

Relato de caso: placa verrucosa isolada – uma apresentação atípica de micose fungoide

Case report: one isolated verrucous plaque – an atypical presentation of mycosis fungoides

Lara Lima Araújo Melo¹. Renata Leal Meneses¹. Erica Bezerra de Sena¹. Kalina Ribeiro Fontenele Bezerra¹. Priscilla Mariana Freitas Aguiar Feitosa¹. Carlos Gustavo Hirth^{1,2,3}. José Wilson Accioly Filho^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 3 Instituto do Câncer do Ceará (ICC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Relatar uma manifestação clínica atípica de micose fungoide, com ênfase na importância do reconhecimento e diagnóstico dessa apresentação rara, bem como nas possibilidades terapêuticas. **Metodologia:** Relato de caso com informações obtidas através de revisão de prontuário, registro fotográfico e revisão de literatura. O presente relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará. **Resultados:** Relata-se o caso de um paciente de 74 anos, apresentando, há dez anos, uma placa verrucosa no primeiro quirodáctilo esquerdo, com crescimento progressivo. Foi realizada biópsia por *punch* com estudo histopatológico e imunohistoquímico, que confirmaram o diagnóstico de micose fungoide. Por se tratar de lesão isolada, foi optado por tratamento com radioterapia, com boa resposta terapêutica até o momento. **Conclusões:** A apresentação clínica de micose fungoide como placa verrucosa isolada é muito rara, com poucos casos relatados na literatura. Formas atípicas desse linfoma podem dificultar o diagnóstico e a abordagem terapêutica precoce, sendo, portanto, importante o seu reconhecimento em razão do seu potencial de morbimortalidade.

Palavras-chave: Micose fungoide. Linfoma cutâneo de células T. Radioterapia.

ABSTRACT

Objectives: To report an atypical clinical manifestation of mycosis fungoides, with emphasis on the importance of recognizing and diagnosing this rare presentation, as well as the therapeutic possibilities. **Methods:** Case report with information obtained through medical record review, photographic records, and literature review. This report was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Universitário Walter Cantídio of the Universidade Federal do Ceará. **Results:** We report the case of a 74-year-old patient who presented with a verrucous plaque on the first left finger for ten years, with progressive growth. Punch biopsy was performed with histopathological and immunohistochemical study, which confirmed the diagnosis of mycosis fungoid. Because it is an isolated lesion, treatment with radiotherapy was chosen, with a good therapeutic response. **Conclusions:** An isolated mycosis fungoides verrucous plaque is very rare, with few cases reported in the literature. Atypical forms of this lymphoma can impair diagnosis and early therapeutic approach; therefore, its recognition is important due to its potential for great morbidity and mortality.

Keywords: Mycosis fungoides. Lymphoma, T-Cell, Cutaneous. Radiotherapy.

Autor correspondente: Lara Lima Araújo Melo, Rua Silva Paulet 2140, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará. CEP: 60120-385. E-mail: laralimaamelo@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 08 Feb 2021; Revisado em: 15 Mar 2022; Aceito em: 16 Feb 2023.

INTRODUÇÃO

A micose fungoide é o tipo mais comum de linfoma cutâneo de células T. É classificada em micose fungoide clássica e em três variantes clínicas distintas: micose fungoide foliculotrópica, reticulose pagetoide e cutis laxa granulomatosa. Na histopatologia, é caracterizada pela presença de linfócitos atípicos ao longo da junção dermoepidérmica e entrando na epiderme, podendo formar coleções de células atípicas, os microabscessos de Pautrier. Apesar dessas características bem definidas, o diagnóstico de micose fungoide pode ser difícil, pois existem várias formas atípicas relatadas na literatura e a doença pode mimetizar diversas patologias.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 74 anos, apresentando uma placa verrucosa em primeiro quirodáctilo esquerdo. Relata que a lesão surgiu há 10 anos e era, inicialmente, eritematodescamativa, com crostas, e que vinha progredindo ao longo dos anos, adquirindo aspecto verrucoso (Figura 1). O paciente não tinha comorbidades e negava outros sintomas associados. Afirmou ter feito uso de alguns medicamentos tópicos no período - não soube informar o nome das drogas utilizadas, não obtendo melhora do quadro.

Figura 1. Placa eritematoverrucosa de bordas mal delimitadas em face lateral do 1º quirodáctilo esquerdo, com algumas fissuras associadas. Distrofia ungueal e hiperqueratose subungueal.



