

REPORTE DE CASO: LINFOCITOMA CUTIS. DIAGNÓSTICO-TRATAMIENTO-EVOLUCIÓN

Case report: Lymphocytoma cutis. Diagnosis-treatment-evolution

Daisy Margarita Blanco Falette^a, Paola Miriel Vidal Brioso^b
y Gabriela Michelle Cruz Rodríguez^c

Recibido: 26 de julio, 2020 • Aprobado: 12 de septiembre, 2020

Cómo citar: Blanco Falette DM, Vidal Brioso PM, Cruz Rodríguez GM. Reporte de caso: linfocitoma cutis. Diagnóstico-tratamiento-evolución. *cysa* [Internet]. 9 de junio de 2021 [citado 16 de junio de 2021];5(2):159-67. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2215>

Resumen

Reporte de un caso, paciente masculino de 7 años de edad, con neoformación única en espalda, sin historia de trauma o infección, sugestiva para diagnóstico de Linfocitoma cutis. Dicha entidad se caracteriza por simular clínica e histológicamente el linfoma cutáneo, por tal razón, se describen las características que permiten identificar si la clínica es de buen pronóstico o no.

Palabras clave: Linfocitoma cutis; pseudolinfomas; linfoma cutáneo; inmunohistoquímica.

Abstract

Report of a case, a 7-year-old male patient, with a single neoformation on the back, without a history of trauma or infection, suggestive for a diagnosis of cutis lymphocytoma. This entity is characterized by clinically and histologically simulating cutaneous lymphoma, for this reason, the characteristics that allow us to identify if the clinical picture is of good prognosis or not are described.

Keywords: Lymphocytoma cutis; pseudolymphomas; cutaneous lymphoma; immunohistochemistry.

^a Doctora en medicina, especialista en Dermatología Pediátrica, Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0000-0001-8903-0596, Correo-e: dmbf1971@hotmail.com

^b Doctora en medicina, Residente de 3er año en la especialidad de Dermatología, Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0000-0003-0841-0189, Correo-e: vidal.brioso@hotmail.com

^c Doctora en medicina, Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0000-0002-5082-7933, Correo-e: cruzgabriela07@gmail.com



Introducción

Los pseudolinfomas son un grupo de procesos linfoproliferativos benignos de la piel de etiología desconocida, aunque algunos autores coinciden en que se trata de una respuesta inmunológica local exagerada frente a una variedad de estímulos.¹

Tales procesos se asemejan clínica e histológicamente al linfoma cutáneo, producto de la presencia de infiltrados inflamatorios predominantemente linfocitarios T o B.¹

La importancia de conocer esta patología radica en su forma de presentación, historia y evolución al momento del diagnóstico, que junto a otras pruebas nos permiten diferenciar entre un cuadro maligno o benigno.

De acuerdo al predominio, los pseudolinfomas pueden clasificarse en:

- a) Pseudolinfomas T, que a su vez pueden ser: pseudolinfoma T cutáneo de origen idiopático, asociado a reacciones medicamentosas de tipo linfomatoide y a dermatitis de contacto linfomatoide, reacciones nodulares persistentes a picaduras de artrópodos, sarna nodular, linfomatosis papuloide y reticuloide actínico.^{1,2}
- b) Pseudolinfomas B, donde se pueden destacar: linfocitomas cutis idiopático, linfocitoma cutis por borrelia, linfocitoma cutis inducido por tatuaje, linfocitoma cutis cicatrizal post-zoster y reacciones nodulares persistentes a picaduras de artrópodos.^{1,2}

Especialmente, el linfocitoma cutis idiopático, también llamado sarcoide de Spiegler-Fendt es el prototipo y más común ejemplo de pseudolinfomas B, con dos formas clínicas de presentación: locali-

zada (72 %) y generalizada (28 %). Clínicamente, se presenta como un nódulo o tumor asintomático de tamaño de una arveja que se agranda lentamente pudiendo alcanzar 4 cm de diámetro, de color rojo, rojo amarronado, rojo purpúrico o piel normal, blando, pastoso o firme. Se localiza con mayor frecuencia en cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades superiores.^{1,2}

La forma generalizada conocida como linfocitoma cutis miliar es atípica y suele comprometer cara, pero a veces toma el torso y las extremidades. En general, puede afectar ambos sexos y todas las edades, no obstante, con mayor frecuencia en el rostro de mujeres jóvenes.^{1,2}

