

# Linfoma cutáneo primario de células T manifestado como dermatosis macular diseminada en adulto joven: Reporte de caso

---

María José Polanco García<sup>1</sup>, Vilma René García Benítez<sup>1</sup>,  
Alejandra María González Orellana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de San Carlos de Guatemala

Fecha de envío: 08/01/2026

Fecha de aceptación: 07/03/2026

Fecha de publicación: 30/06/2026

**Citación:** Polanco García, M.J., García Benítez, V.R., González Orellana, A.M.

Linfoma cutáneo primario de células T manifestado como dermatosis macular diseminada en adulto joven. *Rev. Fac. Med.*, 2026, Junio; 4(1), III Época: 36-43.

DOI: <https://doi.org/10.37345/23045329.v4i1.177>

Correo electrónico: [gonzalezalejandra7516@gmail.com](mailto:gonzalezalejandra7516@gmail.com)

ISSN: 2304-5329 | 2304-5353



## RESUMEN

**Introducción:** Los linfomas cutáneos primarios de células T (LCCT) constituyen el grupo más frecuente de linfomas cutáneos, caracterizados por la proliferación clonal de linfocitos T con tropismo cutáneo. Su presentación clínica puede ser heterogénea, simulando dermatosis inflamatorias benignas, lo que retrasa el diagnóstico. **Objetivo:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años con dermatosis macular diseminada asociada a pancitopenia. **Metodología:** El estudio histopatológico evidenció epidermotropismo con infiltración de linfocitos atípicos. **Resultados:** La inmunohistoquímica mostró CD3 (+), CD4 (+), CD8 (+), CD5 (+) y CD20 (-), confirmando linaje T. **Conclusión:** Este caso resalta la importancia de la correlación clínico-patológica en las lesiones cutáneas persistentes de morfología atípica en pacientes jóvenes.

---

**Palabras clave:** linfoma cutáneo, células T, epidermotropismo, dermatosis macular, adulto joven

# Primary Cutaneous T-Cell Lymphoma Presenting as Disseminated Macular Dermatitis in a Young Adult: A Case Report

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary Cutaneous T-cell Lymphomas represent the most common subtype of Cutaneous Lymphomas and are characterized by clonal proliferation of skin-homing T lymphocytes. Their clinical presentation is often heterogeneous and may mimic benign inflammatory dermatoses. **Objective:** We report the case of a 21-year-old male presenting with disseminated macular dermatosis associated with pancytopenia. **Results:** Histopathology revealed epidermotropism with atypical lymphocytic infiltration. Immunohistochemistry showed CD3 (+), CD4 (+), CD8 (+), CD5 (+), and CD20 (-), confirming T-cell lineage. **Conclusion:** This case highlights the importance of clinicopathologic correlation in persistent atypical cutaneous lesions in young patients.

---

**Keywords:** Cutaneous Lymphoma, T Lymphocytes, macular dermatosis, young adult

## INTRODUCCIÓN

Los linfomas cutáneos primarios son neoplasias linfoproliferativas que se presentan inicialmente en la piel sin evidencia de enfermedad extracutánea al momento del diagnóstico. Aproximadamente el 75-80 % corresponden a linfomas cutáneos de células T (LCCT). (1,2) La actualización de la OMS en su 5.ª edición ha reafirmado la clasificación integrada clínico-patológica y molecular como estándar diagnóstico.

La micosis fungoide (MF) representa el subtipo más frecuente y se caracteriza por epidermotropismo de linfocitos T atípicos. En estadios iniciales puede manifestarse como máculas o placas discretas que simulan dermatitis crónica o pitiriasis rosada, lo que dificulta el diagnóstico temprano. (3)