A biópsia da lesão evidenciou um denso infiltrado linfocitário intraepitelial, no interior da parede de folículos e na derme, compostos por células pequenas, dispostas em padrão difuso, em rosário, e formando “microabscessos” (Figura 2). O estudo imunohistoquímico demonstrou um infiltrado linfóide atípico de células T predominantemente CD4 positivas e com perda de expressão de CD7, compatível com o diagnóstico de micose fungoide (Figura 3).

O paciente foi encaminhado para acompanhamento conjunto com o serviço de hematologia. Por se tratar de lesão isolada, sem acometimento linfonodal ou de outros órgãos, foi sugerido o tratamento com dez sessões de radioterapia. Após quatro sessões de radioterapia, realizadas até o momento da elaboração deste artigo (dezembro de 2020), houve melhora do aspecto da lesão, com diminuição importante do tamanho e espessura da placa. (Figura 4).

Figura 2. Denso infiltrado linfocitário intraepitelial, no interior da parede de folículos e na derme, compostos por células pequenas, densas, dispostas em padrão difuso, em rosário, e formando “microabscessos”.

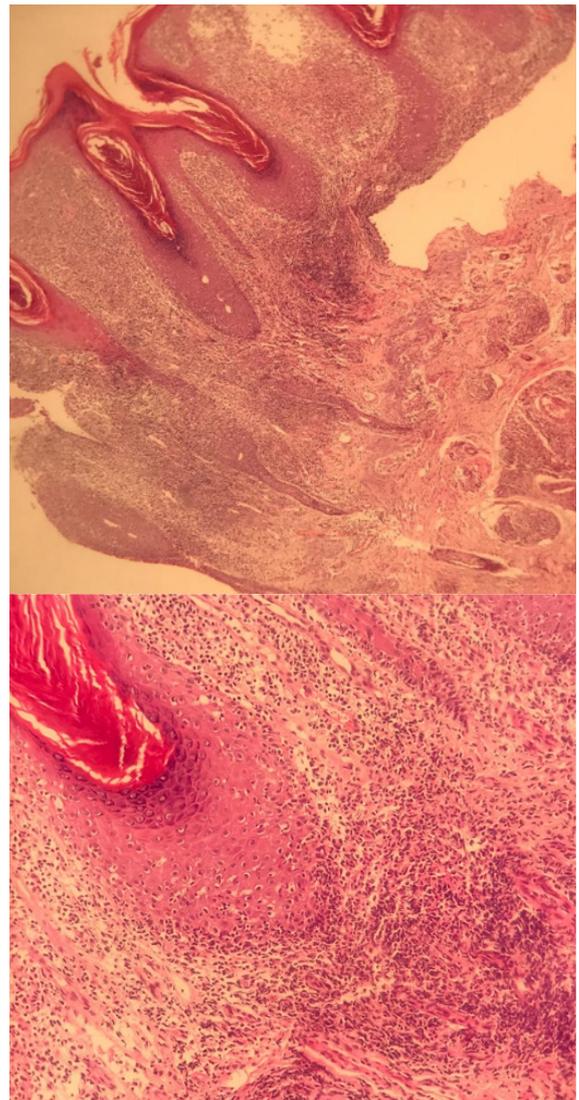


Figura 3. Estudo imunohistoquímico. A: CD4 positivo 3+/4+. B: CD7 positivo 3+/4+. C: CD8 positivo 1+/4+. D: CD20 positivo focal.

