



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Centro Médico Nacional "La Raza"

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret"

**"Características clínicas y epidemiológicas de Linfomas Cutáneos
de células T de Enero 2012 a Enero 2022"**

TESIS

Para obtener el grado de especialidad en

DERMATOLOGÍA

Presenta

Dra. Ana Sofía Delgado Hernández

Asesores de Tesis

Dra. Nancy Pulido Díaz

Dr. Sócrates Alberto García Gutiérrez

Ciudad de México, Junio 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dra. Nancy Pulido Díaz

Profesora Titular del Curso Universitario en Dermatología UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

Dra. Ana Sofía Delgado Hernández

Residente de tercer año de Dermatología UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

Dr. Sócrates Alberto García Gutiérrez

Médico Hematopatólogo. Adscrito al Servicio de Anatomopatología.
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional
“La Raza”

Con número de folio: R-2022-3501-172.

ÍNDICE:

	Pág.
Resumen	4
Antecedentes	6
Material y métodos	14
Resultados	15
Discusión	19
Conclusiones	23
Referencias bibliográficas	24
Anexos	26

ABSTRACT

MATERIAL AND METHODS: Observational, retrospective, cross-sectional study in patients with cutaneous T lymphomas, treated at the La Raza National Medical Center from April 2012 to January 2022. Patients of both sexes, over 18 years of age, were included. Clinical and histological data from electronic records were collected. Descriptive statistics were performed, and the results were presented in tables and graphs for better understanding. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the La Raza National Medical Center.

RESULTS: 99 cases of cutaneous T-cell lymphomas were found. The most common type was classic mycosis fungoides (34.3%). Most lymphomas affected the head and trunk and presented as patches and plaques. Most lymphomas occurred in early stages of the disease. The lymphoma with the highest recurrence rate was extranodal T/NK cell 6 (85.7%) and the one with the highest mortality was folliculotropic MF (35.3%).

CONCLUSIONS: The percentage of types of cutaneous T-cell lymphomas were, topography, morphology, diagnosis in early stages, was like that reported in the literature. Our recurrence and death rate were low.

KEY WORDS: T lymphoma, Mycosis fungoides, Recurrence, death.

RESUMEN

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Observacional, retrospectivo, transversal, en pacientes con linfomas cutáneos T, atendidos en el centro médico nacional la Raza de abril 2012 a enero 2022. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años. Se recolectaron los datos clínicos e histológicos de los expedientes electrónicos. Se realizó estadística descriptiva y los resultados se presentaron en tablas y gráficas para mayor entendimiento. El estudio fue aprobado por el comité de Ética e Investigación del Centro Médico Nacional La Raza.

RESULTADOS: Se encontraron 99 casos de linfomas cutáneos de células T. El tipo más común fue micosis fungoides clásica (34.3%). La mayoría de los linfomas afectaron cabeza y tronco y se presentaron como parches y placas. La mayoría de los linfomas se presentó en estadios tempranos de la enfermedad. El linfoma que presentó mayor tasa de recurrencia fue el de células T/NK extranodal 6 (85.7%) y el de mayor mortalidad fue la MF foliculotrópica (35.3%).

CONCLUSIONES: El porcentaje de los tipos de linfomas cutáneos de células T, la topografía, morfología, diagnóstico en estadios tempranos, fue similar a lo reportado en la literatura. Nuestra tasa de recurrencia y defunción fue baja.

PALABRAS CLAVE: Linfoma T, Micosis fungoides, Recurrencia, defunción

ANTECEDENTES

Los linfomas cutáneos primarios son enfermedades raras, los cuales ocurren en piel, sin evidencia de enfermedad extra-cutánea al inicio del diagnóstico. Son los segundos linfomas no hodgkin extranodales, después de los linfomas gastrointestinales. Estos son grandes imitadores de otras enfermedades cutáneas, por lo que los médicos dermatólogos deben estar familiarizados en sus diferentes presentaciones clínico-patológicas. La incidencia anual estimada es de aproximadamente 1 : 100,000. De acuerdo con la clasificación de los linfomas cutáneos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (WHO-EORTC), publicada en 2005 y actualizada en 2018, los linfomas cutáneos se dividen en Linfomas de células T y B (1–4).

Los linfomas de células T cutáneos primarios son linfomas no Hodgkin, son los más frecuentes (75-80%). Los más frecuentes son la Micosis fungoides (47-62%) y el Síndrome de Sézary. Sin embargo, existen otras variantes de estos linfomas enlistadas en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del Cáncer (EORTC) (5–7).

La micosis fungoide corresponde al 60% de todos los linfomas cutáneos T; le siguen las enfermedades linfoproliferativas CD30+ cutáneas primarias (30%), las cuales incluyen: papulosis linfomatoide y el linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes (5,6,8,9).

Otros tipos de linfomas cutáneos primarios, que abarcan <10% de los tumores de células T restantes, incluyen: Linfoma de células T similar a paniculitis subcutánea, linfoma de células T cutáneo primario gamma-delta, enfermedades linfoproliferativas de células T cutáneas primarias CD4+ pequeñas/medianas, Linfoma acral de células T CD8+ cutáneo primario y linfoma de células T cutáneo primario epidermotrópo citotóxico agresivo CD8+ (5,6,9,10).

Micosis fungoides y Síndrome de Sézary.

Las micosis fungoides (MF) es el linfoma cutáneo de células T más común, abarca 52-62% de los casos. Clínicamente se presenta con una o varias de las siguientes fases: parches, placas o tumoral. La mayoría de los pacientes se presentan con parches en áreas no fotoexpuestas. La mayoría son asintomáticas y pasan desapercibidas hasta que se presenta el prurito. En los hallazgos histopatológicos se puede encontrar los siguiente: población de linfocitos atípicos epidermotrópicos con re-arreglo linear de la zona de la membrana basal, fibrosis superficial, 20-30% de los casos presentan microabscesos de Pautrier (2).

El síndrome de Sézary se considera la variante leucémica de la Micosis Fungoides. Se presenta en la clínica con eritrodermia, adenomegalias y con presencia de células T malignas en sangre periférica (Células de Sézary) (2).

Existen 3 variantes diferentes a la forma clásica:

1.- Las micosis fungoides foliculotrópica se presenta en el 18% de los casos de MF. Se caracteriza por un infiltrado neoplásico foliculotrópico, con o sin eosinofilia, localizado con mayor frecuencia a cabeza y cuello, con preferencia en la zona de las cejas, puede tener placas alopécicas, pápulas foliculares agrupadas, lesiones acneiformes o quistes; se acompaña de prurito y en ocasiones con infección bacteriana secundaria. Puede presentarse como una erupción acneiforme, semejando acné vulgar o rosácea, tiene peor pronóstico que las micosis fungoides clásica, con una tasa de supervivencia a los 10 años del 26%, comparada con el 61-84% de la MF (2).

2.- La variante tipo reticulosis pagetoide se presenta con células CD8+ y CD30+, epidermotropismo, con fenotipo citotóxico. Tiene predilección en zonas acrales, mayor en palmas y plantas. Se puede presentar en parches y/o placas con o sin ulceración, de color rojo o con nódulos verrugosos. Se presenta en niños y adultos jóvenes. Tiene muy buena respuesta a la radioterapia (2).

