



PRESENTACIÓN DE CASO

Pseudolinfoma, un reto para la dermatopatología

Pseudolymphoma, a challenge for dermatopathology

Lucien Gregoria Bory-Porras¹✉ , Deisy Martínez-García¹ , Maidelys Ortega-Rodríguez¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

Recibido: 23 de junio de 2023

Aceptado: 9 de octubre de 2023

Publicado: 29 de octubre de 2023

Citar como: Bory-Porras LG, Martínez-García D, Ortega-Rodríguez M. Pseudolinfoma, un reto para la dermatopatología. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e6092. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6092>

RESUMEN

Introducción: el pseudolinfoma constituye una enfermedad rara y generalmente idiopática, constituye un grupo de dermatosis benignas con un cuadro histológico que lo distingue escasamente de los linfomas. Se pueden dividir en dos grandes grupos según el linfocito (T o B) predominante en los infiltrados y su presentación clínica varía de acuerdo a los estímulos que provocan la enfermedad.

Objetivo: describir una paciente con un pseudolinfoma cutáneo tratada en el servicio de Oncología del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río.

Presentación de caso: paciente femenina, de raza blanca, de 66 años, hipertensa, la cual fue inscrita en el servicio de Oncología el 9 de marzo de 2020 por presentar lesiones en la piel de color café a predominio de los miembros inferiores. Fue valorada por el servicio de dermatología que sospechó un linfoma cutáneo y condujo una sistemática diagnóstica que concluyó en hiperplasia linfoide cutánea de células B.

Conclusiones: el pseudolinfoma puede tener una presentación clínica muy variada y son muchos los factores que pueden desencadenar su aparición. Una sistemática diagnóstica que incluya interrogatorio, examen físico, histología e inmunohistoquímica es fundamental. El uso de los esteroides es eficaz para el tratamiento de la lesión cutánea y se insiste en el seguimiento posterior por dermatología.

Palabras clave: Hiperplasia Linfoide; Linfocitoma Cutis; Inmunohistoquímica.

ABSTRACT

Introduction: pseudolymphoma is a rare and generally idiopathic disease, constituting a group of benign dermatoses with a histologic picture that hardly distinguishes it from lymphomas. They can be divided into two main groups according to the predominant lymphocyte (T or B) in the infiltrates and their clinical presentation varies according to the stimuli that provoke the disease.

Objective: to describe a patient with a cutaneous pseudolymphoma treated at the Oncology Service of the General Teaching Hospital Abel Santamaría Cuadrado of Pinar del Río.

Case presentation: female patient, white, 66 years old, hypertensive, who was registered in the Oncology service on March 9, 2020 because she presented brown skin lesions predominantly in the lower limbs. She was evaluated by the dermatology department who suspected a cutaneous lymphoma and conducted a systematic diagnosis which concluded in cutaneous B-cell lymphoid hyperplasia.

Conclusions: pseudolymphoma can have a very varied clinical presentation and many factors can trigger its appearance. A systematic diagnosis including interrogation, physical examination, histology and immunohistochemistry is essential. The use of steroids is effective for the treatment of the skin lesion and subsequent follow-up by dermatology is insisted upon.

Keywords: Pseudolymphoma; Immunohistochemistry.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son neoplasias malignas que se originan de la expansión clonal de células linfoides que sufren alteraciones de su material genético, en protooncogenes y/o genes supresores de tumor. Esas alteraciones pueden ocurrir en distintos estadios durante la diferenciación de la célula linfoide, originando los diversos tipos de linfomas con características moleculares, citogenéticas, inmunológicas, morfológicas y clínicas distintas.⁽¹⁾

El término de pseudolinfoma se aplica a un grupo de dermatosis benignas con un cuadro histológico que lo distingue escasamente de los linfomas. A veces no es posible hacer esta distinción. Los pseudolinfomas cutáneos de acuerdo a su población linfoide (linfocitos B o T), patrón de infiltración (nodular o difusa) y los hallazgos clínicos asociados. Mientras que los linfomas de células T son un grupo de entidades clínico-patológicas que incluyen el reticuloide actínico, dermatitis linfomatoide por contacto, erupción linfomatoide por drogas e infiltrado linfocítico de Jessner, caracterizados histopatológicamente por un denso infiltrado linfocitario en banda en la dermis superior; el pseudolinfoma de células B representa una entidad por sí misma, utilizándose diversos términos para referirse a ellas: linfocitoma cutis, hiperplasia cutánea linfoide, sarcoide de Spiegler –Fendt, linfadenosis benigna cutis y linfoplasia cutánea.

