



Serie de casos diagnosticados con el síndrome de Alibert-Bazines en fase tumoral

A case series diagnosed with Alibert-Bazin syndrome in the tumor phase

Juan Carlos González Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0005-8238-0936>

Mabel Agramonte Cuan¹ <https://orcid.org/0009-0001-4063-3916>

Yoani Socarras Vidal¹ <https://orcid.org/0009-0009-6336-247X>

Rolando Rodríguez Puga^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-3350-374X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech", Servicio de Medicina Interna. Camagüey, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital Pediátrico Docente Provincial "Dr. Eduardo Agramonte Piña", Departamento de Epidemiología Hospitalaria. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rolandote1986@gmail.com

Cómo citar este artículo

González Rodríguez JC, Agramonte Cuan M, Socarras Vidal Y, Rodríguez Puga R. Serie de casos diagnosticados con el síndrome de Alibert-Bazines en fase tumoral. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2024;12(2):e1255. Acceso: 00/mes/2024. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1255>

RESUMEN

Introducción: La micosis fungoide o síndrome de Alibert-Bazines es el linfoma primario cutáneo de células T más frecuente. La enfermedad progresa desde la aparición de máculas eritematosas hasta la formación de tumores, los que resulta poco común.

Objetivo: Describir las particularidades de una serie de casos diagnosticados con el síndrome de Alibert-Bazines en fase tumoral.

Casos clínicos: Se presentaron cuatro pacientes con lesiones tumorales y adenopatías causadas por micosis fungoide, que fueron atendidos en el Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, en los últimos 10 años. En relación con al género, tres correspondieron al masculino y uno al femenino. Las edades oscilaron entre los 52 y 78 años, mientras la totalidad de los casos eran de tez blanca. El 75 % recibieron el esquema de tratamiento de quimioterapia, conformado por ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona, más radioterapia adyuvante, mientras en los restantes casos se aplicó terapia con radiaciones. El paciente de mayor edad falleció por sepsis generalizada y los demás se mantuvieron asintomáticos.

Conclusiones: La micosis fungoide es una enfermedad que, aunque afecta la piel debe ser conocida por otras especialidades médicas, pues el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno resultan elementos a tener en cuenta en el pronóstico. Aunque aún se desconoce la etiología, queda claro que el estudio histopatológico es fundamental para el dictamen médico, una vez instaurada la enfermedad.

Palabras clave: Micosis fungoide; informes de casos; linfoma de células T; quimioterapia; radioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Mycosis fungoides or Alibert-Bazin syndrome is the most common primary cutaneous T-cell lymphoma. The disease progresses from the appearance of erythematous macules to the formation of tumors, which are rare.

Objective: To describe the particularities of a case series diagnosed with Alibert-Bazin syndrome in the tumor phase.

Clinical cases: Four patients with tumor lesions and lymphadenopathy caused by mycosis fungoides who were treated at the "Manuel Ascunce Domenech" University Hospital of Camaguey in the last 10 years were presented. In relation to sex, three patients corresponded to the male sex and one to the female sex. The ages ranged between 52 and 78 years, while all the cases were white. In addition, 75 % received the chemotherapy treatment scheme consisting of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisone, plus adjuvant radiotherapy, while the remaining cases only received radiation therapy. The oldest patient died from generalized sepsis and the others remained asymptomatic.

Conclusions: Mycosis fungoides is a disease that, although it affects the skin, must be known by other medical specialties since early diagnosis and timely treatment must be taken into account for the prognosis. Although the etiology is still unknown, it is clear that the histopathological study is essential for the medical opinion, once the disease has been established.