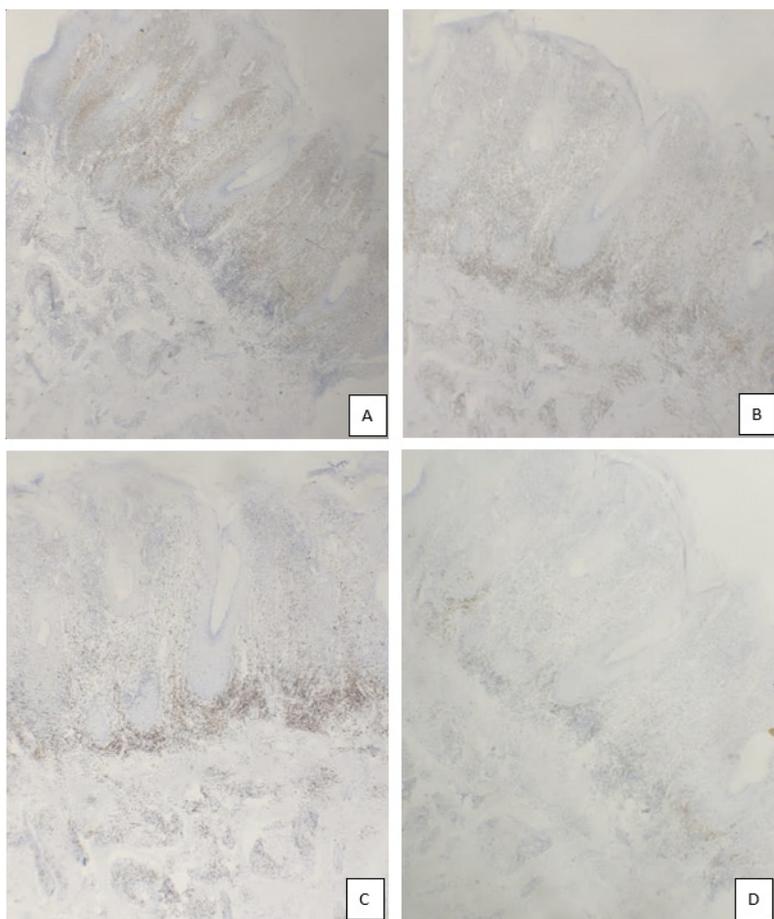


Figura 4. A: Antes do tratamento. B: Resultado parcial após 4 sessões de radioterapia no local (dezembro/2020).



DISCUSSÃO

A micose fungoide foi descrita pela primeira vez em 1806 pelo médico francês Jean-Louis Alibert e é o tipo mais comum de Linfoma Cutâneo de Células T, correspondendo a até 70% de todos os casos.¹ É considerada um linfoma indolente, que se apresenta, classicamente, como *patches* e/ou placas que podem evoluir para lesões tumorais, com potencial disseminação para linfonodos e sangue periférico.

A doença é classificada em micose fungoide clássica e três variantes com clínica e histopatologia distintas: micose fungoide foliculotrópica, reticulose pagetoide e cutis laxa granulomatosa.² A forma clássica é caracterizada por lesões tipo *patches* – máculas eritematosas levemente apergaminhadas, com aspecto em “papel de cigarro” – e lesões em placas eritematosas, descamativas e infiltradas, principalmente nas áreas não expostas a luz solar. Nas formas mais agressivas, podem haver lesões tumorais, representando pior prognóstico. Com a progressão da doença, os doentes podem evoluir para a variante leucêmica ou para transformação para um linfoma de grandes células.³

As características histopatológicas da micose fungoide variam de acordo com o estágio das lesões, mas, comumente,

há presença de infiltrado linfocitário atípico moderado na derme. A presença de células mononucleares rodeadas por um espaço claro na epiderme – o epidermotropismo – é um aspecto altamente sugestivo da doença. Essas células atípicas podem formar coleções, os chamados microabscessos de Pautrier. No estudo imunohistoquímico, as células apresentam um padrão CD4+/CD8-, com frequente perda do antígeno CD7. Raros casos são descritos com padrão CD8+/CD4-.² Na forma leucêmica da doença, há grande quantidade de células neoplásicas circulantes.

Apesar de ter essas quatro apresentações clínicas bem definidas, a micose fungoide pode se manifestar de diversas formas, sendo considerada por muitos autores uma “grande imitadora”. Pode ser erroneamente diagnosticada como eczema crônico, parapsoríase, dermatofitose ou outras condições inflamatórias não neoplásicas.

A reticulose pagetoide é uma variante de baixo grau de malignidade, apresentando placas psoriasiformes solitárias, superficiais e bem delimitadas, de evolução lenta e progressiva. No quadro histológico típico, há epiderme com marcada hiperplasia psoriasiforme, hiperparaqueratose e acentuado infiltrado de células atípicas pagetoides isoladas ou arrançadas em ninhos, com núcleos hiper cromáticos cerebriformes e

citoplasmas vacuolizados. A derme papilar pode apresentar infiltrado misto de linfócitos e histiócitos, mas não contém células T neoplásicas. O fenótipo das células tumorais pode ser CD3+, CD4+ e CD8+ ou CD8- e é frequente a expressão de CD30.² Embora o presente caso se manifeste como uma placa isolada em área fotoexposta, não observamos as características histopatológicas da variante em questão.