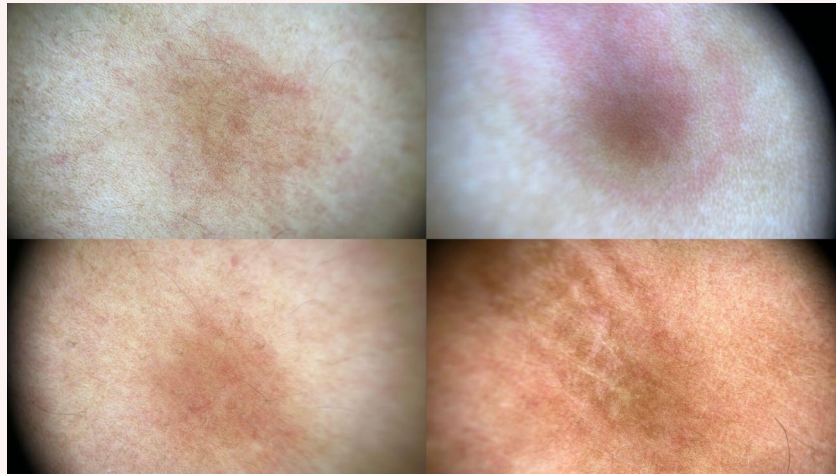
Aunque la edad media de presentación suele situarse entre la quinta y la sexta década de la vida, se han descrito casos en adultos jóvenes, lo que obliga a mantener la sospecha clínica ante dermatosis persistentes e infiltradas.

**Figura 1.** Dermatitis diseminada constituida por múltiples máculas bien delimitadas en el tronco y en las extremidades superiores.



**Fuente:** Imagen del paciente.

**Figura 2.** *Dermatoscopía evidencia eritema, vasos sanguíneos y retículo pigmentado regular.*



**Fuente:** Imagen del paciente.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 21 años, quien consultó por fiebre no cuantificada y debilidad generalizada de un mes de evolución. Negaba pérdida de peso, sudoraciones nocturnas y antecedentes familiares de enfermedades hematológicas o neoplásicas.

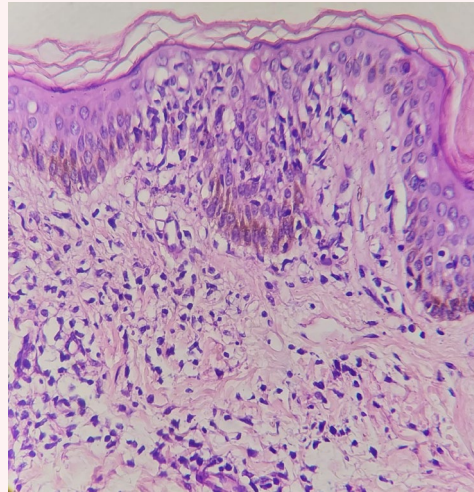
Al examen físico se observó una dermatosis diseminada al tronco y a las extremidades superiores, caracterizada por múltiples placas bien delimitadas, asintomáticas, de tamaños variables entre 0.5x0.5 cm y 2x2 cm; algunas café claro y con borde eritematoso, infiltradas a la palpación; otras con borde eritematoso y centro pálido con configuración de ojo de buey. Las lesiones eran asintomáticas y asentaban sobre la piel xerótica. Asimismo, se observó una mucosa oral seca y mucosa ocular con evidente palidez.

La dermatoscopia mostró máculas homogéneas, café claro y otras eritematosas con retículo pigmentado regular, sin

estructuras vasculares específicas. Los estudios de laboratorio revelaron pancitopenia; sin embargo, el frotis de sangre periférica y el aspirado de médula ósea no mostraron alteraciones morfológicas significativas.

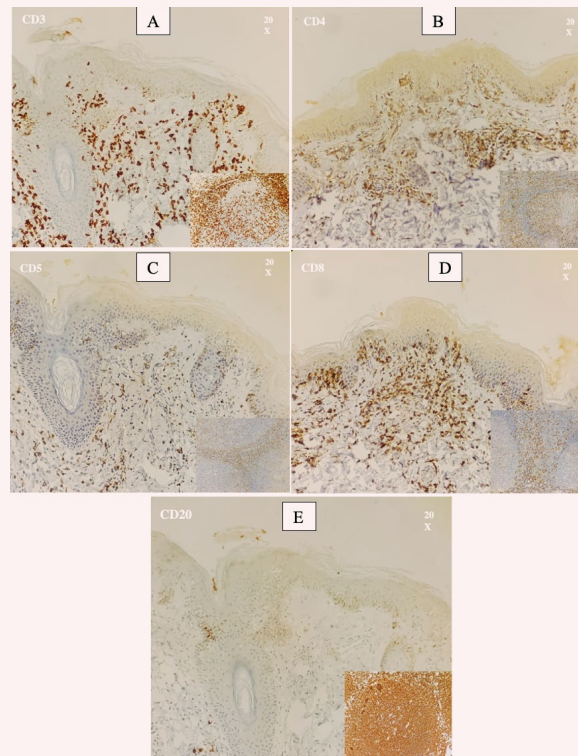
Se realizó biopsia cutánea, cuyo estudio histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina (20x) evidenció epidermis con leve acantosis y espongirosis, además de epidermotropismo con infiltración de linfocitos atípicos a nivel epidérmico. En la dermis se observó infiltrado linfocítico crónico, predominantemente perivascular, con células de morfología atípica. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para CD3, CD4, CD8 y CD5, con negatividad para CD20, lo que confirmó el linaje T y permitió establecer el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células T. El paciente fue referido a un hospital de tercer nivel para la estadificación completa y para el inicio de manejo sistémico.

