Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

LINFOMA CUTÁNEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO DE MICOSIS FUNGOIDE

Hernández Navas Jorge[1]; Dulcey Sarmiento Luis[2];

Gómez Ayala Jaime[3]; Therán León Juan[4]

1. Médico investigador. Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.
2. Médico especialista en medicina interna. Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Mérida, Venezuela.
3. Médico especialista en medicina interna. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina, Colombia.
4. Médico especialista en medicina familiar. Universidad de Santander, Facultad de Medicina, Bucaramanga, Colombia.

EMAIL: jorgeandreshernandez2017@gmail.com

CORRESPONDENCIA: Jorge Andrés Hernández Navas. 1068 Silverleaf drive, EEUU.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

RESUMEN

La micosis fungoide es un linfoma cutáneo de células T de curso crónico e indolente, caracterizado por la proliferación de linfocitos atípicos con afinidad por la epidermis. Representa la forma más común de linfoma cutáneo primario y afecta predominantemente a adultos mayores. Su presentación clínica inicial es variable y puede simular dermatosis inflamatorias crónicas, lo que dificulta su diagnóstico temprano. Se describe el caso de un paciente masculino de 65 años con lesiones eritemato-descamativas e infiltradas en extremidades inferiores y glúteos, de 18 meses de evolución, con biopsia que reveló infiltrado linfoide atípico, sugiriendo linfoma cutáneo en estudio. La confirmación diagnóstica mediante inmunohistoquímica es esencial para establecer un plan de manejo adecuado. Se resalta la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinario para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente.

PALABRAS CLAVE: micosis fungoide; linfoma cutáneo; diagnóstico precoz.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

PERSPECTIVA DEL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL SOBRE LAS ANOMALÍAS DE LA DENTINA CENTRADAS EN LA DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

ABSTRACT

Cutaneous T-cell lymphoma (CTCL), with mycosis fungoide as its most common variant, is a chronic neoplasm characterized by the proliferation of atypical T-lymphocytes exhibiting epidermotropism. It predominantly affects older adults, often presenting with variable clinical manifestations that can mimic chronic inflammatory dermatoses, thus complicating early diagnosis. We report the case of a 65-year-old male patient with an 18-month history of erythematous, scaly, and infiltrated lesions localized to the lower extremities and gluteal region; histopathological examination of skin biopsies revealed an atypical lymphoid infiltrate, suggestive of CTCL pending further immunohistochemical confirmation. This case underscores the critical importance of early diagnosis and a multidisciplinary approach to tailor optimal therapeutic strategies and improve patient outcomes.

KEYWORDS: mycosis fungoide; cutaneous T-cell lymphoma; early diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide (MF) es el subtipo más común de linfoma cutáneo de células T, una neoplasia linfoproliferativa que se origina en los linfocitos T de la piel y representa aproximadamente el 50% de los linfomas cutáneos primarios. Se caracteriza por una

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

evolución insidiosa, con manifestaciones clínicas iniciales inespecíficas que pueden simular enfermedades inflamatorias cutáneas como eccema o psoriasis. La patogénesis de la micosis fungoide no está completamente clara, aunque se ha postulado la implicación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales en su desarrollo. Su diagnóstico se basa en la correlación clínica e histopatológica, con el apoyo de estudios de inmunohistoquímica y biología molecular para su confirmación.(1,2)

Clínicamente, la enfermedad progresa a través de tres fases: máculas o parches premalignos, placas infiltradas y tumores nodulares, con posible diseminación extracutánea en estadios avanzados. En las etapas iniciales, las lesiones suelen ser eritematosas, descamativas y pruriginosas, localizándose principalmente en áreas no fotoexpuestas. Con el tiempo, pueden evolucionar a placas infiltradas con tendencia a ulceración y, en algunos casos, generar compromiso ganglionar y sistémico, como en el síndrome de Sézary. El diagnóstico diferencial incluye diversas dermatosis inflamatorias crónicas, lo que a menudo retrasa su reconocimiento clínico.(3,4)

El tratamiento de la micosis fungoide depende del estadio de la enfermedad e incluye opciones como fototerapia con psoraleno y luz ultravioleta A (PUVA), corticosteroides tópicos, retinoides, quimioterapia y radioterapia local. En estadios avanzados, pueden requerirse terapias sistémicas con agentes biológicos o

