 2003;148:810-2.
3. Kremer M, Sandherr M, Geiss B, Cabras AD, Hofler H, Fend F. Epstein-Barr virus-negative Hodgkin's lymphoma after mycosis fungoidea: molecular evidence for distinct clonal origin. *Mod Pathol*. 2001;14:91-7.
4. Geldenhuys L, Radhi J, Hull PR. Mycosis fungoidea and cutaneous Hodgkin's disease in the same patient: a case report. *J Cutan Pathol*. 1999; 26:311-4.
5. Brousset P, Lamant L, Viraben R, Schlaifer D, Gorguet B, Duhault P, et al. Hodgkin's disease following mycosis fungoidea: phenotypic and molecular evidence for different tumour cell clones. *J Clin Pathol*. 1996;49: 504-7.
6. Simrell CR, Boccia RV, Longo DL, Jaffe ES. Coexisting Hodgkin's disease and mycosis fungoidea. Immunohistochemical proof of its existence. *Arch Pathol Lab Med*. 1986;110:1029-34.
7. Park CS, Chung HC, Lim HY, Kim DL, Koh EH, Kim JH, et al. Coexisting mycosis fungoidea and Hodgkin's disease as a composite lymphoma: a case report. *Yonsei Med J*. 1991;32:362-9.
8. Bee CS, Blaise YP, Dunphy CH. Composite lymphoma of Hodgkin lymphoma and mycosis fungoidea: previously undescribed in the same extracutaneous site. *Leuk Lymphoma*. 2001;42:543-9.
9. Davis TH, Morton CC, Miller-Cassman R, Balk SP, Kadin ME. Hodgkin's disease, lymphomatoid papulosis, and cutaneous T-cell lymphoma derived from a common T-cell clone. *N Engl J Med*. 1992;326:1115-22.
10. Kuppers R, Hansmann ML, Rajewsky K. Clonality and germinal centre B-cell derivation of Hodgkin/Reed-Sternberg cells in Hodgkin's disease. *Ann Oncol*. 1998;9Supl5:S17-20.