**Figura 3.** Estudio histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina (20x) mostró epidermotropismo con infiltración de linfocitos atípicos a nivel epidérmico.



**Fuente:** Imagen del paciente.

**Figura 4.** Estudio inmunohistoquímico, el cual mostró el siguiente inmunofenotipo en células neoplásicas. **A)** CD3 (+). **B)** CD 4(+). **C)** CD5 (+). **D)** CD8 (+). **E)** CD20 (-).



**Fuente:** Imagen del paciente.

## DISCUSIÓN

Los linfomas cutáneos primarios de células T (LCCT) presentan un amplio espectro clínico. En sus fases iniciales pueden manifestarse como máculas o placas discretas, simulando procesos inflamatorios benignos, lo que retrasa el diagnóstico. (1) El epidermotropismo constituye un hallazgo histológico clave. Este patrón distingue a los linfomas T de los linfomas cutáneos B, que típicamente muestran infiltración dérmica sin migración epidérmica significativa. (2)

La edad del paciente representa un elemento relevante, ya que la mayoría de los linfomas cutáneos primarios se diagnostican en adultos mayores. (4) No obstante, su aparición en adultos jóvenes, aunque infrecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de dermatosis persistentes y atípicas. (5,6)

La pancitopenia observada en este caso generó inicialmente sospecha de compromiso sistémico; sin embargo, la ausencia de infiltración medular sugiere que podría tratarse de un fenómeno reactivo o asociado a los mecanismos inflamatorios sistémicos. (7) La evaluación integral y la estadificación adecuada son esenciales para determinar el pronóstico y la estrategia terapéutica. (8)

La clasificación OMS-EORTC actualizada y la reciente 5.ª edición de la OMS enfatizan la integración de hallazgos clínicos, inmunofenotipo, estudios moleculares y correlación histológica para establecer el diagnóstico definitivo. (3,9-11)

El sistema de estadificación TNMB continúa siendo fundamental para la evaluación pronóstica y terapéutica. En estadios tempranos, el pronóstico suele ser favorable,

mientras que, en la enfermedad avanzada, la supervivencia disminuye significativamente. (10,11)

En cuanto al manejo terapéutico, los estadios iniciales pueden tratarse con terapias dirigidas a la piel, como corticoides tópicos, fototerapia UVB o PUVA. (12) En enfermedad más extensa o refractaria, las opciones sistémicas han evolucionado en los últimos años. El anticuerpo anti-CD30 brentuximab vedotina ha demostrado beneficio en linfomas T CD30 positivos, mientras que mogamulizumab, anticuerpo anti-CCR4, ha mostrado eficacia en enfermedad avanzada o refractaria. (12)

Los avances recientes en biología molecular han permitido identificar alteraciones en las vías de señalización JAK/STAT y mutaciones epigenéticas que podrían representar futuros blancos terapéuticos. (11,12)

## CONCLUSIONES

El linfoma cutáneo primario de células T puede presentarse como dermatosis macular diseminada en pacientes jóvenes, simulando entidades benignas.

La correlación clínico-patológica y el estudio inmunohistoquímico son fundamentales para establecer el diagnóstico correcto.

Ante lesiones infiltradas persistentes sin etiología clara, debe considerarse siempre la posibilidad de una neoplasia cutánea linfoproliferativa.

Este caso subraya la importancia de la biopsia cutánea temprana en lesiones persistentes y de la integración clínica, histológica e inmunofenotípica para establecer el diagnóstico correcto.