Em 1896, Hallopeau e Bureau descreveram pela primeira vez a presença de lesões verrucosas em um caso de micose fungoide.⁴ Na revisão de literatura realizada pelos autores do presente relato, foram encontrados quinze casos de micose fungoide verrucosa publicados até o momento,⁵⁻⁹ fazendo desta uma das variantes morfológicas mais raras. Na maioria dos casos, as lesões ocorrem em extremidades (mãos e pés) e nos membros inferiores, são assintomáticas ou pouco pruriginosas, e podem estar associadas ou não a outras lesões verrucosas ou de micose fungoide clássica, como *patches*, placas ou tumores. Apesar da literatura limitada, o contexto mais comum da apresentação verrucosa é em pacientes afro-americanos com quadro de linfoma cutâneo extenso.⁷ Os diagnósticos diferenciais comumente aventados são verruga vulgar, carcinoma espinocelular, tuberculose cutânea verrucosa, leishmaniose verrucosa e infecções fúngicas profundas.

REFERÊNCIAS

1. Burg G, Kempf W, Cozzio A, Feit J, Willemze R, Jaffe ES, et al. WHO/EORTC classification of cutaneous lymphomas 2005: histological and molecular aspects. *J Cutan Pathol*. 2005;32(10):647-74.
2. Belda W Junior, Chiacchio ND, Criado PR. Tratado de dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
3. Hallopeau H, Bureau G. Sur un cas de mycose fungoide avec localisation initiale eruptions polymorphes et vegetations axillaire et inguinales. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. 1896;7:480-2.
4. Asel ND, Spiller WF, Chivington PV Jr. Mycosis fungoides with verrucous lesions; report of a case. *AMA Arch Derm Syphilol*. 1951;63(5):635-8.

A micose fungoide unilesional também é muito infrequente, e é caracterizada por uma lesão isolada que é histologicamente indistinguível da micose fungoide clássica.⁹ Os pacientes com micose fungoide clássica tipicamente se apresentam com múltiplas lesões, o que pode dificultar o diagnóstico da apresentação com lesão única. No entanto, após o diagnóstico, as lesões isoladas em geral respondem muito bem ao tratamento.

Apesar de a literatura ser escassa, o tratamento de escolha para micose fungoide na forma verrucosa é a radioterapia. Outras opções terapêuticas citadas para as apresentações verrucosas são excisão, corticoterapia tópica e fototerapia.^{5,6,7,8,9}

CONCLUSÕES

A micose fungoide é o tipo mais comum de linfoma cutâneo de células T e tem formas clínicas bem definidas. No entanto, apresentações atípicas podem ocorrer, dificultando o diagnóstico e a abordagem terapêutica precoce. Se não reconhecidas, essas apresentações atípicas podem aumentar o risco de atraso diagnóstico e terapêutico, com aumento da morbimortalidade. Em pacientes com lesões verrucosas, a micose fungoide deve ser considerada no diagnóstico diferencial.

5. Price NM, Fuks ZY, Hoffman TE. Hyperkeratotic and verrucous features of mycosis fungoides. *Arch Dermatol*. 1977;113(1):57-60.
6. Schlichte MJ, Talpur R, Venkatarajan S, Curry JL, Nagarajan P, Duvic M. Verrucous presentation in patients with mycosis fungoides. *Int J Dermatol*. 2016;55(3):126-9.
7. Bunata K, Jahan-Tigh RR, Curry J, Duvic M. A verrucous presentation of mycosis fungoides. *Dermatol Online J*. 2014;20(8):13030/qt6d97p2b9.
8. Wakelin SH, Stewart EJ, Emmerson RW. Poikilodermatous and verrucous mycosis fungoides. *Clin Exp Dermatol*. 1996;21(3):205-8.
9. Yoo SS, Viglione M, Moresi M. Unilesional mycosis fungoides mimicking Bowen's disease. *J Dermatol*. 2003;30(5):417-9.

Como citar:

Melo LL, Meneses RL, Sena EB, Bezerra KR, Feitosa PM, Hirth CG, et al. Relato de caso: placa verrucosa isolada – uma apresentação atípica de micose fungoide. *Rev Med UFC*. 2023;63(1):1-4.