Algunos textos prefieren el término hiperplasia linfocítica reactiva o infiltrado linfocítico cutáneo benigno por la probabilidad de agrupar de forma inadecuada lesiones de naturaleza diversa y heterogénea en la que la única característica común es la de generar infiltrados linfocíticos densos, hasta que por medio de la anamnesis, histología y pruebas complementarias se alcance el diagnóstico de entidades bien definidas; por ejemplo, la enfermedad de Jessner Kanoff.³

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 7 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos que acudió a consulta de dermatología pediátrica por presentar dermatosis que afecta espalda, de 2 meses de evolución, dolorosa a la palpación, constituida por neoformación única de consistencia pétreo, ligeramente hiperpigmentada con bordes infiltrados, bien definidos de 5 x 3 cm de diámetro aproximadamente. (Imágenes 1 y 2)

Al realizar historia clínica la madre negó: antecedentes de proceso infeccioso o traumático reciente.



Imágenes 1 y 2. Día 1 en consulta de dermatología pediátrica.

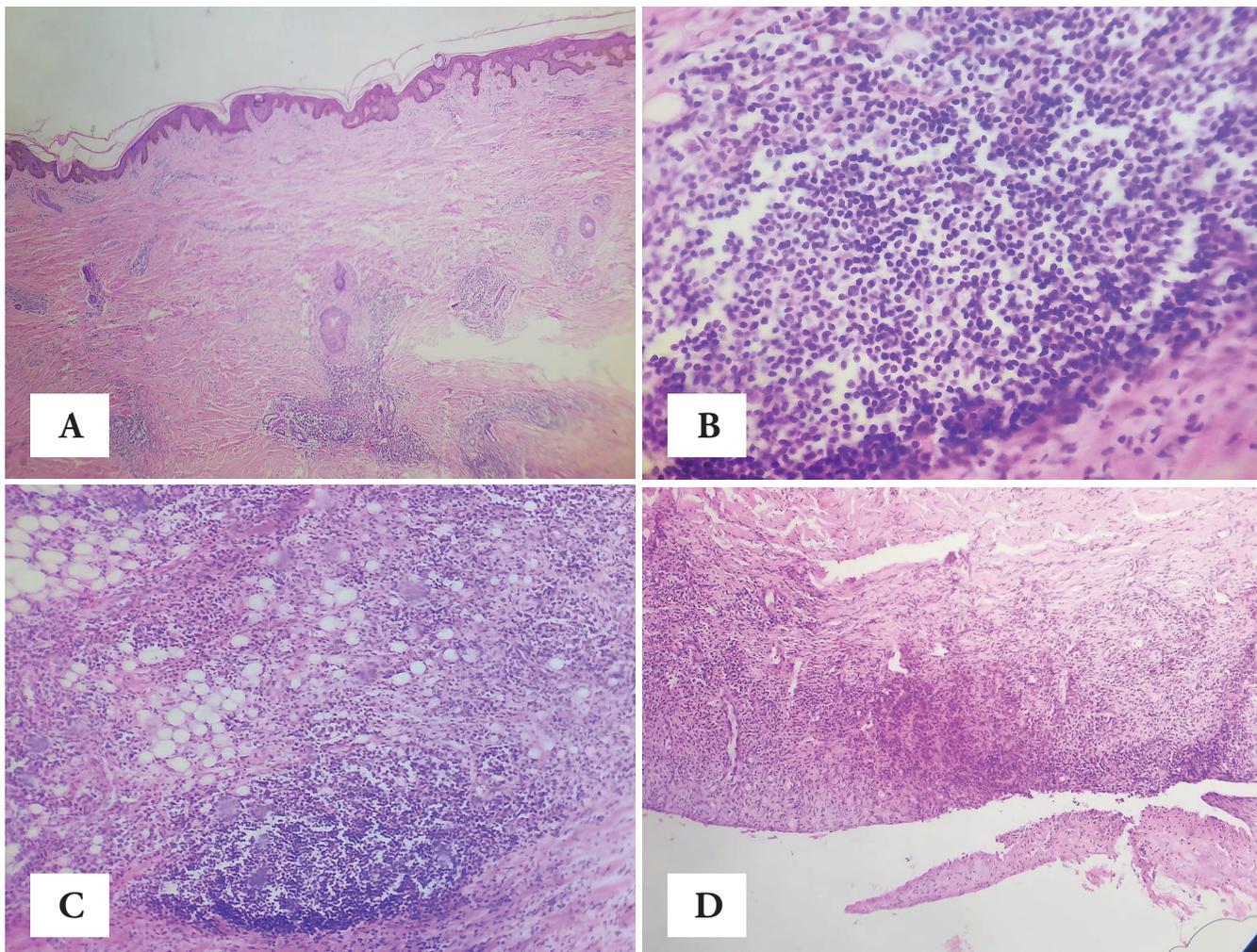
Fuente: imágenes de paciente.