3.- Variante de piel laxa granulomatosa: Se presenta con parche y/o placas profundas, rojizas, en la porción proximal de los brazos y en la región medial de los muslos. Con el tiempo, estas lesiones se vuelven laxas y péndulas. En la

histopatología se presenta inflamación granulomatosa profunda y destrucción de las fibras elásticas, acompañado de un infiltrado linfocitario atípico de células T, con otras características de MF clásica tanto en la histopatología como en la inmunohistoquímica (11).

Entre otras variantes menos comunes se encuentran la forma intersticial de la MF, la cual se caracteriza de un infiltrado en dermis alargado y lineal de linfocitos que separan las fibras de colágena, en la mayoría de las ocasiones se presenta en la totalidad de la dermis. En la inmunohistoquímica se identifica un fenotipo citotóxico. En la clínica se observan parches o placas, difícil de diferenciar con la MF clásica, por lo que se considera una variante meramente histológica (2).

Este tipo de linfoma puede virar a una forma más agresiva CD30+, conocida como Transformación de Micosis Fungoides de Células grandes, la cual se define con la presencia de más del 25% de células grandes en el infiltrado, difuso o en forma de nódulos (las células grandes se definen como 4 veces más el tamaño normal de los linfocitos normales) (2).

El estadiaje se realiza por medio de la clasificación TNM el cual va desde IA al IVB (2).

Linfomas CD30+ cutáneos primarios.

Los linfomas cutáneos primarios CD30+ por lo general son indolentes, incluyen la papulosis linfomatoide, el linfoma anaplásico de células grandes y una variante borderline. Las células de estos linfomas son atípicas, expresan en su membrana el receptor CD30+ o el antígeno Ki-1, los cuales se involucran en la respuesta inmune de los linfocitos T a través de las vías de señalización con regulación a la baja. Histológicamente, estos tumores son casi idénticos, se distinguen por sus características clínicas y el curso de la enfermedad (5,6).

Papulosis linfomatoide: el segundo linfoma cutáneo primario más frecuente (12%); tiene una incidencia de 1.2-1.9 casos por 1, 000, 000 de personas, con una mediana de edad de 50 años, con ligero predominio en hombres. Tienen una tasa de supervivencia a 5 años del 100%. Se caracteriza por pápulas eritematosas o nódulos, de crecimiento progresivo, con regresión espontánea en semanas

posteriores a su aparición. Estas lesiones son asintomáticas o pueden acompañarse de ligero prurito. Pueden estar agrupadas, aisladas o generalizadas, variables en número y en la frecuencia de aparición. Dentro de otras variantes morfológicas se encuentran: tipo placa, foliculares, ampollosas, pustulares, escamosas/costrosas, ulcerativa (sobre todo en el tipo E), cicatrices varioliformes o hiperpigmentadas. Estos tumores se pueden presentar con otros linfomas cutáneos secundarios en el 15.5-52% de los casos, principalmente con Micosis fungoides (61%) o el linfoma anaplásico de células T grandes (26%) y con linfomas sistémicos como el linfoma de Hodgkin en un 4-12% de los casos. Se han reconocido 5 tipos histológicos (A-E) y un fenotipo genético con re-arreglo del cromosoma 6p25.3. Puede estar presente más de un subtipo en un mismo paciente, sin tener cambios en el pronóstico o tratamiento de estos pacientes. El patrón más frecuente es el A (histiocítico) en un 75-80% de estos pacientes, el cual se caracteriza de linfocitos grandes CD30+, rodeados de histiocitos abundantes, neutrófilos y eosinófilos en dermis. Estos linfocitos presentan fenotipo T cooperador (CD3+, CD4+, CD45RO+), con pérdida de los marcadores pan T (CD2, CD3, CD5, CD7). En el tipo B hay epidermotropismo y es similar a la MF. En el tipo C, se presentan vainas de células CD30+ y se asemeja al linfoma anaplásico de células T grandes. El tipo D, presenta gran expresión de CD8+ y fenotipo citotóxico (Betaff1+, CD3+, CD4-, CD8+ y TIA-1, perforina y Granzima B), con linfocitos pleomórficos de tamaño mediano en epidermis con patrón similar a la reticulosis pagetoide, en la clínica es similar a la presentación clásica de la PL y el tipo E es angiocéntrico, el cual inicia con lesiones papulo-nodulares, con posterior formación de úlceras crateriformes, con úlceras necróticas hemorrágicas y escaras, con posterior remisión de las lesiones dejando cicatriz en su lugar, en la histología se presenta con infiltrado dérmico angiocéntrico de células pleomórficas pequeñas y medianas y vasos sanguíneos subcutáneos; puede presentar trombosis. En la inmunohistoquímica, además de ser CD30+, se presenta con CD8 + y expresión variable de TIA-1 (5,6). Existe un subtipo F en el cual hay gran daño folicular (2).

Linfoma anaplásico de células T grandes: Tiene dos variantes: la primaria cutánea y la sistémica, con o sin kinasa de linfoma anaplásico positiva (ALK +). La variante cutánea, se limita a la piel y es ALK-, Ocorre en la sexta década de la vida, con ligero predominio en hombres, puede estar asociado con algún tipo de inmunosupresión (VIH, postrasplantados). Presenta crecimiento rápido, clínicamente se presenta como nódulos solitarios o agrupados, con o sin ulceración, estos son más grandes que los presentados en la papulosis linfomatoide, 20% son multifocales, con predilección en cabeza, cuello y extremidades, 10-42% presentan regresión parcial o completa. Puede tener diseminación extra-cutánea en el 10-15% de los casos, sobre todo a nivel ganglionar. Se recomienda determinar el estadio tumoral por medio de tomografía computada (TAC) o por tomografía con emisión de positrones (PET/CT) para excluir diseminación. En la histología se presenta con un infiltrado con patrón nodular o multinodular de linfocitos atípicos grandes en dermis y en algunas ocasiones en la parte superior del tejido celular subcutáneo. Los linfocitos contienen citoplasma eosinofílico o ambofílico con núcleos irregulares en herradura o en forma de riñón. 75% de las células deben expresar CD30+, puede haber expresión de CD4, pero tiene que presentar CD8+, existen casos raros con doble negativo, CD4 y CD8-, con fenotipo citotóxicos (granzima, TIA-1, perforina) en el 50% de los casos. CLA es positivo, EMA es negativo en las formas cutáneas primarias (5,6). Presentan una tasa de supervivencia del 90% (2).

Linfoma de células T similar a paniculitis subcutánea.

Este tipo de tumor tiene predominio en mujeres jóvenes, con una mediana de 36 años, 20% se han reportado en menores de 20 años. Clínicamente se presenta como una paniculitis subcutánea, con placas induradas y nódulos, en extremidades inferiores, algunas veces hay ulceración con posterior desarrollo de lipoatrofia y calcificación. 60% de los casos presentan síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso), con o sin citopenias y transaminasemia. Se ha asociada con autoanticuerpos y enfermedades autoinmunes, tales como: lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, dermatomiositis, entre otros. En la

histología, se presenta como paniculitis lobular, de linfocitos atípicos de pequeño a mediano tamaño con núcleo hipercromático irregular; estos forman un anillo alrededor de los adipocitos, hay necrosis grasa, cariorrexis y citofagocitosis. Las células expresan fenotipo CD8+, granzima, TIA-1 y perforina, beta F1, son negativos a CD30, TCR gamma/delta, CD56 y EBV (5,6).

Desórdenes linfoproliferativos de células T pleomórficas de mediano a pequeño tamaño primario cutáneo CD4+.