La etiopatogenia es desconocida pudiendo en algunos casos ocurrir como una respuesta inmunológica local reactiva a desencadenantes tales como, picaduras de insectos, acupuntura, vacunas, tatuajes, fármacos, exposición a alérgenos de contacto o asociados e infecciones por herpes zóster, Borreliaburgdorferi, Leishmaniadonovani o molusco contagioso. Los fármacos más frecuentes asociados a estas lesiones son fenitoína, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina II, antihistamínicos y menos frecuente bromocriptina y cefuroxima.⁽²⁾ La importancia de conocer esta patología radica en su forma de presentación, historia y evolución al momento del diagnóstico, que junto a otras pruebas permite diferenciar entre un cuadro benigno y maligno.⁽³⁾

En el estudio histopatológico se observa habitualmente una epidermis normal, aun cuando pueden observarse grados variables de acantosis o hiperplasia pseudoepiteliomatosa en caso de picaduras de insectos, además se caracteriza por un infiltrado inflamatorio consistente en macrófagos dentro de los que aparecen partículas pigmentarias y linfocitos (T, B o ambos). En algunos casos también se pueden encontrar células plasmáticas, eosinófilos, histiocitos y células gigantes multinucleadas.⁽⁴⁾

Por su parte el estudio inmunohistoquímico de muestra una proliferación linfoide compuesta por una proporción variable de linfocitos B (CD20 Y CD79a) y T CD3 Y CD45RO), con predominio B. El índice de proliferación Kì67/MIB-1 en tanto resulta mayor en los centros germinales a diferencia de los linfomas.⁽⁵⁾

El pseudolinfoma constituye una enfermedad rara y generalmente idiopática, puede ocurrir a cualquier edad, siendo más común en adultos jóvenes, con predilección por el sexo femenino (3:1) y la afección en caucásicos es nueve veces superior a afroamericanos.⁽⁵⁾ El diagnóstico diferencial de nódulos eritematosos cutáneos de larga duración sugerente de un pseudolinfoma en pacientes provenientes de África puede incluir leishmaniasis, sífilis, micobacterias o micosis subcutáneas sin olvidar enfermedades inflamatorias como sarcoidosis o tumores como el linfoma.⁽⁶⁾

El objetivo de este artículo es presentar un caso de pseudolinfoma en una paciente tratada en el servicio de Oncología del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de piel blanca, de 66 años, inscrita en el servicio de Oncología el 9 de marzo de 2020 pues ocho meses previos comenzó a presentar lesiones en la piel de color café a predominio de los miembros inferiores. Fue valorada por el servicio de dermatología quienes sospecharon de un diagnóstico de linfoma cutáneo e indicaron diferentes estudios. Después de la inscripción fue valorada en Consulta central de oncología clínica y se decide excéresis de una de las lesiones de piel.

Antecedentes patológicos personales: Hipertensión Arterial, con 20 años de evolución y tratada con enalapril.

Examen físico:

Piel: Lesiones oscuras de color café diseminadas en ambos miembros inferiores. Lesión nodular de 3 cm en la pantorrilla izquierda y otras de similares características de menor tamaño en ambos miembros inferiores, ganglio inguinal derecho de 13mm.

Complementarios:

• Hemograma: Hematocrito: 0,39
Leucograma: $6,8 \times 10^9/L$: neutrófilos 59 %, linfocitos: 41 %

- Plaquetas: $230 \times 10^9/L$
- Hemoquímica: Glucemia: 5,01mmol/L
ALAT: 8,2 U/I
ASAT: 17,4 U/I
Fosfatasa alcalina: 81 U/I
Bilirrubina total: 5

Bilirrubina directa: 2,2

Bilirrubina indirecta: 3

Proteínas totales: 82,9 g/L

Creatinina: 95,1 mmol/L

Albúmina: 44,1 mmol/L

LDH: 142mmol/L

- Antígenos de superficie de Hepatitis B y anticuerpos de Hepatitis C: negativos
- HIV: negativo

Estudios de imagen:

- Ecocardiograma: Sin alteraciones, FEVI:57 %
- Ultrasonido abdominal: Base pulmonar sin derrame. Bazo que mide 11 x 62 mm. Imagen quística en riñón, en su polo inferior de 11 x 17mm. Hígado con aumento de la ecogenicidad, colecistectomizada. Solo se visualiza la cabeza pancreática por gran cantidad de gases. Vejiga de paredes normales sin otras alteraciones.
- Rayos X de tórax AP: Sin alteraciones.
- Tomografía axial computarizada contrastada: Cuello: Discreto aumento del número de ganglios de localización submandibular y submentoniana, así como a nivel de ambos espacios carotídeos, ninguno de ellos menor de 5 mm de diámetro. Ganglios y fosa supraclaviculares de similares características, no alteraciones en nasofaringe ni orofaringe, discreta asimetría de la luz en la porción izquierda de la hipofaringe, por encima del seno piriforme, vestíbulo laríngeo y espacio glótico conservado. Cambios degenerativos en segmento cervical de la columna. Tórax: No ganglios patológicos en mediastino, el mayor de ellos axilar izquierdo de 13 mm en su eje corto, no derrame pleural ni pericárdico. No lesiones nodulares en parénquima de ambos campos pulmonares. Abdomen: No lesiones hepáticas. Bazo que mide 13 x 45 cm. Páncreas y suprarrenales sin alteraciones. Riñón derecho con varias imágenes quísticas, la mayor en cara anterior de 12 mm, pelvis ampulosa extrarrenal del Riñón izquierdo, presencia de ganglios periaórticos de 5 mm en su eje corto, así como ganglios en ambas cadenas ilíacas superficiales y profundas, el mayor de los profundos del lado izquierdo de 9,5 mm en su eje corto. Ganglios inguinales bilaterales aumentados de tamaño de 13 mm del lado derecho. No líquido libre intrabdominal, ni ganglios patológicos mesentéricos. Óseo: No lesiones óseas secundarias. En huesos del tórax, CLS y pelvis ósea, lesión osteoesclerótica en región subcapital de fémur derecho.

Estudios anatomopatológicos:

- Medulograma: No infiltrada por proceso tumoral.
- Biopsia de médula: No se observa infiltración por linfoma.
- Biopsia del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Almejeiras: Hiperplasia linfoide cutánea de células B.
- Inmunohistoquímica (IHQ):

- LCA: positivo
- CD20: positivo
- CD3: positivo
- CD138: positivo
- Ki67: positivo menor de 20 %

Tratamiento recibido: Se orientó el uso de protector solar y evitar la exposición al sol. Se indicó tratamiento con esteroides y cremas tópicas, se suspendió el tratamiento con enalapril.

Se alcanzó mejoría de las lesiones quedando la paciente con seguimiento por la especialidad de dermatología.

DISCUSIÓN

Como ya se explicó existen pocos casos documentados en la literatura acerca del pseudolinfoma cutáneo. El diagnóstico es muy difícil para la dermatopatología y diferenciar lo bueno de lo posiblemente malo a través del microscopio es un reto, y más aún si las células a diferenciar son linfocitos. Las lesiones de color café difieren de las eritematosas en tórax y abdomen reportadas por Vargas Gutiérrez,⁽⁷⁾ y de la lesión única papuloeritematosa en región malar izquierda de Caravanti.⁽¹⁾

En el caso de Joao Borges-Costa,⁽⁶⁾ se describió la aparición de cinco nódulos eritematosos en tronco y extremidades, medianamente pruriginosos que aparecieron simultáneamente, el paciente al igual que la presentada en este trabajo no presentaba enfermedades sistémicas, antecedente de enfermedad de la piel, picaduras de insectos o exposiciones recientes a drogas o químicos.

La inmunohistoquímica es fundamental para la obtención de un diagnóstico correcto. Se aprecia que los marcadores CD20 (células B) y CD3 (células T) fueron positivos lo que indica un infiltrado mixto de estas células. Este resultado coincide con la literatura revisada.⁽¹⁾

En algunos casos los pacientes no precisan tratamiento,⁽⁸⁾ sin embargo, en otros casos se benefician de tratamientos con esteroides tópicos e intralesionales.⁽⁶⁾ Hugo Cabrera,⁽⁹⁾ recomienda un tratamiento local como la infiltración de corticosteroides como la triamcinolona, tratamiento tópico con tacrolimus al 0,1 % en ungüento o la extirpación quirúrgica. Cuando la respuesta no es suficiente por tratarse de lesiones múltiples, muy extendidas o residuales, se puede recurrir al tratamiento sistémico con Metotrexato, ciclosporina o hidroxicloroquina.⁽⁵⁾