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

inmunomoduladores. Dado que la enfermedad es de curso crónico e incurable en la mayoría de los casos, el manejo está orientado a controlar los síntomas, retrasar la progresión y mejorar la calidad de vida del paciente. Debido a su baja incidencia y variabilidad clínica, es fundamental un abordaje multidisciplinario que incluya dermatología, hematología y oncología para optimizar su detección y tratamiento.(4,5)

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 65 años, agricultor, sin antecedentes patológicos relevantes, quien consulta por la presencia de lesiones cutáneas pruriginosas de 18 meses de evolución. Inicialmente, las lesiones se presentaron como máculas eritematosas en extremidades inferiores y región glútea, las cuales fueron aumentando progresivamente en tamaño y número. El paciente refiere que el prurito ha sido persistente y no ha cedido con tratamientos tópicos convencionales. En los últimos meses, algunas de las lesiones se han tornado infiltradas, con un aspecto más indurado y descamativo.

Al examen físico se evidencian lesiones cutáneas infiltradas y eritematosas en la región glútea y pierna izquierda, con leve descamación superficial. Se observa un exantema eritematoso predominante en cara, sin ulceraciones visibles ni secreciones anormales. No se palpan adenopatías cervicales ni axilares. El paciente no reporta síntomas sistémicos asociados, como pérdida de peso o fiebre.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

Se realizaron biopsias incisionales en dos sitios anatómicos. La muestra de piel de glúteo izquierdo reveló un infiltrado linfoide atípico que requiere estudios de inmunohistoquímica para su clasificación. La biopsia de piel de pierna izquierda mostró hallazgos similares, planteando como principal diagnóstico diferencial un linfoma cutáneo de células T. Los análisis de laboratorio reportaron una hemoglobina de 13.5 g/dL, creatinina sérica de 1.25 mg/dL, filtrado glomerular CKD-EPI de 60.04 ml/min/1.73 m², colesterol total de 227.3 mg/dL y triglicéridos de 131 mg/dL, sin otras alteraciones significativas en perfil hepático o renal.

Ante la sospecha de linfoma cutáneo tipo micosis fungoide, se decidió remitir el caso a oncología para definir el esquema terapéutico adecuado. Se considera la posibilidad de manejo con fototerapia, retinoides o quimioterapia sistémica, dependiendo del estadio de la enfermedad. Se programó control en Medicina Interna tras la valoración oncológica. Se brindó educación al paciente y su familia sobre la evolución esperada, signos de alarma y la importancia del seguimiento continuo para evaluar progresión y respuesta al tratamiento.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14



Figura 1. Se observa exantema eritemato-descamativo en la piel de la región malar y frontal, con áreas de infiltración cutánea. Se evidencia discreta alopecia frontal y leve xerosis.

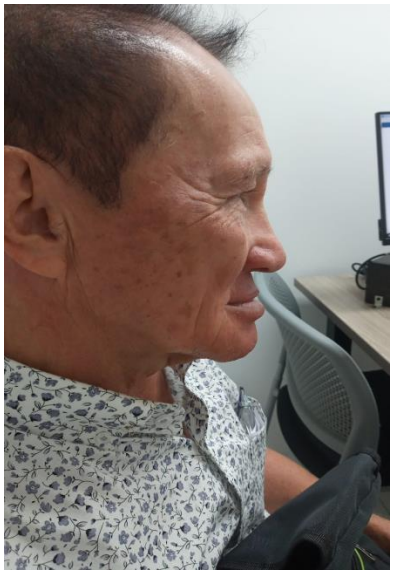


Figura 2. Se observa exantema eritemato-descamativo difuso en la piel facial, con presencia de infiltración cutánea leve y xerosis.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Reporte de Caso

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14



Figura 3. Lesiones cutáneas en la región del tobillo en paciente masculino de 65 años con diagnóstico de micosis fungoide. Se observan áreas de hiperpigmentación postinflamatoria, placas eritemato-descamativas y lesiones maculares hiperpigmentadas. Se evidencia xerosis cutánea y leve excoriación secundaria al rascado.