En una enfermedad indolente, se presenta con mayor frecuencia en adultos de más de 50 años. Clínicamente se caracteriza por pápulas, nódulos o placas, eritematosas, solitarias, con predilección por la cabeza y el cuello. Las lesiones multifocales son raras. Corresponde al 2-3% de los linfomas cutáneos. En la histopatología se encuentra un infiltrado nodular o difuso de linfocitos pleomórficos de tamaño mediano a pequeño en dermis y en ocasiones hasta tejido celular subcutáneo. Se puede presentar epiteliotropismo focal e infiltrado reactivo de células B, células plasmáticas y/o histiocitos. Expresa CD3+, CD4+, CD8-, CD30 – y es negativo para marcadores citotóxico (5,6). Con un índice de proliferación Ki67 de menos del 30%, con ocasional presencia de linfocitos grandes. A veces presenta zona de Grenz. Puede presentarse con epidermotropismo focal y con extensión a tejido celular subcutáneo y grasa. Se han reportado dos variantes: granulomatosa y foliculotropa. Puede presentar otros marcadores positivos, tales como: PD-1, Bcl-6, CXC ligando de quimosina 13, co-estimulador inducible, CD10. Presenta infiltrado reactivo de linfocitos B con expresión de CD20 en el 10-60% del infiltrado (2).

Linfoma de células T CD8+ acral cutáneo primario.

Es indolente, se presenta en adultos mayores de 50 años con pápulas, placas o nódulos solitarios, en orejas o sitios acrales. Las lesiones multifocales son raras. Son de crecimiento lento. En la histología se presenta un infiltrado dérmico difuso y algunas ocasiones hasta tejido celular subcutáneo de células neoplásicas, blandas, de mediano tamaño con núcleo irregular y citoplasma pequeño. Se

presentan con zona de Grenz, sin observar epidermotropismo. Expresan CD3+, CD4-, CD8+, CD30-, a veces CD68+ (con patrón puntiforme), TCR- beta F1, TIA-1+. Los marcadores citotóxicos son negativos, igual que EBV; cuentan con Ki-67 con baja proliferación (<10%) (5,6). La progresión a enfermedad sistémica es extremadamente rara (2).

Linfoma de células T citotóxico epidermotrópico agresivo CD8+ cutáneo primario. Este tipo de linfoma es muy agresivo, afecta con mayor frecuencia a hombres con una mediana de edad de 77 años. Se presenta con progresión rápida, con presencia de nódulos o tumores o con parches y placas hiperqueratósicas anulares con ulceración y necrosis temprana. Se puede preceder con una erupción abrupta psoriasiforme o eczematosa. La piel genital y la mucosa oral puede estar afectada; además, puede presentar diseminación extra-cutánea, pero con poca predilección por nódulos linfáticos y médula ósea. En la histología hay infiltrado linfoide epidermotrópico, con pagetosis dispersa y agregados epidérmicos que semejan microabscesos de Pautrier. Los linfocitos son de gran tamaño e invaden la epidermis de forma densa. Hay hiperqueratosis y/o acantosis cuando se presenta con pápulo-escamas tempranas, con un extenso infiltrado de la dermis profunda o del tejido celular subcutáneo. Es común encontrar invasión o destrucción de las estructuras vasculares y anexos. Expresan CD8+, con marcadores citotóxicos como granzima B+, perforina y TIA-1+. La mayoría de los casos retienen CD7. Hay alta proliferación de Ki-67. EBV y CD56 son negativos (5,6).

Linfoma de células T gamma-delta cutáneo primario.

Es extremadamente raro, representa el 1% de los linfomas cutáneos. Es un tumor muy agresivo, con una tasa de supervivencia a 5 años del 20-30% y con predilección en la sexta década de la vida. Se presenta con múltiples placas o nódulos profundos en las extremidades inferiores. Las lesiones pueden semejarse a la paniculitis con progresión evolución a úlceras necróticas. También puede aparecer como placas escamosas con posterior ulceración. Las lesiones pueden

ser solitarias/localizadas o generalizadas, con o sin afección a mucosas. Es común la presencia de síntomas B. En la histología hay un patrón heterogéneo, no hay un estándar preciso de detección de los marcadores de cadenas gamma-delta para el diagnóstico de esta entidad. Se presentan tres patrones: subcutáneo, dérmico y epidermotropo. Puede presentarse angioinvasión y/o angionecrosis, con o sin infiltración a tejido adiposo. Puede presentar linfocitos cerebriformes o en anillo, epidermotropismo o infiltrado similar al encontrado a la reticulosis pagetoide. Se observa con frecuencia apoptosis, con macrófagos envolviendo linfocitos u otros tipos celulares. Los linfocitos son de tamaño mediano o grande; en ocasiones presentan doble negativo de marcadores T CD4-, C8- (5,6). Los linfocitos atípicos expresan CD3+, TCR-gamma+, TCR-delta+, CD4-, BF-1- y CD8-, con expresión variables de CD30. Es importante realizar la detección directa de los receptores de células T gamma o delta sobre el tejido (2).

Linfoma extranodal de células NK/T, tipo nasal.

Es un tipo agresivo de linfoma asociado a la infección por el virus Epstein-Barr, de tipo linfoma no Hodgkin, común en Asia, Centro y Sudamérica, con una frecuencia estimada de 10% de los linfomas no Hodgkin. Afecta con mayor frecuencia la nasofaringe y el tracto aerodigestivo superior. La piel es el órgano secundario más afectado y es el principal sitio de la enfermedad en el 10% de los casos. Clínicamente se presenta con placas o tumores ulceradas, eritemato-violáceas, en tronco y extremidades. En la histología se encuentra un infiltrado linfoide atípico perivascular, con expresión de CD4, CD56 y EBER-ISH (5,6).

Linfoma de células T angioinmunoblástico.

Corresponde al 15-20% de los linfomas de células T periféricos, los cuales surgen de Linfocitos T CD4+ cooperadores foliculares. La piel se ve afectada en el 50% de los casos. Se presenta con máculas, pápulas o erupciones nodulares o placas. Es positivo a EBV. En la histología, hay un sutil infiltrado de linfocitos atípicos en la piel, el inmunofenotipo es similar a los desórdenes linfoproliferativos de células T

CD4+ de pequeño a mediana tamaño primarios cutáneos. Sin embargo, el diagnóstico de este linfoma es de exclusión (5,6).

Linfoma de células T periférico no especificado.

Es un diagnóstico de exclusión, abarca 2% de todos los casos de linfomas de células T cutáneos primarios. Clínicamente, tiene un amplio espectro morfológico, por lo que realizar el diagnóstico se vuelve un reto. Histológicamente presentan fenotipo de células T CD4+ aberrantes (lo más frecuente) o T CD8+, con pérdida variable de los antígenos de células T y CD30 negativo en su mayoría. Presentan pobre pronóstico a pesar del tratamiento con quimioterapia, con una tasa de supervivencia a los 5 años del 20% (5,6).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, en pacientes con linfomas cutáneos de células B del servicio de dermatología del Centro Médico Nacional La Raza de abril 2012 – enero 2022. Se incluyeron los expedientes de pacientes de ambos sexos (hombres y mujeres), mayores de 18 años, con diagnóstico clínico e histopatológico de linfoma cutáneo de células B, primario o secundario. Se buscaron los expedientes electrónicos de cada uno de los pacientes para incluir aquellos que cuenten con los criterios de inclusión para este estudio.