El seguimiento estrecho posterior al tratamiento es importante pues la enfermedad puede recidivar y en algunos casos evolucionar a la malignidad. 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.^(3,10)

CONCLUSIONES

Los pseudolinfomas cutáneos son una entidad benigna y poco frecuente que aparece ante la presencia de un agente como resultado una reacción inmunológica. Su origen es multifactorial, por lo que es difícil encontrar la causa adyacente. La presentación clínica es muy variada por lo que ante la sospecha es indispensable realizar estudio histopatológico de las lesiones, esto nos enfoca hacia el diagnóstico definitivo y a descartar patologías malignas. En el caso de nuestra paciente el único factor asociado que se encontró fue el uso de enalapril, sin embargo, no se pudo corroborar que dicho medicamento haya sido el causante de la dermatosis. Este padecimiento se debe concebir como crónico y aunque tiende a la resolución espontánea, existe la posibilidad de la aparición de un linfoma cutáneo en las mismas áreas donde se diagnosticó el linfocitoma cutis por tanto la monitorización clinicopatológica es crucial. El uso de los esteroides se reporta como eficaz para el tratamiento de la lesión cutánea pero es necesario insistir en el seguimiento por dermatología en busca de cualquier transformación o aparición de nuevas alteraciones en la piel del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

LGBP: Idea original, revisión bibliográfica, redacción del artículo, revisión final y aprobación del informe final.

DMG: Revisión bibliográfica, revisión clínica, aprobación de la versión final.

MOR: Revisión clínica, redacción del artículo, aprobación de la versión final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caravanti NC, Vendrame CB, de Aguiar BS. Hiperplasia linfoide cutánea de patrón reaccional (Pseudolinfoma) Presentación de caso. Revista Corpus Hippocraticum [Internet]. 2019 [Citado 26/07/2022]; 1(1). Disponible en: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/155/129>
2. Bracho-Villalobos GA, Rivas AK, Pérez HG. Pseudolinfoma cutáneo a propósito de ocho casos clínicos e histopatológicos. Revista del Colegio de Médicos Veterinarios del Estado Lara [Internet]. 2018 [Citado 26/07/2022]; 15(8). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7782002>
3. Blanco Falette DM, Vidal Brioso PM, Cruz Rodríguez GM. Reporte de caso: linfocitoma cutis. Diagnóstico-Tratamiento-Evolución. Ciencia y Salud [Internet]. 9 de junio de 2021 [Citado 26/07/2022]; 5(2): 155-57. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2215>
4. Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma. SurgPatholClin [Internet]. 2017 [Citado 26/07/2022]; 10(2): 455-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1875918117300156>

5. Cattani G, Florian AB, Solva EW, et al. Linfocitoma cutis localizado: presentación de caso. Hematology, transfusión and cell therapy [Internet]. Oct 2021 [Citado 26/07/2022]; 43(sup.1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531137921002753>
6. Borges-Costa J, Seixas J, Soares de Almeida L, Kutzner H. Nódulos cutaneous eritematosos emdoente residente na África Austral: pseudolinfoma. Revista SPDV [Internet]. 2020 [Citado 21/08/2022]; 78(2): 158-164. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/335291117.pdf>
7. Vargas Gutiérrez S, Ramos Valdés JR, Martín Pozo Y. Plasmocitosis cutánea, forma infrecuente de pseudolinfoma cutáneo. Informe de caso. Acta méd centro [Internet]. 2022 Mar [Citado 21/08/2022]; 16(1): 158-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100158
8. Ruiz Matta JM, Vázquez Ramírez M, Puebla Miranda M, Cuesta Mejías T, Gálvez Juárez YA. Folliculitispseudolinfomatosa: reporte de caso. Dermatología CMQ [Internet]. 2020 [Citado 21/08/2022]; 18(2): 111-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2020/dcm202h.pdf>
9. Cabrera HN, Casas JG, Griffa E, Sorgentini C. Folliculitis pseudolinfomatosa de McNutt (localización nasal). Dermatología argentina [Internet]. Julio-Septiembre de 2021 [Citado 21/08/2022]; 27(3): 111-114. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/2187/1204>
10. Vicente Cid A. Reacciones cutáneas adversas en tatuajes decorativos: presentación de 9 casos y revisión de la literatura. Trabajo de Fin de Grado [Tesis]. Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Medicina e Odontoloxía; 2020 [Citado 21/08/2022]. Disponible en: <https://dspace.usc.es/xmlui/handle/10347/24846>