Se realizaron exámenes de laboratorio, incluyendo hemograma, glicemia, examen de orina, coprológico, ASO y función hepática, encontrándose estos dentro de los límites de referencia normales.

Se procedió a realizar biopsia de la lesión con un reporte histopatológico descrito como: denso infil-

trado linfoplasmocitario parchado y difuso en dermis, que se extiende hasta el tejido celular subcutáneo.

Nota: compatible con diagnóstico histopatológico de denso y difuso infiltrado con predominio de células linfoides y plasmáticas, por lo que se recomienda realizar inmunohistoquímica.



Imágenes A y B. Denso infiltrado linfoplasmocitario.

Imagen C. Infiltrado linfoplasmocitario en dermis.

Imagen D. Extensión hasta el tejido celular subcutáneo de infiltrado linfocitario.

Fuente: fotos cortesía del departamento de Histopatología del Instituto Dermatológico y cirugía de piel (IDCP).

Se realizó inmunohistoquímica, la cual reportó: presencia de linfocitos CD45, CD20 y CD3 positivos, con expresión policlonal de cadenas ligeras Kappa y Lambda, lo cual es vinculable con hiperplasia linfoide reactiva cutánea o linfocitoma cutis.

Por lo que se instauró tratamiento con Acetonida de triamcinolona (Tarosone 10mg-5ml®) a razón de 1 ml intralesional cada 15 días.

MPPath

**Molecular Oncopathology Lab
Pathology Immunohistochemical Report**

Report Date: 6/10/2020
Collection Date: 3/16/2020
Received Date: 6/8/2020
Processed Date: 6/9/2020

Patient Name: Wilton Figueroa
DOB/Age: 7 y.o.
Sex: Male
Specimen: Skin, Back , biopsy
Physician Name: Dra. Montero
Surgical Number: 2020-02471
Specimen Number: MPP-20-2318

**Instituto Nacional de Cáncer "Rosa Emilia
Sánchez Pérez de Tavares" (INCART)
Centro de Anatomía Patológica
Ave. Correa y Cidrón esq. Rafael Sánchez Ravelo
Santo Domingo, República Dominicana**

Clinical Data: 7 y.o. Male with Back Mass

Lymphoma Immunohistochemical Analysis

Antibody	Clone	Description	Results
CD45	PD7/26+2B11	Pan leukocyte cocktail	POSITIVE
CD20	L26	Mature B cell marker	POSITIVE
CD3	CD3	Pan T-cell marker	POSITIVE
BCL-2	2/100	Cell cycle protein, FCC lymphomas	NEGATIVE
KAPPA	POLYCLONAL	Light chain, B lymphocytes, plasma cells	*PS/PC
LAMBDA	POLYCLONAL	Light chain, B lymphocytes, plasma cells	*PS/PC
CD30	KI-1	Reed Sternberg cells KI-1 lymphomas	NEGATIVE

*POLYCLONAL STAINING/PLASMA CELLS

Interpretation

SKIN, BACK BIOPSY: REACTIVE CUTANEOUS LYMPHOID HYPERPLASIA (LYMPHOCYTOMA CUTIS). LYMPHOCYTES HAVE A MIXED B AND T CELL PHENOTYPE, POLYCLONAL LIGHT CHAIN EXPRESSION AND LACK OF REED STERNBERG CELL ASSOCIATED ANTIGENS. THESE RESULTS TOGETHER WITH THE MORPHOLOGIC FINDINGS SUPPORT THE ABOVE IMPRESSION.

INTERNAL AND EXTERNAL IHC CONTROLS HAVE BEEN SIMULTANEOUSLY ANALYZED TO CONFIRM ANTIBODY REACTIVITY AND FOUND TO BE ADEQUATE.