Se identificaron las variables de estudio del sistema electrónico ECE (<http://ece.imss.gob.mx/ece/pages/acceso/login.jsf>). Se vaciaron los datos en una hoja de captura de datos y en el programa EXCEL y se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25.. Se realizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, medias y desviación estándar, mediana con rangos intercuartiles (q1-q3), según la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff. Se realizaron tablas y gráficas para mayor exposición de los resultados.

RESULTADOS

Se incluyeron 99 pacientes con linfomas T cutáneos, con una media de edad de 57.47 ± 1.63 años. La mayoría fueron mujeres 60 (60.6%). Dentro de las comorbilidades, las más comunes fueron hipertensión arterial sistémica 21 (21.2%) y diabetes mellitus tipo 2 17 (17.2%). El linfoma T cutáneos más frecuente fue la micosis fungoides clásica 34 (34.3%), seguido de la miosis fungoides foliculotrópica 17 (17.2%), con tiempo de evolución de 31.3 meses (15-46), el tronco fue el sitio más afectado 42 (42.4%), seguido de la cabeza 21 (21.2%); la mayoría se presentó como placas 26 (26.3%) y nódulos 25 (25.3%). El estadio más frecuente en estos pacientes fue IA 30 (30.3%). El tratamiento más empleado para esta enfermedad fue la quimioterapia más radioterapia 46 (46.5%). Se encontró una tasa de recurrencia de la enfermedad de 25.3% y de defunción de 18.2 % (Tabla 1).

Con respecto a cada uno de los linfomas T cutáneos.

Micosis Fungoides (MF) clásica

La mayoría fueron mujeres 24 (79.6%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica en la misma proporción 6 (17.6%). Con respecto a la topografía, la mayoría se presentó en tronco 16 (47.1%), seguido de miembros inferiores 14 (41.2%). La morfología más frecuente fue en placas 16 (47.1%). Ninguno de los casos falleció por el tumor. El resto de las características se observa en la tabla 2.

MF foliculotrópica

La mayoría fueron mujeres 11 (64.7%). La comorbilidad más común fue la diabetes mellitus tipo 2 4 (23.5%). La mayoría se presentó en cabeza 14 (82.4%). La morfología más frecuente fue en mancha, placa, úlcera en la misma proporción

4 (23.5%). Presentaron una tasa de mortalidad de 35.3%, relacionada a complicaciones de la enfermedad. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Reticulosis pagetoide

Los dos casos fueron mujeres. Solo un caso presentó diabetes mellitus tipo 2. Un caso se presentó en tronco y el otro en miembros superiores, en forma de mancha y parche. Ninguno falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Piel laxa granulomatosa

El único caso fue mujer, sin comorbilidades, el cual se presentó en tronco, con nódulos, la cual falleció por complicaciones secundarias al tumor. El resto de las características se observa en la tabla 2.

MF con transformación a células T grandes

Los 3 casos fueron hombres. Un caso presentó enfermedad renal crónica y el otro epilepsia. La mayoría afectó el tronco 2 (66.7%). Todos se encontraron ulcerados. Se encontró una tasa de mortalidad de 66.7 %. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma anaplásico de células T grandes

La mayoría fueron mujeres 8 (66.7%). La mayoría presentó hipertensión arterial sistémica 4 (33.3%). La mayoría de los casos se presentó en tronco 8 (66.7%). La mayoría se presentó en fase de mancha 7 (58.3%). Se encontró una tasa de mortalidad de 16.7%. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Papulosis linfomatoide

La mayoría fueron mujeres 6 (75%). La mayoría presentó diabetes mellitus tipo 2 2 (25%). 3 (37.5%) afectaron el tronco. La mayoría se presentó en fase de mancha 4 (50%). Ninguno falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T de tipo paniculitis

Los dos casos fueron mujeres, sin comorbilidades. Un caso afectó el miembro superior y el otro miembro inferior, presentándose como placa y nódulo, respectivamente. Ninguno falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T/NK extranodal

La mayoría fueron hombres 5 (71.4%). La mayoría presentó hipertensión arterial sistémica 3 (42.9%). Se presentó en cabeza, miembros superiores e inferiores en la misma proporción 2 (28.6%). La mayoría se presentó como nódulos 3 (42.9%). Se encontró una tasa de mortalidad de 4 (57.1%). El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T periférico cutáneo primario no especificado

La mayoría fueron mujeres 2 (66.7%). Todos tuvieron hipertensión arterial. La mayoría se presentaron en miembros inferiores 2 (66.7%). La morfología fue en placa, nódulo y úlcera, en la misma proporción 1 (33.3%). 2 de los casos fallecieron. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T angio-inmunoblástico

El único caso fue hombre, sin comorbilidades, con afección a tronco, de forma ulcerada, la cual mejoró con los tratamientos empleados, sin presentar recurrencia de la enfermedad. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T citotóxico epidermotrópico agresivo CD8+

La mayoría fueron hombres 3 (75%). Solo un caso presentó hipertensión arterial. La mayoría con afección a tronco 2 (50%), presentación en placas 2 (50%). Solo 1 falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma de células T CD8+ acral

Todos los casos fueron hombres 3 (100%). Solo dos presentaron comorbilidades 1 con hipertensión arterial y otro con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2 de

ellos con afección en cara (66.7%), con lesiones ulceradas 2 (66.7%). Ninguno falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

Linfoma CD4+ de mediano a pequeño tamaño

Encontramos un hombre y una mujer. La diabetes mellitus se presentó solo en un paciente. Todos se presentaron en tronco, con lesiones ulceradas. Ninguno falleció. El resto de las características se observa en la tabla 2.

DISCUSIÓN

Se encontraron 99 casos de linfomas cutáneos de células T. El tipo más común fue las micosis fungoides clásica. La mayoría de los linfomas afectaron cabeza y tronco y se presentaron como parches y placas. La mayoría de los linfomas se presentó en estadios tempranos de la enfermedad. El linfoma que presentó mayor tasa de recurrencia fue el de células T/NK extranodal y el de mayor mortalidad fue la MF foliculotrópica.

Pruksaeakanan y cols, realizaron un estudio para determinar las características epidemiológicas y clínicas de los linfomas cutáneos primarios en un Hospital de tercer nivel en Tailandia por un periodo de 10 años. Se incluyeron un total de 137 pacientes con diagnóstico de linfomas cutáneos de 2008-2017, de los cuales 134 (97.8%) fueron de células T. El tumor más común fue las micosis fungoides 93 (67.9%), de los cuales, la mayoría fueron mujeres (58.5%), con una mediana de edad de 34.5 años (1-80) y una mediana de edad al diagnóstico de 40 años (1-83). 79 (84%) de los casos fueron diagnosticados en estadios tempranos de Micosis Fungoides (Estadio IA-IIA). La variante clínica más común fue la hipopigmentada (42.6%), la mayoría en mujeres (25 casos), con una mediana de edad al inicio de las lesiones de 21 años y de 49.5 años al diagnóstico, 100% se presentó como parches, con predominio en tronco 31 (77.5%). La variante clásica se presentó en 36 pacientes (38.3%), con mayor afección en mujeres (21 casos), con una mediana de edad al inicio de las lesiones de 49 años y al diagnóstico de 49.5 año, la clínica más frecuente fue en parches 25 (69.45), seguido de placas 23 (63.9%), con predominio en tronco 30 (83.3%). Otras variantes encontradas fueron la poiquilodérmica 8 (8.5%), foliculotrópica 5 (5.3%) y eritrodérmica 4 (4.3%). Los sitios más afectados fueron el tronco y las extremidades inferiores (79.8%), seguido de las extremidades superiores (72.3%). El síndrome de Sézary se encontró solo en 1 paciente y fue incluido en la casuística de los pacientes con Micosis fungoides. 5 (3.6%) fueron linfomas anaplásicos de células grandes CD30+, con predominio en hombres (3 casos), con una mediana de edad de 51 años (11-66) y una mediana