Keywords: Mycosis fungoides; case reports; T-cell lymphoma; chemotherapy; radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide o síndrome de Alibert-Bazines es el linfoma primario cutáneo de células T más frecuente, de manera que representa entre el 50 y 70 % de los casos. En términos conceptuales, el 75 % de su composición corresponde a células T y el 25 % restante a células B. Aunque el proceso se origina en la piel, en fase avanzada de la enfermedad puede extenderse a los ganglios linfáticos y a las vísceras internas. Incluso puede ocasionar una lesión tumoral, aunque es poco frecuente.^(1,2)

Se trata de una enfermedad que reporta una incidencia global de 0,2 a 0,4 casos por cada 100 mil habitantes por año, lo cual constituye una proporción pequeña de los linfomas no Hodgkin. Es infrecuente en pacientes menores de 20 años y las probabilidades de padecerla aumentan con la edad. El mayor número de casos se diagnostica entre los 50 y 60 años. Es dos veces más común en el sexo masculino y en pacientes que superan los 70 años la presentación es cuatro veces mayor.^(3,4)

La etiología de este síndrome se desconoce hasta la fecha, aunque, en la mayoría de los casos no se considera como de origen genético o hereditario. La infección por el retrovirus linfotrópico de células T humanas (VLTH) se ha sospechado como una de las posibles causas. No obstante, aún no existen las evidencias convincentes para corroborar la relación entre la exposición a agentes químicos y los linfomas cutáneos de células T, entre los que se encuentra la micosis fungoide.⁽⁵⁾

Los signos y síntomas clínicos incluyen la presencia de manchas redondas que pueden ser elevadas, escamosas o pruriginosas, con protuberancias, adenopatías y pérdida del cabello. Además, en el examen físico también se puede encontrar engrosamiento de la piel de la palma de las manos, de la planta de los pies, además de una erupción enrojecida en todo el cuerpo, que produce un prurito intenso.⁽⁶⁾

El síndrome de Alibert-Bazines o micosis fungoide -como se le conoce de manera común- se diagnostica a través de una biopsia de piel. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la fase temprana de la enfermedad, la histología puede ser dudosa. Después del diagnóstico, se determina el estadio para orientar el tratamiento.⁽⁷⁾

Con los métodos de tratamiento recomendados, en los estadios I y II se logra una resolución completa de las lesiones cutáneas. Las opciones de tratamiento son la terapia fotodinámica, la radioterapia, la terapia biológica, la quimioterapia, la terapia dirigida y otras terapias dermatológicas. En los estadios III y IV se recomienda radioterapia con psoraleno y radiación ultravioleta, fotoaféresis, radioterapia total de la piel con haz de electrones, quimioterapia, así como terapias con esteroides y otros agentes químicos.^(8,9)

En el año 2016 se diagnosticó un caso de micosis fungoide, también llamado síndrome de Alibert-Bazines, en el Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech", de la provincia de Camagüey.⁽¹⁰⁾



Al considerar la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad en cuestión, se decide realizar la presente investigación. El objetivo consiste en describir las particularidades de una serie de casos diagnosticados con el síndrome de Alibert-Bazines en fase tumoral.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico No. 1

Paciente masculino, de tez blanca, con 69 años de edad, jubilado, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, que presentó máculas y pápulas eritematosas en la región de la cara, cuello y tórax, seis años antes. La mayor alcanzó los dos centímetros de diámetro y de forma general, adquirieron una coloración violácea y aspecto tumoral (Fig. 1a). En los tres meses previos, aparecieron adenopatías supraclaviculares en la región lateral del cuello y se consolidaron tres tumores en la cara. El prurito estuvo presente desde el comienzo de las lesiones.

Lo antes descrito resultó motivo de asistencia a varias consultas médicas con especialistas de Medicina General Integral y Oncología. Este último planteó el diagnóstico presuntivo de linfoma no Hodgking.

Los principales hallazgos en los exámenes de laboratorio fueron: eosinofilia del 12 %, velocidad de sedimentación globular de 90 mm/hora y un lactato deshidrogenasa (LDH) de 780 UI/L. Arrojaron valores normales: la radiografía de tórax, el ultrasonido abdominal, la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, los estudios enzimáticos hepáticos y los de la función renal. El estudio histopatológico enunció infiltrado linfoide en banda liquemoides extenso, típico de la micosis fungoide (Fig. 1b).



