

Pseudolinfoma cutáneo en una gestante en Boyacá, Colombia: reporte de un caso

Cutaneous pseudolymphoma in a pregnant woman in Boyacá, Colombia: A case report

Julie Yamile Fonseca Reyes,¹ Yardany Rafael Méndez Fandiño,² Juan Sebastián Martínez Martínez,³ Samuel Mendoza Vargas,³ Sergio Enrique Mendoza Rodríguez³ y Juan Carlos Vega⁴

¹ Dermatóloga, profesora asistente de dermatología, Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, q.e.p.d.

² Médico internista, profesor asistente, Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

³ Estudiantes de medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

⁴ Patólogo, Servicio de Patología Famedit, Hospital San Rafael de Tunja.

RESUMEN

El pseudolinfoma cutáneo es una entidad de curso benigno caracterizada por el desarrollo de una lesión con abundante infiltrado linfocitario policlonal, clínicamente es asintomática, con formación de una pápula o placa de color violáceo. Su etiología es multifactorial y se han encontrado estímulos químicos y físicos. Clínica e histológicamente puede confundirse con un linfoma, por tanto, el estudio por inmunohistoquímica será la prueba confirmatoria para el diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica y el uso de corticoides sistémicos, tópicos o infiltrados, su evolución es favorable e incluso ha llegado a desaparecer sin ningún tipo de intervención o simplemente cuando se retira el estímulo causante de la patología. Se presenta el caso de una gestante de 33 años de edad, con diagnóstico de pseudolinfoma cutáneo confirmado con marcadores de inmunohistoquímica, que desarrolla la lesión luego de la picadura de un insecto y que posterior a la biopsia se presenta iatrotropismo de la lesión.

PALABRAS CLAVE: *pseudolinfoma, mordeduras y picaduras de insectos, inmunohistoquímica.*

ABSTRACT

Cutaneous pseudolymphoma is a benign entity characterized by the development of a lesion with abundant polyclonal lymphocytic infiltrate, it is clinically asymptomatic, with formation of a violaceous papule or plaque. Clinically and histologically it could be confused as lymphoma, thus, the study by immunohistochemistry will be the gold standard for diagnosis. Treatment consists in surgical resection and the use of systemic, topical or infiltrated corticosteroids, its evolution is favorable even to be resolved without any intervention or just when the cause of the disease stimulus is removed. We report a case of a pregnant patient aged 33, diagnosed with cutaneous pseudolymphoma confirmed by immunohistochemistry markers, the lesion develops after an insect bite and after biopsy of the lesion it presented iatrotropism.

KEYWORDS: *pseudolymphoma, insect bites and stings, immunohistochemistry.*

Introducción

El pseudolinfoma cutáneo es un término comúnmente utilizado para definir un grupo heterogéneo de procesos benignos que asemejan las características clínicas e histológicas de un linfoma maligno.¹⁻⁸ Cursa con linfoproliferación policlonal en piel que puede ser circunscrita o generalizada, y es posible clasificarla de acuerdo con el tipo de células dominantes en pseudolinfoma de células B o pseudolinfoma de células T.^{1,2,4,5,7,8} Se ha reportado una incidencia mayor en mujeres que en hombres, con una re-

lación de 2:1. Puede aparecer en cualquier grupo de edad, aunque es más común en pacientes menores de 40 años; también se reporta que el pseudolinfoma borrelial es más común en niños; aunque muchos de los casos de pseudolinfoma cutáneo se han reportado en personas de raza blanca, aún no se ha establecido la predilección racial.^{1,4,8}

Los mecanismos patogénicos no están muy claros, pero se informa que se pueden desencadenar por medicamentos, vacunas, picaduras de insectos, tatuajes, contacto con alérgenos, cicatrices posherpes zóster e infecciones

CORRESPONDENCIA

Juan Sebastián Martínez Martínez ■ jsmartinez106@gmail.com
Escuela de Medicina, UPTC, Av. Central del Norte 39-115, CP 150003. Teléfono: 57 31-4402-7332.

por *Borrelia burgdorferi* y *Leishmania donovani*.^{1,3,7-9} Las regiones de la piel más afectadas son la cara, extremidades superiores y el pecho.^{1,4} Las lesiones se describen como asintomáticas y solitarias, con la forma de placas, pápulas o nódulos color violáceo.¹