de edad al diagnóstico de 51 años (11-66). Se encontró dos pacientes con papulosis linfomatoide (1.5%), 1 hombre y una mujer, con 52.5 años como mediana de edad (42-63), misma media de edad al diagnóstico. 29 (21.2%) de los casos fueron linfomas de células T tipo paniculitis, con predominio en mujeres (18 casos), con una mediana de edad de 31 años (9-61) y una mediana de edad al diagnóstico de 31 años (11-61). Solo se encontró un linfoma de Células NK/T extranodal, tipo nasal en un hombre de 54 años. 2 (1.5%) fueron tumores gamma-delta, ambos en mujeres, con una mediana de edad de 41.5 años (13-70) y 1 (0.7%) fue un linfoma periférico de células T no especificado en un hombre de 58 años. La morfología más común de los linfomas anaplásicos de células T grandes fueron los nódulos 4 (80%), con mayor afección en tronco 4 (80%). La forma clínica más frecuente de la papulosis linfomatoide fueron las pápulas y úlceras (100%), con predilección en tronco y extremidades superiores (100%). La morfología más frecuente de los linfomas T tipo paniculitis fueron los nódulos 23 (79.3%), con predilección en las extremidades inferiores 25 (86.2%), seguido del tronco 22 (75.9%). El caso de linfoma de células T/NK extranodal se presentó con nódulos y úlceras en las extremidades superiores. Los dos casos de los linfomas gamma-delta se presentaron como placas, nódulos y úlceras, con predominio en tronco y extremidades superiores. El caso del linfoma periférico de células T no especificado se presentó con pápulas y nódulos con extensión a todos los segmentos corporales (1). En nuestro estudio, también presentó con mayor frecuencia la MF clásica, la distribución topográfica de nuestros casos fue similar, al igual que la morfología de las lesiones. Sin embargo, presentamos mayor número de casos de tumores de células T diferentes a la MF que lo mencionado por los autores previos.

Hamada y cols realizaron un estudio en Japón similar al anterior de 2007-2011, en el cual se encontraron 1733 casos de linfomas cutáneas, de los cuales 85.7% fueron de células T, con una mediana de edad al diagnóstico de 64 años. 43.3% de los casos fueron micosis fungoides, 1.9% síndrome de Sézary, 16.7%, Linfoma de células grandes anaplásico 7.8%, papulosis linfomatoide 3.8%, tipo paniculitis 2%, linfoma de células T/NK extranodal 2%, tipo gamma-delta 0.3%,

Epidermotropo agresivo citotóxico CD8+ 0.3%, de pequeño a mediano tamaño CD4+ 1.4%, tipo periférico no especificado 5.8% (12). En otro estudio realizado en Korea por Lee y cols, de 2009-2013, se reportaron 333 casos, de los cuales 88% fueron por células T, con una mediana de edad de 47 años; 49% de los casos fueron micosis fungoides, 11.1% fueron linfomas anaplásicos de células T grandes, 9.6% fueron papulosis linfomatoide, 4.5% fueron tipo paniculitis subcutánea, 5.4% linfomas de células T/NK extranodal tipo nasal, 1.8% tipo gamma-delta, 0.6% fueron epidermotropos citotóxicos, agresivos CD8+, 2.7% fueron del tipo de células pequeñas-medianas CD4+, 7.8% fueron del tipo periférico no especificado (13). Lo anterior similar a nuestra casuística.

En China se estudiaron 850 casos de linfomas cutáneos primarios, de 2010-2018, por Shi y cols, con una mediana de edad de 44 años, de los cuales 94.8% fueron linfomas de células T. Las micosis fungoides se presentó en 65.4%, 3% fueron anaplásicos de células grandes, 8% fueron papulosis linfomatoide, 2% fueron tipo paniculitis subcutánea, 5% fueron linfomas de células T/NK extranodal tipo nasal (14). Como lo encontrado en nuestro estudio.

En Taiwan, Lee y cols, realizaron un estudio de 2001-2010, en el que encontraron 91 casos de linfomas cutáneos primarios, de los cuales 92.3% fueron de tipo T, con una mediana de edad de 50 años. La micosis fungoide se presentó en el 57.1% de los casos. 2.2% fueron síndrome de Sézary, 7.7% fueron anaplásicos de células T grandes, 14.3% fueron papulosis linfomatoide, 2.2% fueron tipo paniculitis subcutánea, 4.4% fueron de células T/NK extranodal tipo nasal, 2.2% fueron de linfocitos medianos-pequeños CD4+ y 1.1% fueron tipo periférico no especificado (15). Similar a nuestros casos.

Naeini y cols, encontraron 99 casos de linfomas cutáneos, en Irán, de 2003-2013, 96% fueron de células T, con una mediana de edad de 36 años. 86.9% fueron micosis fungoides, 4% síndrome de Sézary, 2% anaplásicos de células T grandes, 1% papulosis linfomatoide, 1% linfoma de células NK/T tipo nasal y 1% periférico no especificado (16). Lo anterior corresponde a lo encontrado en nuestro estudio.

Yong-Pyo Lee y cols, realizaron un estudio prospectivo, multinacional y multicéntrico en Asia de 2016-2019, para determinar la incidencia y la respuesta al

tratamiento de los diferentes tipos de linfomas T cutáneos. Se estudiaron 37 pacientes, con una mediana de edad de 56 años (16-84), la mayoría fueron hombres 20 (54.1%), la mayoría presentaron un estadio III-IV 20 (54.1%), 9 (24.35) presentaron síntomas B. Con respecto a los tipos de linfomas cutáneos T, 13 (35.1%) fueron linfomas anaplásicos de células T grandes, 9 (24.3%) linfoma de células T similar a Paniculitis subcutánea, 5 (13.5%) Micosis fungoides, 4 (10.8%) subtipos raros de linfomas de células T periféricos cutáneos primarios, 3 (8.1%) fueron desórdenes linfoproliferativos de células T y 3 (8.1%) Síndrome de Sézary. 31 (83.8%) presentaron invasión a médula ósea (17). Con respecto a los tipos de linfomas T, encontramos resultados similares; sin embargo, el estadio de nuestro estudio fue en su mayoría tempranos (IA, IIA).