Fig. 1a. Lesiones dermatológicas en la región anterior del tórax.

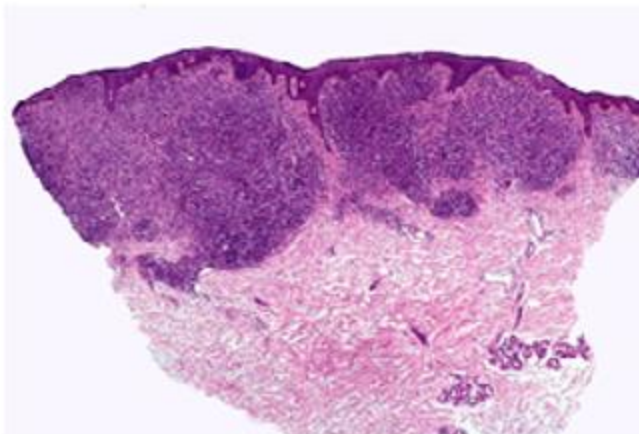


Fig. 1b. Imagen panorámica del corte histológico (HE 10X).

El paciente fue asistido durante seis meses por el Departamento de Oncología, donde le fueron aplicados seis ciclos del esquema de quimioterapia, conformado por ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona (CHOP), más radioterapia adyuvante en la región del cuello, axilas y mediastino. Con posterioridad a los 18 meses de seguimiento, se encontraba con adecuada evolución médica.

Caso clínico No. 2

Paciente masculino, de tez blanca, con 57 años, maestro de profesión, fumador, con antecedentes patológicos personales de 15 años con hipertensión arterial grado I, tratada con captopril e hidroclorotiazida, ambas de 25 mg (una tableta al día). En esta ocasión acudió por primera vez a consulta, por presentar lesiones tumorales (Fig. 2a) de dos años de evolución, en región del tórax y abdomen, de tres centímetros, con coloración grisácea, no dolorosas y pruginosas, acompañadas de alopecia.

Los exámenes de laboratorio resultaron normales, excepto la velocidad de sedimentación globular que fue de 70 mm/hora y la LDH de 690 UI/L. Se mostraron sin alteraciones: la radiografía de tórax, el examen óseo, la TAC de abdomen, tórax y retroperitoneo, el electrocardiograma (ECG) y el ultrasonido abdominal. La biopsia informó el epidermotrofismo característico de la micosis fungoide (Fig. 2b)



Fig. 2a. Lesiones dermatológicas en la región anterior del tórax.

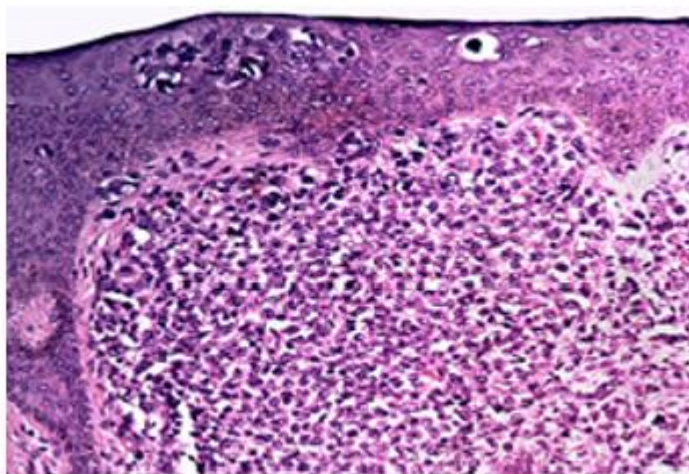


Fig. 2b. Imagen histológica anterior a un campo de mayor aumento (HE 20X).

Durante dos años de tratamiento, se emplearon antihistamínicos, esteroides tópicos y radioterapia en múltiples ciclos. Las lesiones se ocultaban por períodos y volvían a aparecer, hasta que no existieron recaídas, después de pasado 10 meses de recibir un nuevo ciclo con radioterapia.