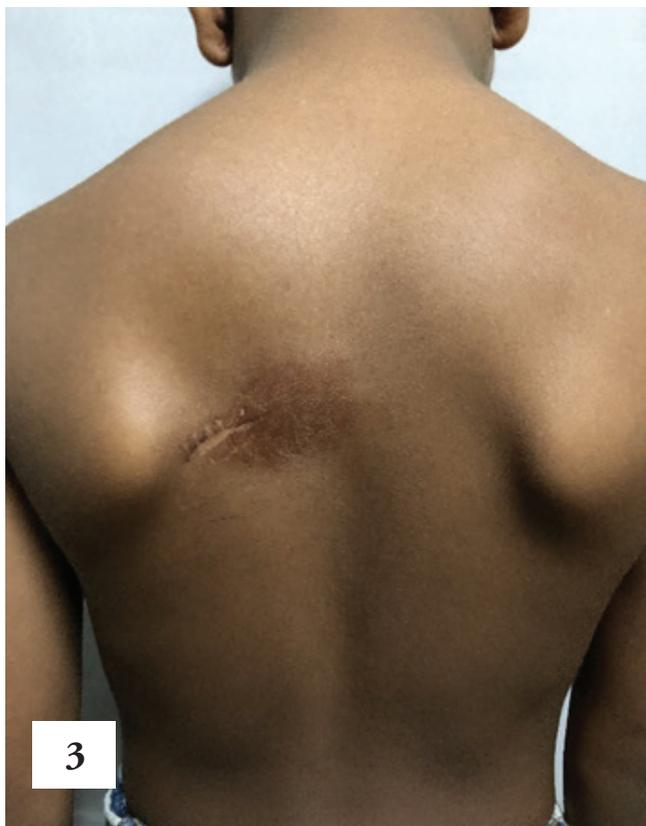
These tests were developed and their performance characteristics determined by Atlantic Health Systems. They may not be cleared or approved by the U.S. Food and Drug Administration. The FDA has determined that such clearance or approval is not necessary. These tests are used for clinical purposes. They should not be regarded as investigational or for research. This lab has been approved by CLIA 88 , designated as a high complexity laboratory and is qualified to perform these tests.

Bader M. Pedemonte, M.D.
Hematopathologist
Electronic signature

MP Pathology
Atlantic Consolidated Lab (ACL)
100 The American Road, Ste. 128
Morris Plains, NJ 07950
Phone (973) 867-7298

Fuente: reporte de inmunohistoquímica por Dra. Bader M. Pedemonte, Hematopatóloga del laboratorio Atlantic Consolidated.

Durante el seguimiento se evidenció una respuesta satisfactoria de la lesión a los 15 días iniciado el tratamiento.



Imágenes 3 y 4. Lesiones 15 días después del inicio del tratamiento

Imágenes 5 y 6. Lesiones 30 días después de inicio del tratamiento



Imágenes 7 y 8. Lesiones 45 días después del inicio del tratamiento

Fuente: fotos cortesía del departamento de dermatología pediátrica del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP).

Discusión

En estudios inmunohistoquímicos, los pseudolinfomas T son CD4+, excepto los reticuloide actínico que son CD8+, y la papulosis linfomatoide tipo A que son CD30+.

Por su parte, los pseudolinfomas B, revelan predominio de células B con 5 a 20 % de células T. La presencia de cadenas l y k en las células B es la característica más importante.

Gracias a los métodos de biología molecular aplicados al estudio de inmunofenotipo para determinar la clonalidad de las células B y T, ha sido posible diferenciar los procesos linfoproliferativos malignos de los procesos reactivos benignos.⁴ Estos revelan que los procesos benignos o reactivos habitualmente son policlonales, mientras que los procesos malignos son monoclonales, por lo general.^{5,6,7,8}

Cabe destacar, que el mejor diagnóstico se alcanza integrando el cuadro clínico, los hallazgos histológicos e inmunohistoquímica.⁴

Los pseudolinfomas de células B o hiperplasia linfoide cutánea, presentan linfocitos B politípicos y células plasmáticas con variable mezcla de células reactivas, se consideran como pseudolinfomas por su excelente pronóstico, aunque algunos investigadores lo consideran como linfoma cutáneo de células B.⁴

Se consideran diagnóstico diferencial de esta entidad: granuloma facial (si afecta cara), sarcoidosis, lupus tumido.⁷

Para su tratamiento se han realizado planes que incluyen: glucocorticoides tópicos, intralesionales, criocirugía, PUVA terapia y radioterapia.^{4,9}

