

Multimed 2020; 24(5)

Septiembre-Octubre

Caso clínico

Eritrodermia y Linfomas Cutáneo de Células T

Erythroderma and Cutaneous T-Cell Lymphomas

Linfomas de células T e erâmulas

Liliana Fuentes Gómez^{I*} <https://orcid.org/0000-0001-9334-4969>

Zucell Rodríguez Ramírez^{II} <https://orcid.org/0000-0001-6729-0549>

Ana Deisi Rodríguez Poll^{III} <https://orcid.org/0000-0003-3273-7931>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico Docente Bayamo Oeste. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital General Docente Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Docente Asistencial René Vallejo Ortiz. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: lfuentesg@infomed.sld.cu

RESUMEN

La eritrodermia es una erupción eritematosa más o menos escamosa que afecte a más del 90% de la superficie corporal. Se trata de una enfermedad capaz de comprometer el pronóstico vital y que puede complicarse con desequilibrios hidroelectrolíticos, trastornos de la termorregulación, infecciones, así como con fallo cardiovascular. En la presente publicación referimos el caso de un paciente masculino de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial y de Lepra que recibió poliquimioterapia, es ingresado en el servicio de dermatología en el período de observación, pues hace alrededor de un año comenzó a presentar enrojecimiento de la piel y múltiples escamas. Al momento del examen se observa paciente eritrodérmico, ectropión, distrofia ungueal importante, con adenopatías

palpables axilares e inguinales, asociado un prurito intenso generalizado. Se realizan estudios para el diagnóstico incluyendo biopsia de ganglios inguinal y de piel, esta última compatible con Micosis Fungoide. Actualmente se reconocen tres variantes eritrodérmicas en el linfoma cutáneo de células T: el síndrome de Sézary, la Eritrodermia en micosis fungoide y la Eritrodermia en linfomas cutáneos de células T:No Especificada. Si bien se entiende al síndrome de Sézary como una expresión leucémica del linfoma cutáneo de células T eritrodérmico, con numerosas células de Sézary en piel, sangre y otros tejidos, la Eritrodermia en micosis fungoide se determinaría ante la ausencia de estos mismos hallazgos hematológicos e histológico ante un cuadro clínico eritrodérmico. Se hace necesaria la publicación del artículo por la forma de presentación de la micosis fungoide, teniendo en cuenta que esta dermatosis tiene un sin número de diagnósticos diferenciales que la hace la gran simuladora en la Dermatología.

Palabras claves: Eritrodermia; Linfoma cutáneo, Micosis fungoide.

ABSTRACT

Erythroderma is a more or less scaly erythematous rash that affects more than 90% of the body surface area. It is a disease capable of compromising the vital prognosis and that can be complicated by hydroelectrolytic imbalances, thermoregulation disorders, infections, as well as cardiovascular failure. In this publication we refer to the case of a 72-year-old male patient with a history of high blood pressure and leprosy who received polychemotherapy, is admitted to the dermatology service in the observation period, as about a year ago he began to develop redness of the skin and multiple scales. At the time of the examination, an erythrothermal patient, ectropion, important ungual dystrophy, with axillary and inguinal palpable adenopathies, associated with a widespread intense itching, is observed. Studies are conducted for diagnosis including inguinal and skin node biopsy, the latter compatible with Mycosis Fungoide. Three erythrodermal variants are currently recognized in skin T-cell lymphoma: Sézary syndrome, Erythroderma in fungoid mycosis, and Erythroderma in skin T-cell lymphomas: Undepede. While Sézary syndrome is understood as a leukemia expression of erythrodermal T-cell skin lymphoma, with numerous Sézary cells in skin, blood and other tissues, Erythroderma in fungoid mycosis would be

determined in the absence of these same haematological and histological findings before an erythrodermal clinical picture. It is necessary to publish the article by the form of presentation of fungoid mycosis, taking into account that this dermatosis has a number of differential diagnoses that makes it the great simulator in Dermatology.

Keywords: Erythroderma; Skin lymphoma, Fungoid mycosis.