Caso clínico No. 3

Paciente masculino, de tez blanca, con 78 años, dedicado a las labores agrícolas, fumador y alcohólico crónico, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de enfermedad oncológica. Asistió a consulta por presentar lesiones tumorales (Fig. 3a), que aparecieron desde hacía tres años, en región de la cara, cuello, axilas y tórax, de entre tres y cuatro centímetros, coloración rojiza, dolorosas y algunas pruriginosas. Se acompañaron de adenopatías en la región lateral del cuello, de las axilas y en el área inguinal, no dolorosas, de entre tres y cuatro centímetros, en número de 2-3, en cada cadena ganglionar.

El estudio hematológico y de química analítica reveló una leucocitosis de $18,500 \times 10^9/L$ con predominio de neutrófilos y una eosinofilia de 21 %. La velocidad de sedimentación globular alcanzó valores de 110 mm/hora, mientras la LDH fue de 795 U/I/L. Resultaron normales los restantes exámenes, que incluyeron: radiografía de tórax, ultrasonido abdominal, TAC de tórax, mediastino y abdomen. La biopsia de la lesión muestra los linfocitos cerebriformes típicos de una micosis fungoide. (Fig. 3b).



Fig. 3a. Lesiones dermatológicas infiltrantes en la región de la cara.

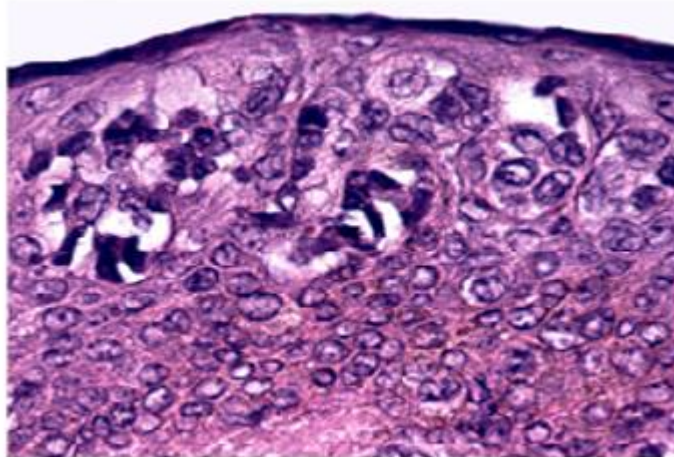


Fig. 3b. Microfotografía de varios microabcesos de Pautrier (HE 40X).

Se aplicó terapia oncológica con el esquema CHOP, hasta completar seis ciclos, más radioterapia adyuvante en varias regiones. El paciente presentó un cuadro infeccioso respiratorio que desencadenó una sepsis generalizada y luego un choque séptico que le produjo la muerte.

Caso clínico No. 4

Paciente femenina, de tez blanca, con 54 años, maestra de nivel primario, fumadora de una cajetilla de cigarrillos al día, con antecedentes de 10 años con hipertensión arterial grado I, tratada con amlodipino de 10 mg (una tableta al día), e hidroclorotiazida de 25 mg (una tableta al día). Fue interconsultada por el médico de familia por presentar tumores (Fig. 4a) en la región de la cadera y del abdomen, con más de dos años de evolución. Durante el examen físico se constataron cuatro tumores, de entre tres y cinco centímetros, coloración violácea, no dolorosas, y algunas pruginosas. Se acompañaron de adenopatías axilares derechas, de entre dos y tres centímetros, en número de dos, de consistencia dura, no dolorosas, adheridas a planos profundos. De igual manera, en la región inguinal derecha se encontraron tres adenopatías con similares características.

Los exámenes complementarios estuvieron normales, excepto la velocidad de sedimentación globular que alcanzó cifras de 84 mm/hora y la LDH de 650 UI/L. Fueron interpretados dentro de los límites normales: la radiografía de tórax, el ultrasonido abdominal, la TAC de tórax, mediastino, abdomen y retroperitoneo. La biopsia de la región del abdomen muestra un infiltrado linfóide en banda liquemóide extenso, propio de la micosis fungoide. (Fig. 4b)



Fig. 4a. Lesiones con áreas de necrosis.

