

# Foliculitis pseudolinfomatosa: reporte de caso

## Pseudolymphomatous Folliculitis: A Case Report

Juan Manuel Ruiz Matta,<sup>1</sup> Mariana Vásquez Ramírez,<sup>2</sup> Miriam Puebla Miranda,<sup>3</sup> Teresa Cuesta Mejías<sup>4</sup> y Yuriria Asbel Gálvez Juárez<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Médico adscrito al Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Médico adscrito al Servicio de Dermatología

<sup>3</sup> Jefa del Servicio de Dermatología

<sup>4</sup> Médico adscrito al Servicio de Patología

<sup>5</sup> Residente de primer año de Medicina Interna  
Hospital Juárez de México

### RESUMEN

La foliculitis pseudolinfomatosa es una variante de pseudolinfoma, por sus características clínicas e histológicas que semejan linfomas cutáneos, en la histopatología las células dendríticas que la caracterizan son positivas a la proteína S-100 y CD1a. El tratamiento ha sido exitoso mediante biopsia excisional, incisional y uso de fármacos antimetabolitos como metotrexate.

Se reporta el caso de una paciente de 52 años de edad que presentó un nódulo pruriginoso a nivel de región malar izquierda, de un mes de evolución, por la localización clínica e inmunohistoquímica el diagnóstico fue consistente con foliculitis pseudolinfomatosa.

**PALABRAS CLAVE:** foliculitis, pseudolinfoma, folículo piloso.

### ABSTRACT

Pseudolymphomatous folliculitis is a variant of pseudolymphoma due its clinical and histological features resembling cutaneous lymphomas. Histopathology is characterized by dendritic cells that are positive to S-100 and CD1a. Treatment is based on excisional biopsy as well as antimetabolites such as methotrexate, or spontaneous regression after incisional biopsy can be observed.

We report a 52-year-old female who developed an itchy nodule on the left cheek for a month. Pseudolymphomatous folliculitis was confirmed by histopathology and immunohistochemistry.

**KEYWORDS:** folliculitis, pseudolymphoma, hair follicle.

### Antecedentes

La foliculitis pseudolinfomatosa fue descrita por primera vez en 1986 por McNutt como una variante de pseudolinfoma, caracterizada por un infiltrado linfocitario acompañado de hiperplasia de los folículos pilosos.<sup>1</sup>

Es una neoplasia linfocitaria que no causa dolor, es más habitual en mujeres y con frecuencia se presenta más en la cuarta década de la vida.<sup>2</sup>

Reportamos el caso de una mujer que presentó foliculitis pseudolinfomatosa tratada exitosamente mediante extirpación quirúrgica.

### Caso clínico

Se trata de una mujer de 52 años de edad, hipertensa en tratamiento con irbesartán e hidroclorotiazida, quien inició un año antes con la aparición de un nódulo pruriginoso en la cara, a nivel de la región malar izquierda, el cual tuvo rápido crecimiento durante el último mes de evolución. En el examen clínico se evidenció una neoplasia nodular, hiperpigmentada marrón de 0.5 cm, queratósica y de borde regular (figura 1).

Se le realizó una biopsia de piel excisional en la cual se evidenciaron elastosis solar difusa, así como granuloma elastolítico focal compatible con un proceso reactivo e infiltrado linfocitario denso perifolicular en la tinción con hematoxilina-eosina (figura 2). Se le hizo inmunohistoquímica con positividad para CD4 (figura 3a), CD8 (figura 3b), relación CD4/CD8 de 7:3, CD20 (figura 4a), CD68 (figura 4b) y CD1a, las cuales mostraron células de Langerhans con agregación perifolicular (figura 4c), así como Ki67 de 15% (figura 4d). En el inmunofenotipo se observó infiltrado linfocitario mixto: linfocitos T y B, con predomi-

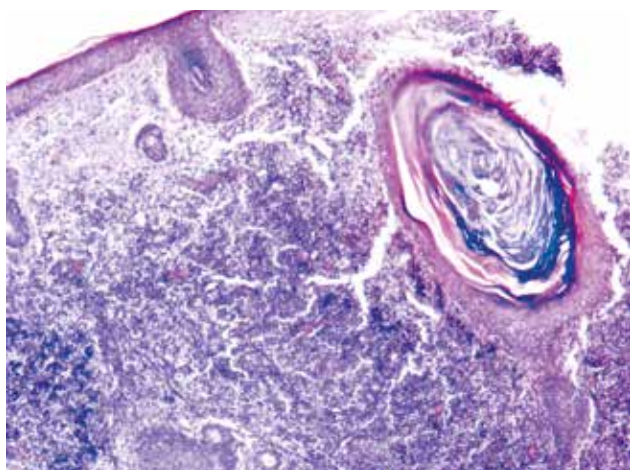
### CORRESPONDENCIA

Dr. Juan Manuel Ruiz Matta ■ juanruizmatta@gmail.com ■ Teléfono: 5747 7560, ext. 7237