Se cura espontáneamente después de la interrupción del factor desencadenante, en el caso de los fármacos, o después de iniciar un tratamiento no agresivo con corticosteroides tópicos o intralesionales, escisión quirúrgica, criocirugía o tratamiento láser.^{2-4,6}

Se necesita la combinación de datos clínicos, histopatológicos y de marcadores de inmunohistoquímica para llegar a un diagnóstico preciso.⁴

Presentación del caso

Se presenta el caso de paciente femenino de 33 años de edad, procedente del municipio de Tunja (Boyacá, Colombia), con edad gestacional de 12 semanas, con antecedente de hipoglucemia, un aborto espontáneo y una amenaza de aborto del actual embarazo, sin antecedentes de alergias personales o familiares. Refiere cuadro clínico de tres meses de evolución consistente en la formación de una pápula en el dorso nasal, posterior a la picadura de un insecto. La paciente se automedicó con ampicilina, no refiere dosis ni duración del tratamiento y manifiesta que no ha tenido mejoría. Durante el examen físico se encuentra un nódulo eritematoso-violáceo, de un diámetro aproximado de 1 cm localizado entre el dorso y el ala nasal izquierda, de consistencia blanda a la palpación, con presencia de bordes irregulares y mal diferenciados (figura 1).



Figura 1. Es posible apreciar la formación del nódulo, con bordes irregulares y cambios en la pigmentación de la piel.

Se ordena biopsia de piel, la cual se realiza con punch 3,0, sin complicaciones. Del análisis de la biopsia se obtiene una muestra irregular de tejido, de consistencia elástica, de color blanquecino, mide 0.2 × 0.1 × 0.1 cm, que histológicamente muestra una epidermis ortoqueratósica de grosor normal, dermis con infiltrados linfocitarios perivasculares y perifoliculares, superficiales y profundos que ocupan todo el espesor de la misma (figura 2). Se solicitan marcadores de inmunohistoquímica con CD3, CD4, CD7, CD8, CD20, CD30 y Ki67 (figura 3).

En un control posterior, durante el examen de la lesión se encuentra una hiperpigmentación residual secundaria a la lesión inflamatoria, con efecto de iatrotropismo posterior a la realización de la biopsia (figura 4). Se indica manejo ambulatorio con corticoide tópico (betametasona crema al 0.05%) en caso de que se presente prurito o molestia en la región de la lesión que actualmente está en remisión.

Discusión

El pseudolinfoma cutáneo es una proliferación o acumulación de linfocitos de B y T en los diferentes estratos de la piel, principalmente en la dermis.¹ En la literatura, su aparición se asocia con una reacción secundaria a infecciones por *Borrelia burgdorferi*^{2,3} y *Leishmania donovani*,¹ vacunas,^{1,3,8,10} tatuajes,^{1,3,7,8,10} picaduras de insectos,^{1,3,4,7,8} medicamentos como la ciclosporina,⁹ trauma^{7,8} y acupuntura.⁸ El mecanismo patogénico del caso reportado corresponde a una lesión secundaria a picadura de un insecto, el diagnóstico se confirma con la clínica, estudio patológico y de inmunohistoquímica;^{1,4,7,10} en la literatura los marcadores

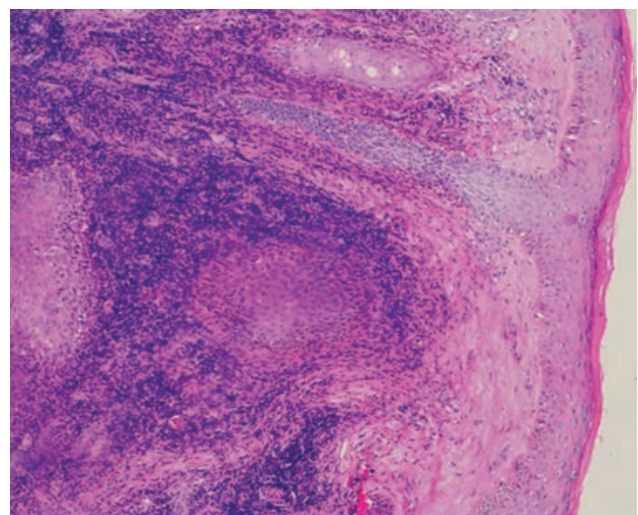


Figura 2. Hematoxilina eosina 10x. Extensa proliferación de linfocitos en la dermis superficial y profunda, a nivel perivascular e intersticial y rodeando folículos pilosos y anexos.