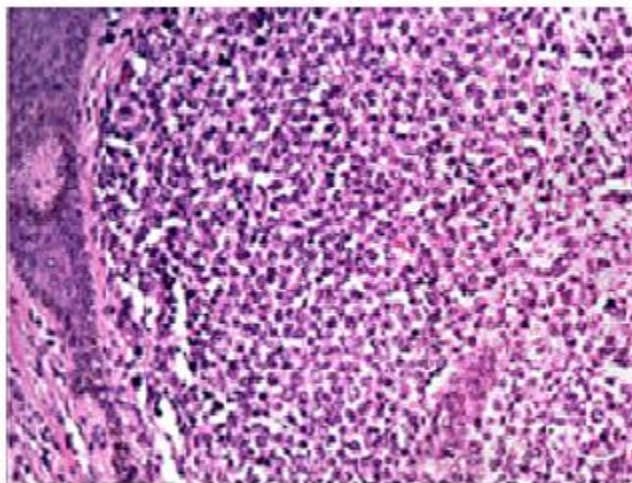


Fig. 4b. Histología anterior a un campo de mayor aumento (HE 20X).

Se administraron seis ciclos de tratamiento con el esquema CHOP y radioterapia adyuvante. La paciente evolucionó de manera satisfactoria y luego no volvió a consulta por traslado a otra provincia.

DISCUSIÓN

Los linfomas cutáneos de células T, en los que se encuentra las micosis fungoide, representan un grupo heterogéneo de entidades, cuyo diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos, histopatológicos y de

inmunofenotipo celular. Se presentan en pacientes con cualquier color de piel, y fueron diagnosticadas de manera general con una frecuencia aproximada de 10 casos por millón de habitantes, cada año. No obstante, en EE.UU. se estima una incidencia menor en hispanos y asiáticos que en la población clasificada como blanca.^(4,8)

El síndrome de Alibert-Bazines o micosis fungoide, es el tipo más frecuente de linfomas cutáneos de células T y corresponde al 10 % de todos los linfomas no Hodgkin. Se trata de una proliferación de linfocitos de tamaño mediano a pequeño, con núcleo cerebriforme y marcado epidermotropismo. Durante la evolución de la enfermedad, esta alteración linfocitaria da lugar a una sucesión de lesiones que se caracterizan por presentar manchas, placas y tumores.^(6,9)

Se trata de una afección que se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Es poco común en menores de 20 años y se consideran signos de mal pronóstico, la edad avanzada del paciente, así como el diagnóstico tardío.⁽¹¹⁾

Los tumores se pueden originar sobre la base de un aumento en el número de linfocitos pequeños atípicos, cuyo infiltrado alcanza profundidad en la dermis, o por la transformación de los linfocitos en células grandes. En atención a lo antes referido, resulta necesario el estudio histológico de toda lesión tumoral en un paciente con micosis fungoide. El incremento marcado de determinadas interleucinas presentes en la piel y en la sangre periférica, son producidas por los linfocitos atípicos, responsables del proceso de formación tumoral.^(12,13)

Con respecto a la etiología de la micosis fungoide, hasta el momento se desconoce. No obstante, se han dado a conocer diversas hipótesis no corroboradas, sobre la implicación de algunos virus, tales como el virus linfotrópico humano de células T, tipo 1 y 2 (HTLV-1-2), los herpes virus y el virus de Epstein-Barr. De igual forma, se estudia la acción de determinados contaminantes ambientales, las dermatosis inflamatorias crónicas, así como la predisposición genética.^(5,8)

Desde el punto de vista clínico, las lesiones iniciales aparecen a menudo en la región de los glúteos y en las áreas no expuestas. Le sigue un patrón evolutivo de manchas-placas-tumor, con un curso indoloro y lento a lo largo de meses o años, en la mayoría de los casos. Pueden encontrarse en un mismo paciente lesiones en distintos estadios evolutivos. Si solo se detectan tumores, es necesario indagar en la presentación previa de manchas o placas y considerar otros tipos de linfomas cutáneos de células T.^(3,14)