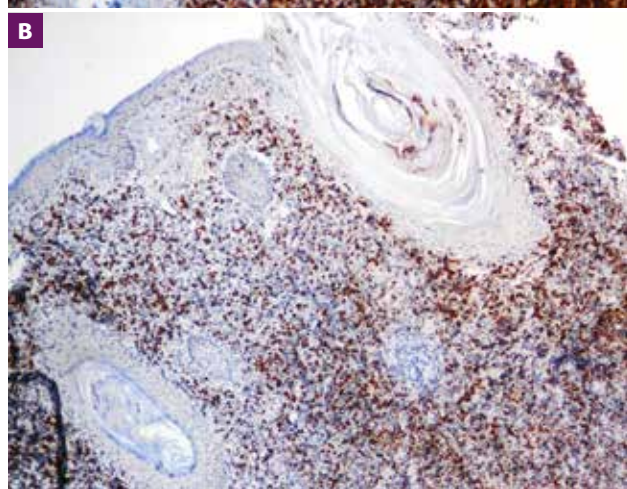
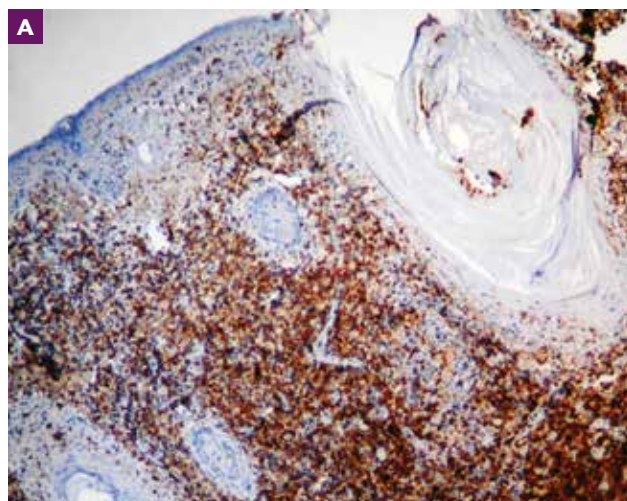
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160; Colonia Magdalena de las Salinas; Alcaldía Gustavo A. Madero; C.P. 07760, Ciudad de México



**Figura 1.** Morfología de la lesión: neoformación exofítica hiperpigmentada de 0.5 cm, queratósica, de borde regular.



**Figura 2.** Corte teñido con hematoxilina-eosina. Vista panorámica: infiltrado linfoide denso folicular/ perifolicular.



**Figura 3.** A) Inmunomarcación positiva para CD4. B) Inmunomarcación positiva para CD8.

nio de linfocitos T, CD4 positivos, así como abundantes histiocitos (CD68 positivos). El incremento de células de Langerhans (CD1a positivas) y los cambios reparativos del epitelio folicular son consistentes con foliculitis pseudolinfomatosa.

Se realizó exitosamente la extirpación quirúrgica de la lesión, de la cual hasta ahora no se ha reportado recidiva (figura 5).

### Discusión

La foliculitis pseudolinfomatosa es una variante clínico-patológica poco común de la hiperplasia linfoide cutánea. Se localiza de forma más frecuente en la cara, en especial en la nariz, las mejillas y los párpados, donde se presenta clínicamente como un nódulo o pápula eritematosa, en ocasiones con prurito leve. Se han reportado casos poco frecuentes en la piel cabelluda y el tronco, así como lesiones múltiples en la cara y el cuello.<sup>2-4</sup>