---

**Declaración de consentimiento informado:**

Los autores obtuvieron el consentimiento informado del paciente y/o su representante para la presentación de este caso clínico.

**Conflicto de intereses:**

No existen conflictos de intereses con terceros. Los autores declaran no tener vínculo alguno con compañías farmacéuticas productoras o comercializadoras. No hubo patrocinio alguno para efectuar el presente estudio.

**REFERENCIAS**

- 1 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;133(16):1703-14. doi:[10.1182/blood-2018-11-881268](https://doi.org/10.1182/blood-2018-11-881268).
- 2 Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood*. 2005;105(10):3768-85. doi:[10.1182/blood-2004-09-3502](https://doi.org/10.1182/blood-2004-09-3502).
- 3 Pimpinelli N, Olsen EA, Santucci M, Vonderheid E, Haeffner AC, Stevens S, et al. Defining early mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(6):1053-63. doi:[10.1016/j.jaad.2005.08.057](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.08.057).
- 4 Bradford PT, Devesa SS, Anderson WF, Toro JR. Cutaneous lymphoma incidence patterns in the United States: a population-based study of 3884 cases. *Blood*. 2009;113(21):5064-73. doi:[10.1182/blood-2008-10-184168](https://doi.org/10.1182/blood-2008-10-184168).
- 5 Jawed SI, Myskowski PL, Horwitz S, Moskowitz A, Querfeld C. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): Part I. Diagnosis: clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(2):205.e1-22. doi:[10.1016/j.jaad.2013.07.049](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.07.049).
- 6 Millette F. Review: Skin Lymphoma. *The Illustrated Guide*, 4th edition, by

- Lorenzo Cerroni. *Dermatol Pract Concept*. 2014;4(4):79-80. doi:[10.5826/dpc.0404a17](https://doi.org/10.5826/dpc.0404a17).
- 7 Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, Attygalle AD, Araujo IBO, Berti E, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia*. 2022;36(7):1720-48. doi:[10.1038/s41375-022-01620-2](https://doi.org/10.1038/s41375-022-01620-2).
- 8 Olsen EA, Whittaker S, Kim YH, Duvic M, Prince HM, Lessin SR, et al. Clinical endpoints and response criteria in mycosis fungoides and Sézary syndrome: a consensus statement of the International Society for Cutaneous Lymphomas, the United States Cutaneous Lymphoma Consortium, and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol*. 2011;29(18):2598-607. doi:[10.1200/JCO.2010.32.0630](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.32.0630).
- 9 Trautinger F, Eder J, Assaf C, Bagot M, Cozzio A, Dummer R, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer consensus recommendations for treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – 2021 update. *Eur J Cancer*. 2021;156:74-93. doi:[10.1016/j.ejca.2021.06.017](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.06.017).
- 10 Prince HM, Kim YH, Horwitz SM, Dummer R, Scarisbrick J, Quaglino P, et al. Brentuximab vedotin or physician's choice in CD30-positive cutaneous T-cell lymphoma (ALCANZA): an international, open-label, randomised, phase 3, multicentre trial. *Lancet*. 2017;390(10094):555-66. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31266-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31266-7).
- 11 Kim YH, Bagot M, Pinter-Brown L, Rook AH, Porcu P, Horwitz SM, et al. Mogamulizumab versus vorinostat in previously treated cutaneous T-cell lymphoma (MAVORIC): an international, open-label, randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2018;19(9):1192-204. doi:[10.1016/S1470-2045\(18\)30379-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30379-6).
- 12 Choi J, Goh G, Walradt T, Hong BS, Bunick CG, Chen K, et al. Genomic landscape of cutaneous T-cell lymphoma. *Nat Genet*. 2015;47(9):1011-9. doi:[10.1038/ng.3356](https://doi.org/10.1038/ng.3356).



Copyright © 2026 María José Polanco García, Vilma René García Benítez, Alejandra María González Orellana

Esta obra se encuentra protegida por una licencia internacional [Creative Commons 4.0 \(CC BY-NC-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Usted es libre de: **Compartir** – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. **Adaptar** – remezclar, transformar y construir a partir del material. La licenciente no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia. Bajo los siguientes términos: **Atribución** – Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciente. **No comercial** – Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. **Compartir igual** – Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. **No hay restricciones adicionales** – No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. [Texto completo de la licencia](#)