
Resposta / Reply

Aos autores do caso micose fungóide unilesional, publicado na sessão “Qual o seu diagnóstico”, Anais Brasileiros de Dermatologia, novembro/dezembro de 2010, diante da resposta de vocês à correspondência enviada por mim aos editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia, gostaria de firmar a minha posição de não concordar com a afirmação que os critérios clínicos, histopatológicos e de imunofenotipagem utilizados para o diagnóstico do caso apresentado, micose fungóide unilesional, são suficientes e indicativos deste diagnóstico.

Clinicamente a micose fungóide caracteriza-se pela presença de *patches*, placas e eventualmente tumores. O consenso desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e pela World Health Organization (WHO), publicado em 2005¹, confirma esta afirmação e cita claramente que se apenas tumores estão presentes, o diagnóstico de micose fungóide é altamente improvável e outro tipo de linfoma cutâneo de células T deve ser considerado. Esta afirmação foi confirmada pela classificação da WHO, publicada em 2008, que reflete o consenso resultante da conferência da International Agency for Research on Cancer (IARC), realizada em Lyon, 25-27 de outubro de 2007. Na página 296 desta publicação é falado claramente que o termo micose fungóide deve ser usado apenas para os casos clássicos caracterizados pela evolução de “patches”, placas e tumores.²

O epidermotropismo com linfócitos atípicos não é encontrado apenas na micose fungóide. É um achado

encontrado com frequência em outros linfomas cutâneos de células T, entre eles o linfoma cutâneo epidermotrópico CD8+ citotóxico e também em pseudolinfomas, que podem apresentar um quadro histopatológico idêntico ao da micose fungóide.

Quanto à imunofenotipagem, a positividade para o CD3 e o CD45RO apenas determina a presença de linfócitos T no infiltrado. Esta positividade é encontrada em praticamente todos os casos de linfoma cutâneo de células T, portanto, também não é (estava escrito não são) suficiente para o diagnóstico de micose fungóide.

Gostaria de ressaltar, que estas considerações não são resultantes da minha opinião pessoal, mas de consensos realizados por equipes multidisciplinares (dermatologistas, oncologistas, hematologistas, anatomopatologistas), mundiais, estudiosos do assunto e com uma experiência muito maior que a minha em relação ao tema.

Atenciosamente,

Luciana Baptista Pereira

¹ Professora Assistente de Dermatologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

REFERÊNCIAS:

1. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphoma. *Blood*. 2005;105:3768-85.
2. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H et al, eds. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues ed 4th. Lyon, France: IARC Press; 2008.

Resposta / Reply

Agradecemos os comentários, no entanto mantemos nossa posição. Ressaltamos que consideramos salutar a divergência de opiniões e a discussão argumentativa respeitosa.

Atenciosamente,
Jonas Ribas.

Chefe do Serviço de Dermatologia da faculdade de Medicina da universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.