Fujii K y cols, realizaron un estudio para determinar la incidencia de los casos de Linfomas cutáneos en Japón de 2012-2017. Se encontraron 2,090 casos de linfomas cutáneos, de los cuales 1,609 (77%) fueron de células T. De estos 1,003 (62.3%) fueron micosis fungoides (592 casos hombres, con una mediana de edad de 65 años), 24 (1.5%) Síndrome de Sézary (18 hombres, con una mediana de edad de 66 años), 126 (7.8%) fueron linfomas anaplásicos de células grandes (76 fueron hombres, con una mediana de edad de 62 años), 66 (4.1%) papulosis linfomatoide (42 hombres, con una mediana de edad de 55.5 años), 5 (0.3%) otros tipos de linfomas T CD30+ (3 hombres y dos mujeres), 42 casos de linfomas de células T similar a paniculitis subcutánea (24 mujeres, con una mediana de edad de 33.5 años), 105 (6.5%) linfomas T periféricos no especificados (69 hombres, con una mediana de edad de 72 años), 37 (2.3%) Linfomas T CD4 de pequeño-mediano tamaño (23 hombres, con una mediana de edad de 62 años), 5 (0.3%) linfomas T gama-delta (4 mujeres y 1 hombre, con una mediana de edad de 65 años), 15 (0.9%) Linfoma T citotóxico, epidermotropo agresivo CD8+ (9 hombres, con una mediana de edad de 69 años), 44 (2.7%) Linfoma T/NK extranodal tipo nasal (21 hombres y 23 mujeres, con una mediana de edad de 71 años), el resto otros linfomas no especificados de células T (18). Similar a lo reportado por nosotros.

CONCLUSIONES

El porcentaje de los tipos de linfomas cutáneos de células T fueron similares a lo encontrado en la literatura, con la misma proporción de afección en tronco y cabeza. Al igual que en otros estudios, la mayoría se presentó como parches y placas; y en estadios tempranos de la enfermedad. En nuestra población la tasa de recurrencia y defunción fue baja, se encontró mayor tasa de estas dos variables en los otros tipo de linfomas T no MF, lo cual pone de manifiesto la poca experiencia clínica e histológica para identificar estos tumores.

Este estudio permitirá tener un campo de conocimiento mayor del comportamiento clínico de los linfomas cutáneos T en nuestra población.

REFERENCIAS:

1. Pruksaeakanan C, Teyateeti P, Patthamalai P, Thumrongtharadol J, Chairatchaneeboon M. Primary Cutaneous Lymphomas in Thailand: A 10-Year Retrospective Study. *BioMed Research International*. 2021;2021.
2. Cocks M, Porcu P, Wick MR, Gru AA. Recent Advances in Cutaneous T-cell Lymphoma: Diagnostic and Prognostic Considerations. *Surgical Pathology Clinics*. 2019 Sep 1;12(3):783–803.
3. Vermeer M. Epidemiology of cutaneous lymphoma. *Br J Dermatol* [Internet]. 2021;184(6):993–4. Available from: <https://doi.org/10.1080/09546634.2020>.
4. Willemze R, Cerroni L, Kempf W, Berti E, Facchetti F, Swerdlow SH, et al. The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. *Blood*. 2019 Apr 18;133(16):1703–14.
5. Oh Y, Stoll JR, Moskowitz A, Pulitzer M, Horwitz S, Myskowski P, et al. Primary cutaneous T-cell lymphomas other than mycosis fungoides and Sézary syndrome. Part II: Prognosis and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2021; 85:1093–106.
6. Stoll JR, Willner J, Oh Y, Pulitzer M, Moskowitz A, Horwitz S, et al. Primary cutaneous T-cell lymphomas other than mycosis fungoides and Sézary syndrome. Part I: Clinical and histologic features and diagnosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2021 Nov 1;85(5):1073–90.
7. Mehta-Shah N, Horwitz SM, Ansell S, Ai WZ, Barnes J, Barta SK, et al. Primary cutaneous lymphomas, version 2.2020. Featured updates to the NCCN guidelines. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2020 May 1;18(5):522–36.
8. Oschlies I, King RL, Dotlic S, et al. The clinico-pathological spectrum of primary cutaneous lymphoma other than mycosis fungoides/Sezary syndrome. *Virchows Arch*. 2020;476(5):683-699.

9.

ANEXOS:

Anexo 1. Tablas y gráficas

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con linfomas T cutáneos		99
Población (n)		99
Edad (años)		57.47 ± 16.29
Sexo		
	Hombre	39 (39.4%)
	Mujer	60 (60.6%)
Comorbilidades		
	Ninguna	53 (53.5%)
	Diabetes mellitus tipo 2	17 (17.2%)
	Hipertensión arterial sistémica	21 (21.2%)
	Enfermedad renal crónica	1 (1%)
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4 (4%)
	Epilepsia	2 (2%)
	Esclerosis múltiple	1 (1%)
Tiempo de evolución (meses)		35 (15-46)
Topografía		
	Cabeza	21 (21.2%)
	Cuello	2 (2%)
	Tronco	42 (42.4%)
	Extremidades superiores	10 (10.1%)
	Extremidades inferiores	24 (24.1%)
Morfología		
	Mancha	19 (19.2%)
	Parche	11 (11.1%)
	Placa	26 (26.3%)
	Nódulo	25 (25.3%)
	Úlcera	18 (18.2%)
Estadio		
	IA	30 (30.3%)
	IIA	11 (11.1%)
	IIB	15 (15.2%)
	IIIB	18 (18.2%)
	IVA1	14 (14.1%)
	IVB	11 (11.1%)
Tipo de linfoma de células T		
	MF Clásica	34 (34.3%)
	MF foliculotrópica	17 (17.2%)
	Reticulosis pagetoide	2 (2%)
	Piel laxa granulomatosa	1 (1%)
	MF con transformación a células T grandes	3 (3%)
	Linfoma anaplásico de células T grandes	12 (12.1%)
	Papulosis linfomatoide	8 (8.1%)
	Linfoma de células T tipo paniculitis	2 (2%)
	Linfoa de células T/NK extranodal	7 (7.1%)
	Linfoma de células T periférico no especificado	3 (3%)
	Linfoma de células T angioinmunoblástico	1 (1%)
	Linfoma T citotóxico epidermotrópico agresivo CD8+	4 (4%)
	Linfoma de células T CD8+ acral	3 (3%)
	Linfoma CD4+ de mediana a pequeños tamaño	2 (2%)
Tratamiento		
	Quimioterapia	38 (38.4%)

Quimioterapia + radioterapia	46 (46.5%)
Quimioterapia + radioterapia + fototerapia	10 (10.1%)
Quimioterapia + radioterapia + trasplante hematopoyético	5 (5.1%)
Recurrencia	25 (25.3%)
Defunción	18 (18.2%)

Los resultados se presentan en frecuencias (%), media±DS, mediana (q1-q3).
MF: micosis fungoides.