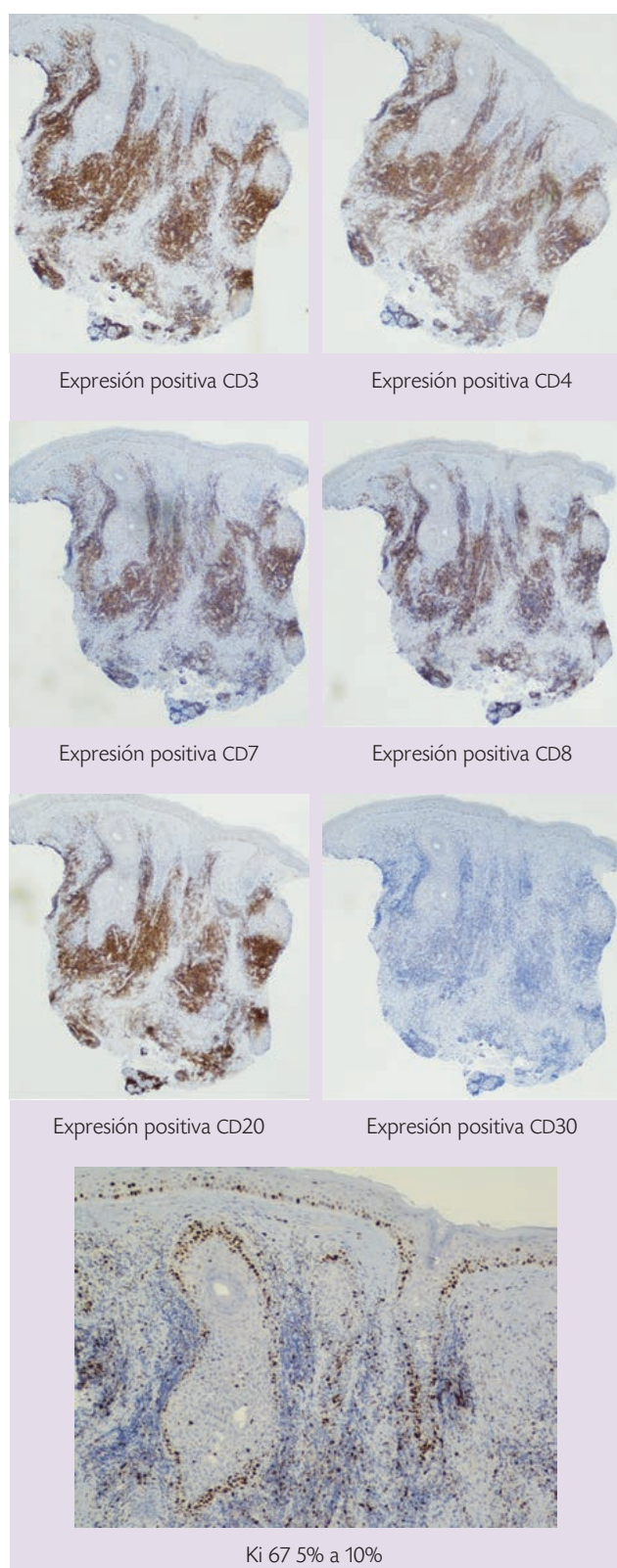


Figura 3. Los resultados del estudio de inmunohistoquímica revelan una expresión adecuada de los linfocitos T CD3, CD4, CD7, CD8 y población B acompañante CD20 sin monoclonalidad ni sobreexpresión, ni disminución anormal de ninguna población linfocitaria, CD30 negativo, índice de proliferación Ki-67 de 5% a 10%, sugiriendo de pseudolinfoma, por su policlonalidad.



