

# DERMATOSIS ICTIOSIFORME Y MANCHAS HIPOCROMICAS COMO MANIFESTACIONES CLINICAS DE LINFOMA CUTANEO DE CELULAS T RELACIONADAS CON HTLV.

Gonzalo Calero, José M. Ollague, Mauro Madero, Hugo F. Romero, Eduardo H. Garzón, Luis Chiriboga, Laura Soria

## RESUMEN

*Describimos una paciente de raza negra seropositivo para HTLV quien presentó dermatosis ictiosiforme generalizada, sobre la cual se encuentran máculas hipocrómicas especialmente en extremidades inferiores, además queratodermia palmoplantar. Histopatología sugestiva de linfoma cutáneo de células T, creemos que se trata del primer caso de linfoma cutáneo de células T estadio IB relacionado con HTLV-I reportado en el Ecuador de acuerdo a los datos clínicos, histológicos y serológicos.*

### PALABRA CLAVE:

Piel ictisioforme, máculas Hipocrómicas  
Linfoma de células T  
Virus Linfotrófico de células T Humanas.

---

Postgrado de Dermatología Universidad Estatal del Ecuador, Unidad de Dermatología Venerología y Alergias "Dr. Wenceslao Ollague L."

Dr. Gonzalo Calero, dispensario 31 Hosp. IESS Chile y Colombia \*do. piso Unidad de Dermatología. Telf. 204568 Guayaquil, Ecuador

## ANTECEDENTES:

El virus linfotrófico de células T humanas (HTLV-I), es un retrovirus al cual se ha asociado con el linfoma/leucemia de células T del adulto (LLTA)<sup>(1)</sup> y la mielopatía asociada a HTLV-I (MAH)/ paraparesia espástica tropical (PET)<sup>(2)</sup>.

El HTLV-I relacionado con LLTA es endémico en sudeste de Japón<sup>(3)</sup>, Islas del Caribe<sup>(4)</sup> y Africa Central<sup>(5)</sup> con una seroprevalencia en la población asintomática de 1-30% dependiendo de la edad, sexo y región<sup>(1)</sup>. El resultado en estudios de seroprevalencia de HTLV-I en donantes de sangre en Estados Unidos varía de 0.015-0.08% dependiendo del lugar<sup>(6)</sup> y en prostitutas fue de 25.4%<sup>(8)</sup>

Se presume que dura varias décadas para manifestarse la enfermedad, ocurriendo al menos en el 2-4% de individuos infectados<sup>(9)</sup> posiblemente esto se deba a que existen algunos subtipos de HTLV, además el 50% de linfomas no Hodgkin está asociado a infección por HTLV<sup>(18)</sup>, según investigaciones realizadas por Bibbs W. et al, en Jamaica.

Las vías de infección incluyen transmisión sexual,<sup>(10)</sup> transmisión madre hijo,<sup>(11)</sup> agujas intravenosas contaminadas,<sup>(12)</sup> transfusión sanguínea,<sup>(13)</sup>

Se han identificado 5 variantes clínicas de LLTA que son agudas, linfocíticas, crónicas, latentes y exacerbaciones agudas de una de las anteriores<sup>(14-17)</sup>, pueden manifestarse como púrpura leucocitoclástica, nódulos, erupciones máculopapulosas,

eritrodermia, lesiones ulcerativas, erupciones parecidas a ponfolix e ictiosis en el 40-70% de pacientes LLTA Y HTLV positivo es rara reportándose únicamente en 4 pacientes 2 en Japón, 1 en Guatemala y 1 en Estados Unidos (1-14-16-17-28) (14-24-25-26-29).