Comentarios

El diagnóstico de micosis fungoide representa un desafío clínico debido a su evolución insidiosa y su similitud con diversas dermatosis inflamatorias crónicas. En este caso, el paciente presentó un curso de 18 meses caracterizado por lesiones eritematosas infiltradas y pruriginosas, localizadas en extremidades inferiores y región glútea, con progresión gradual sin respuesta a tratamientos convencionales. Dada la persistencia del cuadro y la morfología de las lesiones, se decidió realizar biopsias incisionales en dos sitios anatómicos, revelando la presencia de un infiltrado linfoide atípico. Este hallazgo

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

histopatológico generó la sospecha de un linfoma cutáneo de células T, requiriendo estudios inmunohistoquímicos para su confirmación y clasificación.(4,5)

El diagnóstico diferencial de la micosis fungoide es amplio e incluye psoriasis, eccema crónico, dermatitis atópica y reacciones medicamentosas, lo que hace imprescindible la evaluación histológica detallada. En este paciente, la combinación de clínica, histopatología e inmunohistoquímica permitió consolidar el diagnóstico y orientar su manejo. La ausencia de adenopatías palpables y de síntomas sistémicos sugiere una enfermedad en estadio temprano, lo que resalta la importancia del diagnóstico oportuno para evitar la progresión a formas más agresivas, como el síndrome de Sézary.(5,6)

El enfoque multidisciplinario es clave en el manejo de este tipo de linfomas, ya que su tratamiento varía según el estadio clínico y la extensión de las lesiones. En este caso, la remisión a oncología y dermatología permitirá establecer un esquema terapéutico personalizado, considerando opciones como fototerapia, retinoides tópicos, quimioterapia sistémica o inmunomoduladores, dependiendo de la evolución del paciente.(7–10) Dado el carácter crónico y recidivante de la enfermedad, el seguimiento a largo plazo será fundamental para evaluar la respuesta terapéutica y prevenir posibles complicaciones.

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

Conclusión

El diagnóstico temprano y preciso de la micosis fungoide es fundamental para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente. Dado su curso crónico e indolente en etapas iniciales, es esencial un alto índice de sospecha clínica, apoyado en estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos para diferenciarla de otras dermatosis inflamatorias. En este caso, la identificación de un infiltrado linfoide atípico en la biopsia permitió orientar el diagnóstico y definir un plan terapéutico adecuado. La remisión oportuna a oncología y dermatología es clave para establecer estrategias terapéuticas individualizadas, minimizando el riesgo de progresión a estadios avanzados con compromiso sistémico.

REFERENCIAS

1.Min K, Neiman AM, Konopka JB. Fungal Pathogens: Shape-Shifting Invaders. Trends Microbiol [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Feb 20];28(11):922–33. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32474010/

2. Wiederhold NP. Emerging Fungal Infections: New Species, New Names, and Antifungal Resistance. Clin Chem [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Feb 20];68(1):83–90. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34969112/

3. Wang F, Han RH, Chen S. An Overlooked and Underrated Endemic Mycosis-Talaromycosis and the Pathogenic Fungus Talaromyces marneffei. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Feb 20];36(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36648228/

4. Lionakis MS, Drummond RA, Hohl TM. Immune responses to human fungal pathogens

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025

Acta BIOCLÍNICA
ISSN Electrónico: 3105-403X

Volumen 16, N° 32. Enero-Junio 2026
Hernández Navas y Col.
Pg. 309-319

DOI:
https://doi.org/10.53766/AcBio/2026.16.32.14

and therapeutic prospects. Nat Rev Immunol [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Feb 20];23(7):433–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36600071/

5. Heung LJ, Wiesner DL, Wang K, Rivera A, Hohl TM. Immunity to fungi in the lung. Semin Immunol [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Feb 20];66. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36841146/

6. Seidel D, Wurster S, Jenks JD, Sati H, Gangneux JP, Egger M, et al. Impact of climate change and natural disasters on fungal infections. Lancet Microbe [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Feb 20];5(6):e594–605. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38518791/

7. Jenks JD, White PL, Kidd SE, Goshia T, Fraley SI, Hoenigl M, et al. An update on current and novel molecular diagnostics for the diagnosis of invasive fungal infections. Expert Rev Mol Diagn [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 20];23(12):1135–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37801397/

8. Hahn RC, Hagen F, Mendes RP, Burger E, Nery AF, Siqueira NP, et al. Paracoccidioidomycosis: Current Status and Future Trends. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Feb 20];35(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36074014/

9. Sun S, Hoy MJ, Heitman J. Fungal pathogens. Curr Biol [Internet]. 2020 Oct 5 [cited 2025 Feb 20];30(19):R1163–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022261/

10. Ashraf N, Kubat RC, Poplin V, Adenis AA, Denning DW, Wright L, et al. Re-drawing the Maps for Endemic Mycoses. Mycopathologia [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Feb 20];185(5):843–65. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32040709/

Received: July 31, 2025
Accepted: September 15, 2025