Particularmente, las formas localizadas son de buen pronóstico, con gran posibilidad de regresión lesional. Cuando se identifica la causa, su eliminación conduce a la resolución, como en casos inducidos por drogas. Algunas lesiones pueden

resolverse espontáneamente luego de varios meses o pocos años, pudiendo recurrir.¹⁰⁻¹³

En casos aislados se ha informado progresión a linfoma, por lo que, a pesar de los resultados de estudios histopatológicos, inmunohistoquímicos y de clonación, es necesario el seguimiento estrecho durante un tiempo prolongado de estos pacientes.^{4,13,14,15}

Conclusión

El linfocitoma cutis tiene una presentación clínica muy variada y múltiples factores desencadenantes, por lo que es de suma importancia una completa recolección de información con respecto a la lesión que trae al paciente a la consulta, puntualizando antecedentes relacionados a traumas.

La integración de los detalles del cuadro clínico y los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos son las claves para alcanzar el mejor diagnóstico, ya que el conjunto de estos nos permitirán diferenciar el linfocitoma cutis de un linfoma de células B, que en ocasiones puede presentarse con características clínicas similares.

No obstante, es importante dar seguimiento en el tiempo al paciente por la posible recurrencia del cuadro y por la relación que tras varios estudios se ha demostrado con la presentación a linfoma. En este caso, ha sido de satisfactoria evolución el uso de glucocorticoide intralesional, en espera de completa involución de la lesión.

Bibliografía

1. Tapia O, Kam S, Valenzuela Y. (2012). Hiperplasia cutánea linfoide (Linfocitoma cutis) secundaria a fármacos: Hallazgos clínicos y morfológicos. *Int. J. Morphol.* 2012;30(1) Temuco mar.
2. Romero-Pérez D, Blanes Martínez M, Encabo-Durán B. Pseudolinfomas cutáneos. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. October 2016;107(8):640-51.
3. Ortonne N. (2014). Infiltrados linfocíticos cutáneos benignos. *EMC – Dermatología*. September 2014; 48(3):1-9.
4. López-de Oliveira E, Bacheg-Badiale G, Moraes M. Lymphocytoma cutis – Case report. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6 Suppl 1):128-31.
5. Calzado-Villarreal L, Polo-Rodríguez I, Ortiz-Romero P. Síndrome linfoproliferativo CD30+ cutáneo primario. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. March 2010;101(2):119-28.
6. Vargas-Lemus S, Alarcon H, Mora-Ruiz S. Linfocitoma cutis. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. May-Ago 2003;12(2).
7. Medina D, Flores A, Alarcon H, Ramos-Garibay A. Pseudolinfoma cutáneo B variedad linfocitoma cutis. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. May-Ago 2002;11(2).
8. Salas J. Pseudolinfomas. Revisión del tema. *Dermatología CMQ*. 2006;4(2):122-5.
9. Neumann L. (2016). La radioterapia en dermatología. A propósito de un caso de linfocitoma cutis. *Octubre-diciembre 2016*;14(4).
10. Sehgal V, Sehgal D, Lal J, Sharma S. Spiegler-Fendt Sarcoid/Lymphocytoma Cutis: A Focus on Nomenclature and Diagnosis. *Indian Journal of Paediatric Dermatology | Published by Wolters Kluwer – Medknow*; 2018.
11. Ruiz-Matta J, Vásquez-Ramírez M, Puebla-Miranda M, Cuesta-Mejías T, Galvez-Juárez Y. Folliculitis pseudolinfomatosa: reporte de caso. *Dermatología CMQ*. 2020;18(2):111-4.
12. Granados-López S, Toussaint-Caire S, Moreno-Collado C, Brindis-Zabaleta M, Ortiz-Hidalgo C. Folliculitis pseudolinfomatosa. Estudio clinicopatológico e inmunohistoquímico de 19 casos y su diagnóstico diferencial. *Gaceta Médica de México*. 2014;150(Suppl 2):232-41.

13. Rosa-Linares E. (2005). Nódulo eritematoso en horquilla esternal. *Dermatología Peruana* 2005;15(2):164-7.
14. Barragan-Estudillo Z, Pulido-Díaz N, Quintal-Ramírez M, López Ibar M. Linfoma cutáneo primario de células grandes B: informe de un caso. *Dermatología CMQ*. 2013;11(3):213-6
15. Nasser N, Nasser Filho N, Rosa TSC. Linfocitoma cutis no nariz. PE-338. In: 67. Congresso Brasileiro de Dermatologia; 2012 set 1-4; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012.