RESUMO

Eritrodermia é uma erupção cutânea mais ou menos erethema que afeta mais de 90% da superfície do corpo. É uma doença capaz de comprometer o prognóstico vital e que pode ser complicada por desequilíbrios hidroeletrolíticos, distúrbios termoreguladores, infecções, bem como insuficiência cardiovascular. Nesta publicação, refere-se ao caso de um paciente do sexo masculino de 72 anos com histórico de pressão alta e hanseníase que recebeu poliquimioterapia, é internado no serviço de dermatologia no período de observação, pois há cerca de um ano começou a desenvolver vermelhidão da pele e múltiplas escamas. No momento do exame, observa-se um paciente eritrodermal, ectropion, importante distrofia ungueal, com adenopatias palpáveis axilares e inguinais, associadas a uma coceira intensa generalizada. São realizados estudos para diagnóstico, incluindo biópsia inguinal e nódulo da pele, este último compatível com Mycosis Fungoide. Três variantes eritromicasais são atualmente reconhecidas em linfoma de células T da pele: síndrome de Sézary, Erythroderma na micose fungoide, e Erythroderma em linfomas de células T da pele: Undepede. Enquanto a síndrome de Sézary é entendida como uma expressão de leucemia de linfoma de pele de células T eritrodermica, com numerosas células Sézary na pele, sangue e outros tecidos, eritroderma em micose fungoide seria determinada na ausência desses mesmos achados hematológicos e histológicos diante de um quadro clínico eritrodermal. É necessário publicar o artigo sob a forma de apresentação da micose fungoide, tendo em vista que essa dermatose possui uma série de diagnósticos diferenciais que o torna o grande simulador em Dermatologia.

Palavras-chave: Erythroderma; Linfoma de pele, Micosefungoide.

Recibido: 12/7/2020

Aprobado: 17/7/2020

Introducción

La eritrodermia fue descrita por primera vez en 1868 por Hebra, se caracteriza por eritema y escama en más del 90% de la superficie cutánea y es más común en hombres de 40 a 60 años. Se divide en primaria y secundaria; la primera es menos común, suele iniciar en el tronco y se generaliza en un lapso que va de días a semanas. La secundaria habitualmente se presenta por diseminación de una dermatosis previa; sin embargo, sus características usualmente se pierden, ya que la eritrodermia las enmascara.⁽¹⁾

En esta dermatosis el reclutamiento masivo de células inflamatorias en la piel es de origen desconocido y el mecanismo fisiopatológico es diferente, dependiendo de la causa. También se han demostrado células inflamatorias en la circulación. Este infiltrado inflamatorio provoca un aumento en el recambio epidérmico con la consecuente dermatosis eritematoescamosa que provoca pérdida de proteínas, líquidos, electrolitos y ácidos nucleicos. La eritrodermia tiene múltiples etiologías y es un reto para el dermatólogo identificarlas. Las más comunes se engloban en el acrónimo PALM (psoriasis, dermatitis atópica, linfoproliferativa, la mayoría por linfoma que es el caso que presentamos y medicamentos).^(2,3)

Los linfomas cutáneos primarios consisten en una proliferación anormal de linfocitos T o B que muestran tropismo por la piel, sin evidenciarse compromiso extracutáneo al momento del diagnóstico. Se dividen en linfomas de células T (75%-80%) y linfomas de células B (20%-25%).⁽⁴⁾

El linfoma cutáneo primario de células T abarca a diferentes variantes de linfomas no-Hodgkin que se caracterizan por presentar linfocitos T atípicos con una presentación inicialmente cutánea y pronósticos diversos, dependiendo del subtipo y de la estadificación, su variante más frecuente, la micosis fungoide, constituye el 50% de todos los linfomas primarios de piel, su presentación clínica puede ser como máculas o placas de formas irregulares, tumores cutáneos o como eritrodermia exfoliativa clásica, tiene además

múltiples variantes y un amplio diagnóstico diferencial, por lo que para su diagnóstico se requiere una estricta correlación entre la clínica y la histopatología. El síndrome de Sézary, por su parte, es considerado la variante leucémica de los linfomas cutáneos primarios y forma parte del diagnóstico diferencial de las eritrodermias, se caracteriza por la triada de eritrodermia, linfadenopatía y linfocitos atípicos circulantes con núcleo cerebriforme (células Sézary), es importante saber que en cualquier causa de eritrodermia se pueden encontrar células de Sézary sin que cumplan con los criterios para este síndrome; sin embargo > 20% de estas células circulantes sí constituyen parte de la triada diagnóstica y < 10% es un hallazgo inespecífico.⁽⁴⁻⁶⁾