	MF Clásica N=34	MF foliculotrópica N=17	Reticulosis pagetoide N=2	Piel laxa granulomatosa N=1	MF con transformación a células T grandes N=3
Sexo					
Hombre	10 (29.4%)	6 (35.3%)	0	0	3 (100%)
Mujer	24 (70.6%)	11 (64.7%)	2 (100%)	1 (100%)	0
Comorbilidades					
Ninguna	19 (55.9%)	9 (52.9%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (33.3%)
DM	6 (17.6%)	4 (23.5%)	1 (50%)	0	0
HAS	6 (17.6%)	2 (11.8%)	0	0	0
ERC	0	0	0	0	1 (33.3%)
EPOC	3 (8.8%)	0	0	0	0
Epilepsia	0	1 (5.9%)	0	0	1 (33.3%)
EM	0	1 (5.9%)	0	0	0
Topografía					
Cabeza	0	14 (82.4%)	0	0	1 (33,3%)
Cuello	2 (5.9%)	0	0	0	0
Tronco	16 (47.1%)	3 (17.6%)	1 (50%)	1 (100%)	2 (66.7%)
Extremidades superiores	2 (5.9%)	0	1 (50%)	0	0
Extremidades inferiores	14 (41.2%)	0	0	0	0
Morfología					
Mancha	3 (8.8%)	4 (23.5%)	1 (50%)	0	0
Parche	3 (8.8%)	2 (11.8%)	1 (50%)	0	0
Placa	16 (47.1%)	4 (23.5%)	0	0	0
Nódulo	10 (29.4%)	3 (17.6%)	0	1 (100%)	0
Úlcera	2 (5.9%)	4 (23.5%)	0	0	3 (100%)
Estadio					
IA	6 (17.6%)	6 (35.3%)	2 (100%)	0	0
IIA	10 (29.4%)	0	0	0	0
IIB	7 (20.6%)	4 (23.5%)	0	0	0
IIIB	11 (32.4%)	1 (5.9%)	0	0	0
IVA1	0	5 (29.4%)	0	1 (100%)	0
IVB	0	1 (5.9%)	0	0	3 (100%)
Tratamiento					
QT	12 (35.3%)	7 (41.2%)	1 (50%)	1 (100%)	2 (66.7%)
QT + RT	18 (52.9%)	7 (41.2%)	1 (50%)	0	1 (33.3%)
QT + RT + Fototerapia	1 (2.9%)	2 (11.8%)	0	0	0
QT + RT +TH	3 (8.8%)	1 (5.9%)	0	0	0
Recurrencia	0	6 (35.3%)	0	1 (100%)	3 (100%)

Defunción	0	6 (35.3%)	0	1 (100%)	2 (66.7%)
Los resultados se muestran en frecuencias (%)					
DM: Diabetes mellitus tipo 2. HAS: Hipertensión arterial sistémica. ERC: Enfermedad renal crónica. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EM: Esclerosis múltiple. QT: Quimioterapia. RT: Radioterapia. TH: Trnaspante hematopoyético. MF micosis fungoides					

Tabla 2. Características clínicas de los diferentes tipo de linfomas de células T (continuación)

	Linfoma anaplásico de células T grandes N=12	Papulosis linfomatoide N=8	Linfoma T tipo paniculitis N=2	Linfoma T/NK extranodal N=7	Linfoma T periférico no especificado N=3
Sexo					
Hombre	4 (33.3%)	2 (25%)	0	5 (71.4%)	1 (33.3%)
Mujer	8 (66.7%)	6 (75%)	2 (100%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)
Comorbilidades					
Ninguna	6 (50%)	5 (62.5%)	2 (100%)	3 (42.9%)	0
DM	2 (16.7%)	2 (25%)	0	1 (14.3%)	0
HAS	4 (33.3%)	1 (12.5%)	0	3 (42.9%)	3 (100%)
ERC	0	0	0	0	0
EPOC	0	0	0	0	0
Epilepsia	0	0	0	0	0
EM	0	0	0	0	0
Topografía					
Cabeza	0	1 (12.5%)	0	2 (28.6%)	0
Cuello	0	0	0	0	0
Tronco	8 (66.7%)	3 (37.5%)	0	1 (14.3%)	1 (33.3%)
Extremidades superiores	3 (25%)	1 (12.5%)	1 (50%)	2 (28.6%)	0
Extremidades inferiores	1 (8.3%)	3 (37.5%)	1 (50%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)
Morfología					
Mancha	7 (58.3%)	4 (50%)	0	0	0
Parche	2 (16.7%)	3 (37.5%)	0	0	0
Placa	0	1 (12.5%)	1 (50%)	1 (14.3%)	1 (33.3%)
Nódulo	2 (16.7%)	0	1 (50%)	3 (42.9%)	1 (33.3%)
Úlcera	1 (8.3%)	0	0	3 (42.9%)	1 (33.3%)
Estadio					
IA	9 (75%)	7 (87.5%)	0	0	0
IIA	0	0	0	0	0
IIB	0	0	1 (50%)	1 (14.35)	1 (33.3%)
IIIB	0	1 (12.5%)	0	0	0
IVA1	2 (16.7%)	0	1 (50%)	3 (42.9%)	2 (66.7%)
IVB	1 (8.3%)	0	0	3 (42.9%)	0
Tratamiento					
QT	5 (41.7%)	4 (50%)	0	1 (14.3%)	1 (33.3%)
QT + RT	5 (41.7%)	2 (25%)	2 (100%)	4 (57.1%)	1 (33.3%)
QT + RT + Fototerapia	1 (8.3%)	2 (25%)	0	2 (28.6%)	1 (33.3%)
QT + RT +TH	1 (8.3%)	0	0	0	0
Recurrencia	3 (25%)	0	1 (50%)	6 (85.7%)	2 (66.7%)
Defunción	2 (16.7%)	0	0	4 (57.1%)	2 (66.7%)

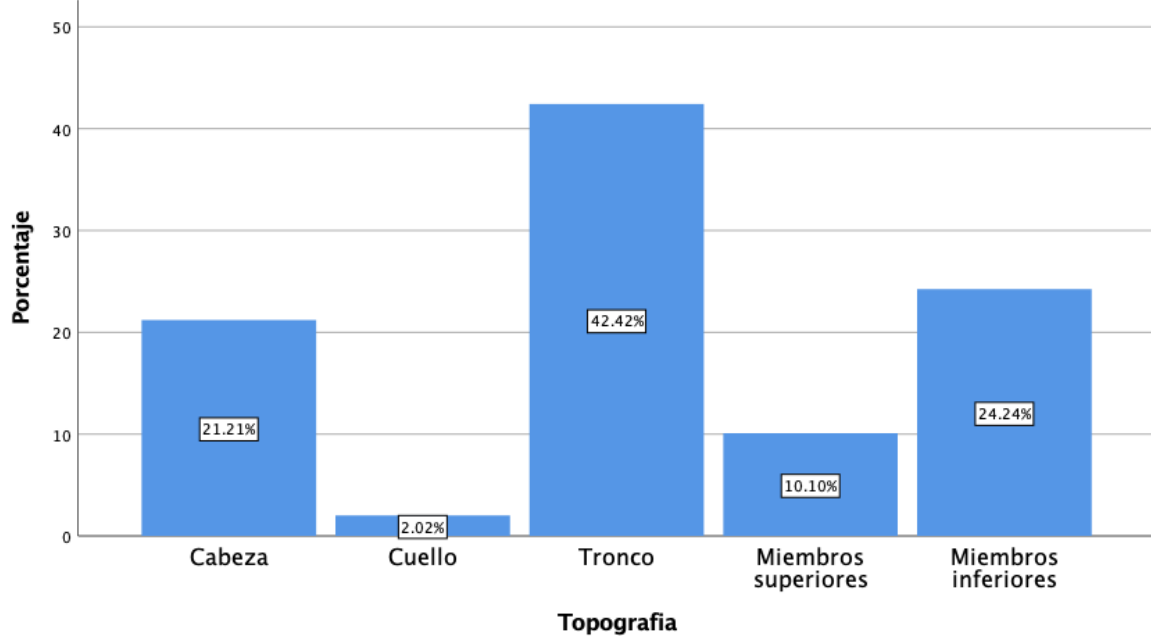
Los resultados se muestran en frecuencias (%)

DM: Diabetes mellitus tipo 2. HAS: Hipertensión arterial sistémica. ERC: Enfermedad renal crónica. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EM: Esclerosis múltiple. QT: Quimioterapia. RT: Radioterapia. TH: Trnasplante hematopoyético.