Las máculas hipocrómicas como manifestación de micosis fungoide es frecuente en pacientes con piel IV-V de la clasificación de Fitzpatrick, aunque en ninguna de estas se ha asociado a infección con HTLV (19-20-21-22-23-27)

## REPORTE DE CASO

Mujer de 62 años de edad, de raza negra, detectada mediante una encuesta dermatológica realizada en San Lorenzo provincia de Esmeraldas, que presenta una dermatosis de un año de evolución caracterizada por piel ictiosiforme generalizada, sobre la cual se encuentran máculas y manchas hipocrómicas asimétricas, de límites mal definidos, ligeramente atróficas con superficie en papel de cigarrillo, siendo más numerosas a nivel de extremidades inferiores, acompañadas de prurito y además queratodermia palmoplantar. La paciente no ha recibido ningún tratamiento dermatológico hasta la fecha, examen micológico directo negativo, prueba de inmunoabsorción ligado a enzimas específico para HTLV - I positivo, histopatología: todos los cortes histológicos estudiados muestran epidermis de espesor normal, degeneración vacuolar de la capa basal, epidermotropismo de células mononucleares con núcleos atípicos cerebriformes que forman focos aislados, en la dermis se observa abundante infiltrado superficial mononuclear de tipo liquenoide.

## DISCUSION

La atención dermatológica realizada a 258 pacientes de San Lorenzo (cuya población es de 15.230 habitantes), con diferentes problemas de la piel nos permitió detectar un paciente de raza negra con lesiones sospechosas de LLTA que corresponden a una dermatosis ictiosiforme generalizada con manchas hipocrómicas de superficie en papel de cigarrillo, compatibles con las descritas en pacientes con LLTA de piel tipo IV-V de la clasificación de Fitzpatrick con una histopatología compatible con LLTA y seropositividad para HTLV-I Descartamos pitiriasis versicolor con el examen micológico directo y pitiriasis alba por su distribución e histopatología que serían los diagnósticos diferenciales. Diversos estudios<sup>(9)</sup> han revelado que de los infectados con HTLV sólo un dos por ciento hacen población infectada, posiblemente asintomática o con lesiones neurológicas que no fue el objeto de nuestro estudio. Todo esto nos ha permitido pensar que este tipo de dermatosis: manchas blancas y piel ictiosiforme, muy frecuente en nuestros pacientes de raza mestiza y negra, podría tratarse de una manifestación latente de LLTA.

Dentro de la clasificación de los linfomas cutáneos estaríamos ante un paciente con estadio I B (placas generalizadas cubriendo igual o mayor al 10% de superficie cutánea), aquellas cuyas lesiones están limitadas a la piel, sin adenopatías. Sólo el seguimiento ulterior tanto clínico como histológico nos podrá determinar su evolución definitiva.

Aunque todavía no tenemos un estudio de seroprevalencia en el país, nuestra relación geográfica con áreas endémicas como Tumaco en Colombia y el hallazgo de este caso en una localidad de escasa población (San Lorenzo 15.230 habitantes), nos permite sospechar que también en el Ecuador existen sectores endémicos, obligándonos a sugerir que se considere al LLTA dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con este tipo de lesiones inespecíficas y a sospechar la posible infección por HTLV I-II, especialmente en nuestros pacientes de raza negra o mestiza y con mayor razón si proceden de la provincia de Esmeraldas.

## BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Gessain A., Moulongent I., Flagenl B., et. al. Cutaneous type of adults T cell Leukemia/Lymphoma in a French West Indian Woman. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1990; 23:994-1000.
- 2.- Alarcón T., Hidalgo C., et. al. Paraparesia espástica Tropical en el Ecuador. *Medicina de Hoy.* 1990; 9: 48-53.
- 3.- Tajima K., Tominaga S., Epidemiology of adult T cell Leukemia/lymphoma in Japan. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.* 1985; 115: 52-66.
- 4.- Blattner W., et al., The Human Type C retrovirus, HTLV in Blacks from the Caribbean region, and relationship to adult T-cell leukemia/lymphoma. *Int. J. Cancer.* 1982; 30:257.
- 5.- De - The G., Gessain A., Gazzolo L., et al. Comparative seroepidemiology of HTLV I and HTLV III in the French West Indians and some African Countries. *Cancer. Res.* 1985; 45: 46 33 S - 6S.
- 6.- Harold E. Fisher. Human T-Lymphotropic Virus Types I and II: Screening and Seroprevalence in Blood Donors Current Issues in Transfusion Medicine. 1994; 1-6.
- 7.- Cuba J., Aproximación a las Enfermedades Asociadas a HTLV-I en el Perú. *Folio de Dermatología Peruana* 1995; 6: 21-23.