En los linfomas cutáneos, la evaluación de ganglios linfáticos es una parte importante para el estadiaje, pronóstico y seguimiento. La afección ganglionar marca la evolución a enfermedad sistémica y la evidencia de adenopatía clínica determina la evolución de N0 a N1 en el caso del linfoma cutáneo de células T.⁽²⁾

A continuación, en este caso clínico mostraremos una de las variantes eritrodérmicas de los linfomas cutáneos, la micosis fungoide, que se convierte en un motivo para su presentación, que, por su variabilidad clínica, con frecuencia simula otras dermatosis.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años de edad, procedencia rural, con antecedentes de hipertensión arterial para la cual lleva tratamiento con captopril y lepra lepromatosa multibacilar, ahora, en período de observación acude al servicio de dermatología, porque hace 1 año comenzó con enrojecimiento en toda la piel y le comenzaron a salir múltiples escamas en todo cuerpo con picazón intensa, por tal motivo se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

En el examen dermatológico presentaba lesiones universales eritemato escamosas, con eritema violáceo, escamas pardas, gruesas, secas y en su mayoría adheridas sobre todo en miembros inferiores y otras desprendibles, (Fig.1) además de exulceraciones postraumática en cara posterior de axila derecha con discreto exudado, como síntoma subjetivo prurito intenso generalizado.



Fig. 1. Eritema violáceo, escamas pardas, gruesas y secas.

A nivel de la cara, eversión de párpados inferiores (ectropión), con edema de los párpados de moderada intensidad y pérdida de la cola de las cejas (Fig. 2).



Fig. 2. Ectropión y edema de los párpados de moderada intensidad y pérdida de cola de cejas.

En palma de manos se observa atrofia de la eminencia tenar e hipotenar (Fig. 3) y cierta tendencia a la reabsorción ósea de las falanges distales de algunos dedos. Además, trastornos de la sensibilidad mostrando hipoestesia a nivel de manos y pies.



Fig. 3. Atrofia de la eminencia tenar e hipotenar.

El pelo se observaba ralo, opaco, quebradizo, con implantación y distribución según edad, sexo y raza y ausencia de bello a nivel corporal.

En las uñas las placas ungueales hiperquetosicas, distróficas en su porción distal, de color blanco amarillento en manos y pies.

En el examen de cadenas ganglionares encontramos adenopatías axilares y regiones inguinales de aproximadamente 3 a 4 cm, duras, firmes movibles, no dolorosas.

Ante la persistencia y características de las lesiones se decidió realizar estudios hemoquímicos, imaginológicos, biopsia cutánea y de ganglios linfáticos.

Laboratorio: HB: 10.5 g/l; Hto: 0.35; lec: $48 \times 10^9/L$, Pol 0.20; L: 0.71; E: 0.1; M: 0.4; VSG: 15; Glu: 4.2; Urea: 28; Crea: 61; Ac. Úrico: 357; TGO: 22; TGP: 32.8; Col: 4.7, FA: 73; BT: 0.73; BD: 0.2; BI: 0.71; VDRL: no reactiva; Orina simple: sin alteraciones, Coagulograma con coágulo retráctil, plaquetas 215×10^9 ; Proteínas Totales 55.6 mm/L, lo cual indica una hiperproteínemia ligera típica de la enfermedad, ante la anemia se realizó estudio de la misma, con Hb 108 g/l, Hto 0.35, CHCM 308, reticulocitos 22×10^9 , prueba de Hook negativa, hipocromía x, plaquetas adecuada, lo que confirma una anemia por déficit de hierro por la pérdida de folatos. En los estudios imaginológicos, el ultrasonido de cadenas ganglionar con presencia de adenopatías inguinales bilaterales múltiples con una de mayor tamaño. La radiografía de tórax el área cardíaca de límite máximo, aorta elongada, hilio engrosado de aspecto vascular que se corresponde con su cardiopatía hipertensiva, no lesiones pleuropulmonares senos costofrénicos libre.

Se realizaron biopsias de ganglio mostrando ganglio linfático inguinal linfadenitis dermatopática (reticulosis hipomelanótica) y en el caso de la piel reflejando linfoma no Hodgkin epidermotrófico focal compatible micosis fungoide. Otros complementarios por hematología especial como el medulograma con hipocromía dos cruces, anisopoiquilocitosis, leucocitosis con linfocitosis, plaquetas adecuada celularidad dos cruces, concluyendo como médula reactiva no concluyente para diagnóstico.