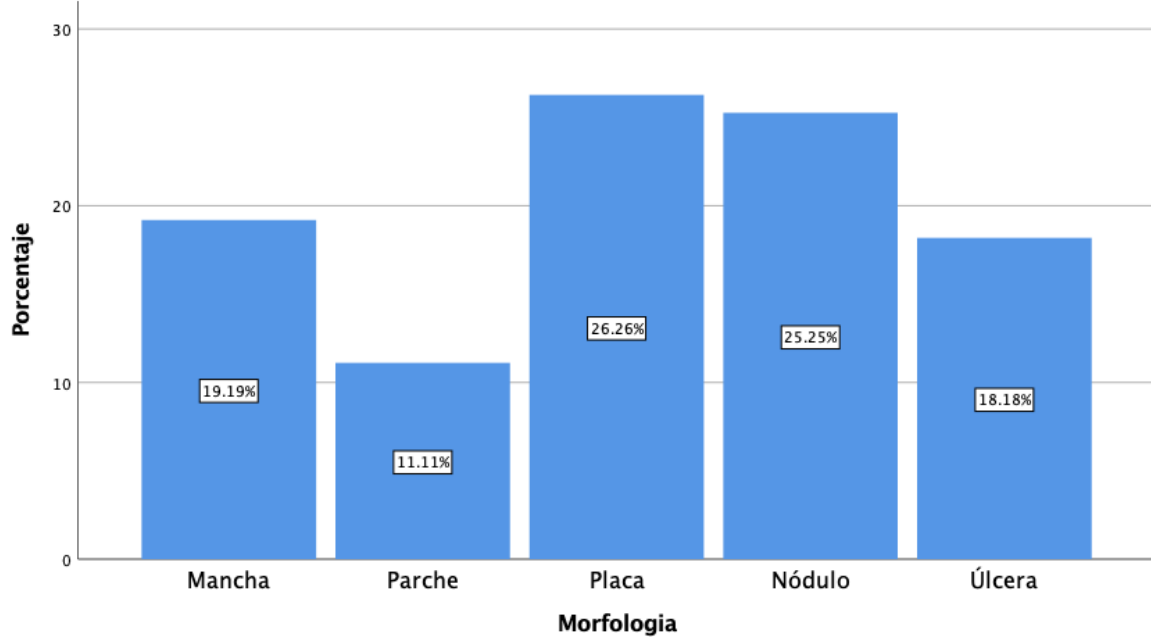
Tabla 2. Características clínicas de los diferentes tipo de linfomas de células T (continuación)				
	Linfoma T angioinmunoblástico N=1	Linfoma T citotóxico epidermotrópico agresivo CD8+ N=4	Linfoma T CD8+ acral N=3	Linfoma CD4+ de mediano a pequeño tamaño N=2
Sexo				
Hombre	1 (100%)	3 (75%)	3 (100%)	1 (50%)
Mujer	0	1 (25%)	0	1 (50%)
Comorbilidades				
Ninguna	1 (100%)	3 (75%)	1 (33.3%)	1 (50%)
DM	0	0	0	1 (50%)
HAS	0	1 (25%)	1 (33.3%)	0
ERC	0	0	0	0
EPOC	0	0	1 (33.3%)	0
Epilepsia	0	0	0	0
EM	0	0	0	0
Topografía				
Cabeza	0	1 (25%)	2 (66.7%)	0
Cuello	0	0	0	0
Tronco	1 (100%)	2 (50%)	1 (33.3%)	2 (100%)
Extremidades superiores	0	0	0	0
Extremidades inferiores	0	1 (25%)	0	0
Morfología				
Mancha	0	0	0	0
Parche	0	0	0	0
Placa	0	2 (50%)	0	0
Nódulo	01 (100%)	1 (25%)	1 (33.3%)	2 (100%)
Úlcera	0	1 (25%)	2 (66.7%)	0
Estadio				
IA	0	0	0	0
IIA	0	1 (25%)	0	0
IIB	0	1 (25%)	0	0
IIIB	0	1 (25%)	2 (66.7%)	2 (100%)
IVA1	0	0	0	0
IVB	1 (100%)	1 (25%)	1 (33.3%)	0
Tratamiento				
QT	0	3 (75%)	0	1 (50%)
QT + RT	1 (100%)	1 (25%)	3 (100%)	0
QT + RT + Fototerapia	0	0	0	1 (50%)
QT + RT +TH	0	0	0	0
Recurrencia	1 (100%)	1 (25%)	1 (33.3%)	0
Defunción	0	1 (25%)	0	0

Los resultados se muestran en frecuencias (%)
DM: Diabetes mellitus tipo 2. HAS: Hipertensión arterial sistémica. ERC: Enfermedad renal crónica.
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EM: Esclerosis múltiple. QT: Quimioterapia. RT:
Radioterapia. TH: Trnasplante hematopoyético.

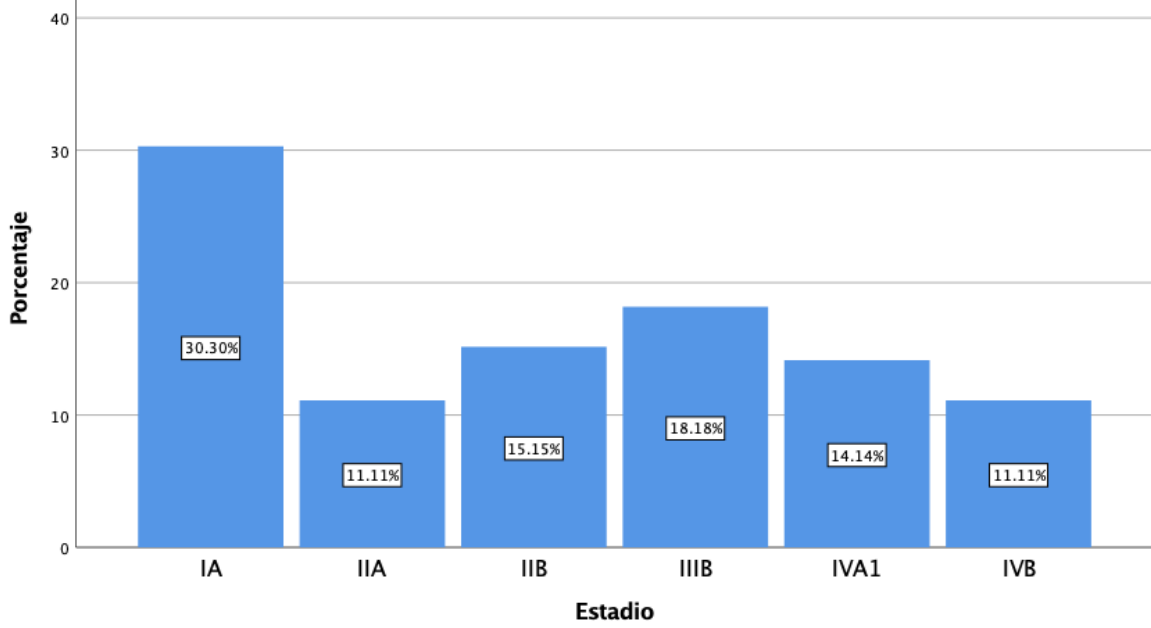
Gráfica 1. Topografía de los linfoma cuáneos de células T



Gráfica 2. Morfología de los linfoma cuáneos de células T



Gráfica 3. Estadio clínico de los linfoma cutáneos de células T



Gráfica 4. Tipo de linfoma de células T