El criterio histopatológico más específico para definir una micosis fungoide o Síndrome de Alibert-Bazines lo constituyen los microabscesos de Pautrier, observados en el 10 % de los casos. Otros hallazgos típicos, pero no específicos, son la constatación de linfocitos de tamaño medio/grande en epidermis, de mayor tamaño que los linfocitos dérmicos. Los linfocitos alineados "en fila india" en la unión dermoepidérmica y los agrupados en "nidos", también suponen elementos histopatológicos característicos.^(6,15)

Existen subtipos de micosis fungoide que presentan hallazgos clínicos y patológicos particulares, así como una evolución distinta. En este sentido, se puede hacer referencia a las formas ampollasas, granulomatosas, hiperpigmentadas o hipopigmentadas, foliculotrópica, entre otras.^(6,12)



El diagnóstico de la micosis fungoide en estadios tempranos es de suma importancia (sobre todo en términos de pronóstico y de planteamiento terapéutico). A menudo, en estadios iniciales, la enfermedad se confunde con otras dermatosis y llegan a existir discordancias clinicopatológicas. El principal diagnóstico diferencial se debe hacer con la psoriasis porque en estadios iniciales ocurre en las mismas zonas del cuerpo afectadas por la micosis fungoide.^(7,10)

La mayor parte de los casos se diagnostican en la etapa T3, de acuerdo al sistema de estadificación tumor, ganglio linfático, metástasis (TNM), del linfoma cutáneo de células T, I. Asimismo, se reconocen cuatro marcadores independientes de peores pronósticos de supervivencia: el estadio, la edad, el foliculotropismo y los niveles elevados de LDH sérica.^(1,15)

La supervivencia como pronóstico es independiente del estadio. En el estadio I-A se ha confirmado una supervivencia de hasta 10 años, en el 83 % de los casos. En pacientes con lesiones de tipo mancha o placa - con extensión tumoral-, la supervivencia es del 42 % y en los que existe afectación ganglionar, es del 20 %.^(9,14)

El aumento en la calidad de vida es el principal objetivo, determinado por la capacidad de curar y maximizar los periodos de remisión o de estabilización de la enfermedad. En esa misma línea, se procura reducir al mínimo los efectos del tratamiento y de la toxicidad, que son las preocupaciones centrales en la atención médica. La terapia se considera paliativa para la mayoría de los pacientes, debido a lo cual, con frecuencia se logran grandes mejorías en los síntomas.^(2,4)

CONCLUSIONES

La micosis fungoide es una enfermedad que, aunque afecta la piel, debe ser conocida por otras especialidades médicas, pues el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno resultan elementos a tener en cuenta en el pronóstico. Aunque aún se desconoce la etiología, queda claro que el estudio histopatológico es fundamental para el dictamen médico, una vez instaurada la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Valencia Ocampo OJ, Correa LA, Wolff Idárraga JC, Velásquez Lopera MM. Micosis fungoide, serie de 41 casos en Medellín, Colombia. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2022;113(2):202-6. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-micosis-fungoide-serie-41-casos-articulo-S0001731021003112>
2. Domínguez Gómez MA, Reyes Salcedo CA, Morales Sánchez MA, Navarrete Franco G, Ramos Garibay J, González Maribet AG, et al. Variedades clínicas de micosis fungoide en una cohorte. *Gac Méd Méx*



[Internet]. 2021;157(1):43-9. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000100043&Ing=es

3. Montes Torres A, Lezcano Biosca V, De la Fuente Meira S, Prieto Torres L. Micosis fungoide papular en el anciano: a propósito de 2 casos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2021;56(5):308-10. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-micosis-fungoide-papular-el-anciano-S0211139X21000676>

4. Muñoz Estrada VF, Cázares Coss y León VY, Ylé Arámburo EL. Micosis fungoide: Diferentes formas clínicas de una misma enfermedad. Rev Med UAS [Internet]. 2022;12(3):e456. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v12/n3/micosisfungoide.html>