Figura 4. Se aprecia un vestigio de la lesión que corresponde a una hiperpigmentación, hubo efecto iatrogénico.

asociados al pseudolinfoma de linfocitos T son CD3+,⁴ CD4+, CD5+, CD7+,¹⁰ CD8+, CD43+ y CD45RO;² para linfocitos B CD10+, CD20+, CD23+, CD79α+,² CD30+.³ En el caso reportado la inmunohistoquímica concuerda con los marcadores CD3+, CD4+, CD7+, CD8+ para linfocitos T y CD20+ para linfocitos B. El marcador Ki-67 indica actividad de proliferación positiva,⁴ que en nuestro caso corresponde a 5 a 10 por ciento.

El tratamiento habitual consiste en cirugía,^{1,4,11} anti-palúdicos,^{1,6} crioterapia,^{4,6} fototerapia, antibióticos, imiquimod,⁶ corticoides sistémicos, tópicos o infiltrados^{4,6,11}

y radioterapia.¹¹ La paciente del caso presentó un efecto iatrotópico, luego de la realización de la biopsia con punch y se continuó tratamiento con corticoide tópico en crema (betametasona al 0.05%), con el fin de evitar la recidiva del pseudolinfoma. No fue necesaria una intervención quirúrgica escisional debido a la remisión del cuadro patológico.

Es un reto diferenciar oportunamente el pseudolinfoma de un linfoma maligno, pues clínica y morfológicamente tienen un curso similar y sólo a través de la inmunohistoquímica se logra un diagnóstico certero.

Agradecimientos

A la doctora Julie Yamile Fonseca Reyes, dermatóloga del Hospital San Rafael de Tunja, Q.E.P.D., quien como docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, participó en la concepción, redacción y edición de este manuscrito. Rendimos con este trabajo un homenaje a su obra y labor docente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahboob, H., Mohammad, S., Manoranjan, V., Aysha, M. y Kavita, G. "Idiopathic lymphocytoma cutis: a diagnostic dilemma", *BMJ Case Reports*, 2011, publicado en línea el 28 de marzo de 2011, doi:10.1136/bcr.12.2010.3662.
2. Terada, T., "Cutaneous pseudolymphoma: a case report with an immunohistochemical study", *Int J Clin Exp Pathol*, 2013, 6 (5): 966-972.
3. Pasolini, G., Ghidini, P., Arisi, M., Pedretti, A., Ungari, M. y Pinton, P., "Pseudolymphoma tattoo-induced", *Dermatology Reports*, 2011, 3 (3), e47, doi.org/10.4081/dr.2011.e47.
4. Sá Marchi, M., Domiciano da Silva, J., Fabris, A., Casemiro, K., Fátima de Sá, J. y Kraft, R., "Pseudolinfoma cutâneo: relato de caso". *Rev Soc Bras Clin Med*, 2014, 12 (2).
5. Shtilionova, S., Drumeva, P., Balabanova, M. y Krasnaliev, I., "What is pseudolymphoma and its nature", *Journal of IMA*, 2010, 16 (3): 109.
6. Baumgartner-Nielsen, J. y Lorentzen, H., "Imiquimod 5%: a successful treatment for pseudolymphoma", *Acta Derm Venereol*, 2014, 94: 469.
7. Bergman, R., "Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies", *Clin Dermatol*, 2010, 28: 568-574.
8. Ko, C.J., "Cutaneous pseudolymphoma: background, pathophysiology, etiology", *Medscape Reference*, 2014, disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1099188-overview>.
9. Foley, C., Leonard, N. y Wynne, B., "Cutaneous pseudolymphoma: a rare side effect of cyclosporine", *J Am Acad Dermatol*, 2015, 72 (3): 85-86.
10. Camilot, D., Arnez, Z.M., Luzar, B., Pižem, J., Žgavet, B. y Falconieri, G., "Cutaneous pseudolymphoma following tattoo application: report of two new cases of a potential lymphoma mimicker", *Int J Surg Pathol*, 2012, 20 (3): 311-315.
11. Stavrianeas, N.G., Katoulis, A., Bozi, E., Toubis-Ioannou, E., Kanelleas, A., Makris, M. et. al., "Cutaneous pseudolymphoma following administration of Lornoxicam", *Acta Derm Venereol*, 2007, 87 (5): 453-455.