Durante el ingreso se vigilaron los signos vitales importantes en el paciente con eritrodermia, como tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura, además se indicó tratamiento por vía tópica con ácido salicílico y fomentos antiséptico en exulceraciones postraumática en cara posterior de axila derecha y por vía sistémica con esteroides y antihistamínicos.

Teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas y los hallazgos histológicos se concluye el caso como una Micosis Fungoide, con seguimiento por Dermatólogos, así como internistas, hematólogos, oncólogos y médicos de atención primaria de salud.

Discusión

Los linfomas cutáneos de células T se consideran una neoplasia linfática crónica de la piel que puede afectar la sangre, los ganglios linfáticos y los órganos viscerales. Su diagnóstico preciso es importante, porque tiene similitud con otros infiltrados cutáneos linfocitarios y requiere un tratamiento específico para su control prolongado. Los linfomas de células T más comunes de la piel son la micosis fungoide (MF) que es el caso que presentamos dentro de su variabilidad clínica eritrodérmica y el síndrome de Sézary (SS).^(2, 7)

La incidencia de la MF es 0,2 a 0,4 de casos nuevos por cada 100 000 habitantes, con predominio hombre-mujer de 2:1. Suele ser más frecuente en el cuarto o quinto decenio de la vida. La regla general es que se encuentra limitada a la piel durante muchos años. La causa es desconocida, pero han sugerido el papel de un antígeno crónico (posiblemente un retrovirus), estimulación de linfocitos T helper o CD4 por células de Langerhans intraepidérmicas en su génesis. Esta teoría sugiere que la causa de la enfermedad puede ser un proceso proinflamatorio o policlonal, hasta la bien desarrollada forma clonal de la

enfermedad explicada por la persistencia inmunológica del microambiente cutáneo. Otra teoría ha sido en relación al porqué de la progresión de la micosis fungoide. Esta teoría trata de explicar que la enfermedad se inicia con una fase de exacerbación en la cual los linfocitos T de ayudas circulantes son reclutados en la dermis papilar. Posteriormente ocurre una selección de linfocitos T CD4 por citoquinas, la cual además promueve su proliferación hasta determinadas poblaciones clonales causantes de la neoplasia.⁽⁸⁻¹¹⁾

La MF se caracteriza por presentar una progresión lenta y un curso prolongado de años a décadas generalmente indolente, con menos del 10% de los pacientes afectados evolucionando a etapas avanzadas de la enfermedad. El prurito es un síntoma prominente y el compromiso extra cutáneo, en caso de existir, generalmente solo se presenta en etapas tardías.

Se han descrito más de 30 variantes clínico patológicas de la MF, dentro de las más frecuentes se presentan la clásica, foliculotrópica, reticulosis pagetoide, piel laxa granulomatosa, hipopigmentada y eritrodérmica, esta última puede presentarse de novo o como progresión de las distintas etapas de la MF clásica, con eritema rojo brillante y descamación que compromete más del 80%-90% de la superficie corporal total, con prurito intenso y frecuentemente asociado a hiperqueratosis palmoplantar severa. A diferencia del síndrome de Sézary, no presenta adenopatías generalizadas ni células de Sézary circulantes. Otros síntomas y signos que pueden observarse en MF, particularmente en etapas avanzadas, son: compromiso del estado general, baja de peso, fiebre, insomnio (secundario a prurito), hiperqueratosis, descamación, fisuras en palmas y plantas, alopecia, ectropión. Cuando aparece compromiso extra cutáneo los órganos que con frecuencia están comprometidos son linfonodos, vísceras (particularmente pulmones, bazo e hígado) y sangre. La médula ósea usualmente no se afecta.^(2,12)

El diagnóstico de este tipo de linfoma cutáneo de células T (MF) se hace por medio de una adecuada correlación clínico- histológica, utilizándose además otros métodos de laboratorio como la inmunohistoquímica que son una herramienta crucial, ya que permite establecer el inmunofenotipo, estudiando así los marcadores de superficie de los infiltrados linfocíticos. Los linfocitos atípicos de la MF clásica se caracterizan por ser CD3+ (marcador de linfocito T), CD4+(marcador de linfocitos T helper), CD8- y CD45RO+ (marcador de

linfocitos T de memoria maduros). También puede presentar otros marcadores de células T para otras formas como (CD2, CD5 y CD7) que conforme avanza la enfermedad pueden ir perdiendo su expresión; particularmente la pérdida de CD7 se considera un hallazgo sensible y específico de MF. ^(13, 14)