5. Acosta Pérez TA, Obando Martínez MA, Gómez Gutiérrez R, Orjuela E, Acosta Tascón L. Micosis fungoide: diez años de experiencia en un centro de referencia especializado en Cali-Colombia, 2013-2023. Rev Col Hematol Oncol [Internet]. 2024;11(1):e673. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/673>

6. Rentería Lozano S, Varela Villalobos S, Daza Vergara J, Sanabria Cabrera A. Micosis fungoide en fase tumoral. FDC [Internet]. 2023;17(1):e353. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/353>

7. Molgó M, Reyes Baraona F. Actualización en diagnóstico y manejo de micosis fungoide y síndrome de Sézary. Rev. Chil. Dermatol [Internet]. 2020;31(4):e3. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/3>

8. Pujol RM, Gallardo F. Linfomas cutáneos. Parte I: micosis fungoide, síndrome de Sézary y proliferaciones linfoides cutáneas CD30 positivas. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2020;112(1):14-23. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-linfomas-cutaneos-parte-i-micosis-articulo-S0001731020303070>

9. Dávalos Tanaka M, Palacios López C. Micosis fungoide: Revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2022;43(5):314-8. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=108415>

10. Junco Bonet M, Betancourt Betancourt G, Machado García J. Mucosis fungoide en estadio tumoral: presentación de un caso. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2016;20(1):e3828. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3828>

11. Fernández Freire MA, Pavón Vallejos EM, Zhiminay Vega VM, Gutiérrez L, Paca Guamushi VA. Micosis fungoide presentación agresiva, reporte de caso. Ciencia Latina [Internet]. 2023;7(3):3940-50. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6453>

12. Muñoz González H, Molina Ruiz AM. Variantes clínico-patológicas de micosis fungoide. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2017;108(3):45-59. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en:



<https://www.actasdermo.org/es-variantes-clinico-patologicas-micosis-fungoide-articulo-S0001731016303428>

13. Santos González M, Companioni Maya Y, Espinoza Pérez D. Micosis fungoide una enfermedad simuladora. FDC [Internet]. 2022;15(2):e264. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en:

<https://revfcd.sld.cu/index.php/fdc/article/view/264>

14. Tablada Robinet ME, López Pupo N, Rodríguez Torres G, Jacas Portuondo AL, Baltazar Green A. Características clinicoepidemiológicas de pacientes con micosis fungoide. MEDISAN [Internet]. 2014;18(2):205-10. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200009&lng=es

15. Alacán Pérez L, Figueredo Bernal M, Rodríguez Estupiñán A. Micosis fungoide en estadio tumoral, a propósito de un caso. FDC [Internet]. 2020;14(1):e197. [acceso: 07/07/2024]. Disponible en:

<https://revfcd.sld.cu/index.php/fdc/article/view/197>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Financiación

Los autores declaran que no hubo subvenciones involucradas en este trabajo

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Juan Carlos González Rodríguez, Mabel Agramonte Cuan y Yoani Socarras Vidal.*

Análisis formal: *Juan Carlos González Rodríguez y Mabel Agramonte Cuan.*

Metodología: *Yoani Socarras Vidal y Rolando Rodríguez Puga.*

Administración del proyecto: *Yoani Socarras Vidal.*

Recursos: *Juan Carlos González Rodríguez.*

Software: *Juan Carlos González Rodríguez y Mabel Agramonte Cuan.*

Supervisión: *Juan Carlos González Rodríguez, Mabel Agramonte Cuan y Yoani Socarras Vidal.*

Validación: *Yoani Socarras Vidal y Mabel Agramonte Cuan.*

Redacción-borrador original: *Juan Carlos González Rodríguez, Mabel Agramonte Cuan y Yoani Socarras Vidal.*

Redacción-revisión y edición: *Yoani Socarras Vidal y Rolando Rodríguez Puga.*

Recibido: 07/07/2024.

Aprobado: 08/08/2024.