El estudio de Etapificación de todo paciente con MF se considera esencial, en él se contemplan el examen físico completo: especial énfasis en el tipo de lesiones, porcentaje de superficie corporal total (SCT) comprometida y la búsqueda dirigida de adenopatías, organomegalias y masas. Otros estudios como Hemograma con determinación de células de Sézary, Citometría de flujo para células de Sézary: opcional en los casos con compromiso cutáneo menor al 10% de SCT; Análisis de reordenamiento del gen TCR en linfocitos desangre periférica: en caso de sospecha de compromiso sanguíneo; Panel metabólico; LDH; Tomografía axial computarizada (TAC) con contraste de tórax, abdomen y pelvis o PET-CT: cuando hay compromiso cutáneo mayor al 10% de SCT, adenopatías palpables, exámenes de laboratorio anormales, transformación a células grandes o MF foliculotrópica. ^(6,15)

Los objetivos del tratamiento de la MF son alcanzar y mantener la remisión, reducir la morbilidad y prevenir la progresión. Sin embargo, dado la naturaleza recurrente de la enfermedad, las respuestas suelen ser de corta duración, con recaídas frecuentes. Previo a indicar un tratamiento debemos considerar en primer lugar la etapa clínica de la enfermedad, ya que pacientes con etapas tempranas probablemente requerirán terapias tópicas, mientras aquellos en etapas más avanzadas se beneficiarán de tratamientos sistémicos. También es importante considerar determinados factores pronósticos específicos tales como la transformación a células grandes (requerirá terapias más agresivas) o el compromiso foliculotrópico (refractario a tratamientos tópicos por la profundidad y grosor del infiltrado). Además, hay que tener en cuenta la edad, comorbilidades, severidad de los síntomas y disponibilidad de terapias según recursos del centro y/o del paciente. ^(2, 11, 16)

Las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clasifica las distintas opciones terapéuticas en 3 grandes grupos: **terapias con efecto cutáneo directo:** Corticoesteroides tópicos, Mostaza nitrogenada tópica (mecloretamina), Carmustina

(BCNU), Retinoides tópicos, Fototerapia con el uso de 8-metoxipsoraleno oral + fototerapia UVA(PUVA) y Radioterapia, el segundo grupo que está basado en **terapias sistémicas** que se incluyen los Retinoides sistémicos, Interferones, Inhibidores de histonas de acetilasas como el vorinostat se administra vía oral mientras la romidepsina es de uso endovenoso, también este grupo los Antifolatos como el metotrexato por vía oral a dosis bajas; intramuscular o endovenoso a dosis altas y pralatrexato de forma endovenoso, los Quimioterapéuticos como gemcitabina, doxorubicina liposomal, clorambucilo, pentostatina, etopósido, ciclofosfamida y temozolomida, los anticuerpo monoclonal humanizado contra CD52 que están presente en la superficie de células inmunes y Fotoforesis extracorpórea. El tercer grupo **terapias combinadas** muchas veces la combinación de terapias con efecto cutáneo directo con terapias sistémicas, o de 2 terapias sistémicas, es una estrategia útil en recaídas, casos refractarios, enfermedad extra cutánea o para potenciar las respuestas individuales de cada una. A su vez, no deben olvidarse las terapias de soporte tales como el manejo del prurito, control de infecciones, uso de emolientes, entre otros. ^(17, 18)

Conclusiones

Este caso clínico demuestra la importancia del diagnóstico diferencial y del estudio histológico de la micosis fungoide, ya que el espectro del diagnóstico diferencial es muy amplio, por tal motivo es considerada como la gran imitadora en la Dermatología.

Referencias Bibliográficas

1. Zapata González A, Cerón García IA, Williams Jacquez AD. Eritrodermia difusa y crioglobulinemia concomitante con linfoma cutáneo primario anaplásico de células T CD30+, una asociación poco común. Dermatología Revista Mexicana 2020; 64(2): 176–82.
2. Maldonado García CA, Orozco Anahuati AP. Abordaje diagnóstico de la eritrodermia en el adulto. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2017; 55(3):353–60.
3. Acosta LT, Del Río DY. Eritrodermia en niños. Rev Asoc Colomb Dermatol 2015; 23(2):131–40.

4. Molgó M, Reyes Baraona F. Actualización en diagnóstico y manejo de micosis fungoide y síndrome de Sézary. *Rev Chilena Dermatol* 2015; 31(4): 338-353.
5. Reifs Alcántara CM, Salido Vallejo R, Garnacho Saucedo GM, Corte Sánchez S, González Menchen A, García Nieto AV. Alemtuzumab in refractory Sézary syndrome. *An Bras Dermatol* 2016; 91(5): 642-644.
6. Molgó M, Jaque A, Vial V, Ocqueteau M, Pereira J, Chang M, et al. Fotoféresis en el tratamiento de Síndrome de Sézary: Caso clínico. *Rev Méd Chile* 2015; 143(11):1449-1458.
7. Piña Rodríguez Y, Piña Russinyol JJ, Hernández Fernández DM, Fernández Martori M, Darias Domínguez C. Síndrome de Sézary. Presentación de un caso. *Rev Méd Electrón* 2018; 40(2): 471-479.
8. Monzón Castillo EP, Tejada Martínez G, Oliva García AB. Micosis fungoide en vulva: Presentación de un caso. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 2018; 64(3): 489-494.
9. Malveira Braga MI, Pascoal G, Gamonal Lima SB, Castañon MC, Marques N. Folliculotropic micosis fungoide: challenging clinical, histopathological and immunohistochemical diagnosis. *An. Bras. Dermatol* 2017; 92(5): 73-75.
10. Thaís Braga C, Guimarães Ribeiro BI, Nayara Silveira M, Otávio Augusto P. Micocefungoide hipocromiante na infância: avaliação de um caso clínico. *Rev Méd Minas Gerais* 2018; 28: e-1943.
11. Rosero Arcos C, Madrigal Ramos C, Alvarado A V. Micosis fungoide ampollar de presentación en palmas y plantas. *Revista Médica Vozandes* 2017; 28(1): 57-60.
12. Porto AC, Blumetti TP, Mendes ASP, Duprat Neto JP, Rezze GG, Braga JCT. Mycosis fungoides: reflectance confocal microscopy and its role in the diagnosis. *Appl. cancer res.* 2018; 38(10): 1-4.
13. Junco Bonet M, Betancourt Betancourt G, Machado Garcia JL, Larquin Comet JI. Micosis fungoide en estadio tumoral: presentación de un caso. *AMC.* 2016; 20(1): 44-49.
14. Ying-Yi L, Chieh-Hsin W, Chun-Ching L, Chien-Hui H. Hyperpigmentation as a peculiar presentation of mycosis fungoides. *An Bras Dermatol.* 2017; 92(5): 92-94.
15. Uh Sánchez I, Molina L, Lapizco A, Eljure-López N, Aceves Díaz JE. Eritrodermia asociada con adenocarcinoma gástrico. *Dermatol Rev Mex* 2018; 62(3):242-6.

16. de Albuquerque Fernandes LS, Aguiar Costa F, Lima Barbosa R, Lupi Martins O. Mycosis fungoides precedin glymphomatoid papulosis. Medicina Ribeirão Preto 2017; 50(4): 261-264.
17. Colmenares Roldán LM, Jiménez Sol B. Cuándo emplear PUVA o NB-UVB en micosis fungoide. CES Med 2016; 30(1): 55-65.
18. Bariani Prado MC, Fernando Fróes JL, Ribeiro Quinteiro AM, Carneiro de Souza S, Pereira Arantes T. Mycosis fungoides and Kaposi's sarcoma association in an HIV-negative patient. An Bras Dermatol 2016; 91(5):108-110.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Liliana Fuentes Gómez: concepción del estudio, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito.

Zucell Rodríguez Ramírez: revisión bibliográfica y escritura del manuscrito.

Ana Deisi Rodríguez Poll: revisión bibliográfica y resumen de la información.

Yo, Liliana Fuentes Gómez: en nombre de todos los coautores declara que se hace responsable de la veracidad del contenido del artículo.