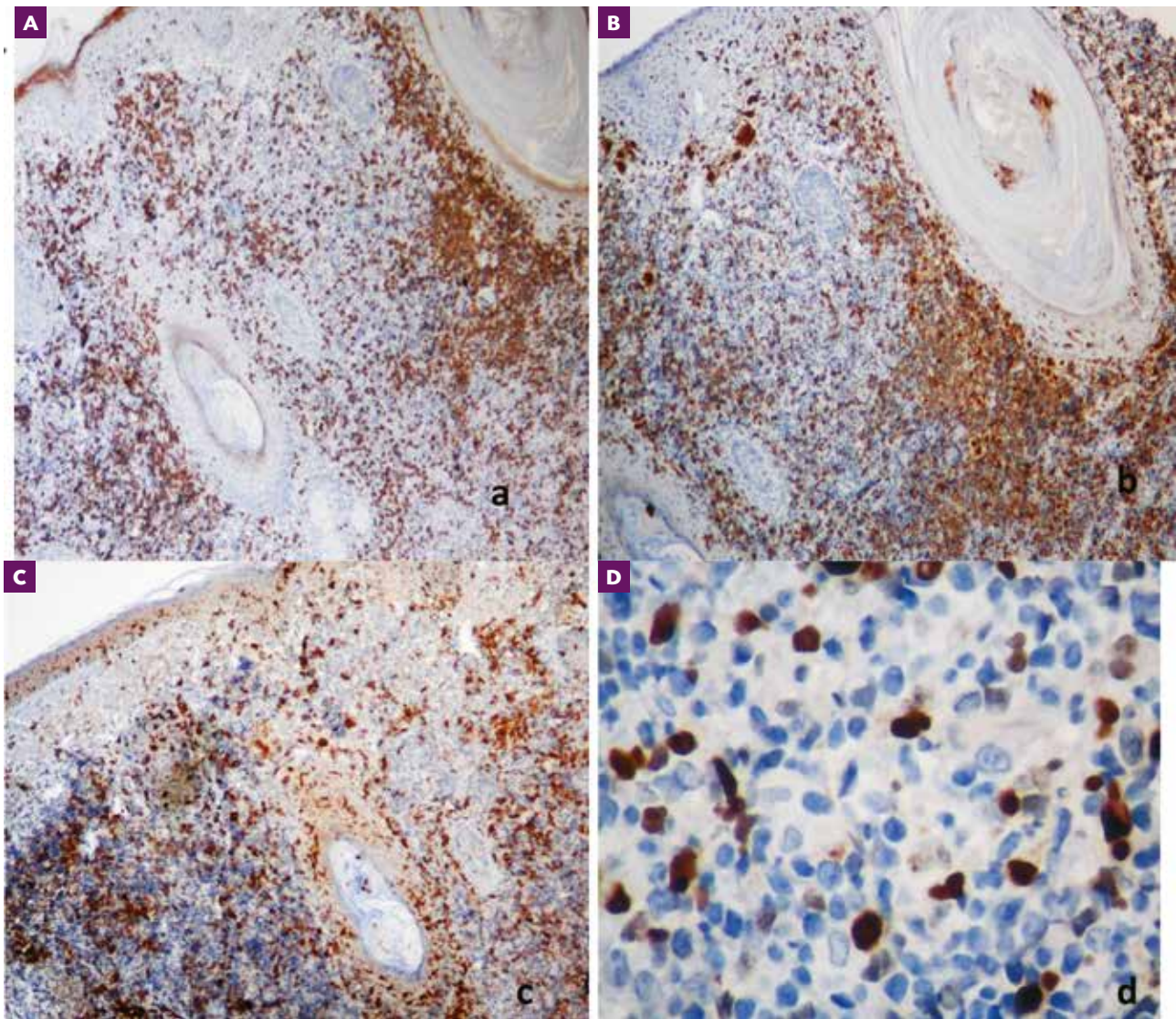
En el caso que describimos aquí se presentó en la región malar izquierda.

Como hallazgos, en la dermatoscopia se describen puntos amarillos y rojos foliculares y perifoliculares, así como vasos arborescentes, aunque ninguno de ellos se observa de manera específica.<sup>5</sup>

Su patogénesis no está bien establecida. En algunos casos existe el antecedente de un piquete de insecto o historia previa de trauma, y en otros se ha demostrado ADN de *Borrelia burgdorferi*. Otra teoría refiere, como probable causa,<sup>6</sup> un antígeno localizado en el folículo que podría desencadenar una respuesta inflamatoria exagerada y posteriormente una respuesta inmune retardada.

En la histopatología se encuentra un infiltrado nodular dérmico compuesto por linfocitos e histiocitos organizados alrededor de la unidad foliculosebácea de células dendríticas positivas a CD1a,<sup>7</sup> así como infiltrado linfocitario con eosinófilos y células plasmáticas.<sup>6</sup> El in-





**Figura 4.** Inmunomarcación positiva: a) CD20; D) CD68; c) CD1a, positivo en células de Langerhans con agregación perifolicular; d) Ki-67.



**Figura 5.** Se realizó exitosamente la extirpación quirúrgica de la lesión, la cual hasta ahora no ha reportado recidiva.

filtrado está separado de la epidermis por una zona de Grenz.

De acuerdo con Arai<sup>6</sup> y colaboradores, se describen cuatro patrones de organización linfocitaria: a) predominio de células B, b) predominio de células B con numerosas células T, c) predominio de células T con numerosas células B, y d) predominio de células T.

El infiltrado linfocítico consiste en una población mixta de linfocitos B (CD20+ y CD79+) y T (CD3 y CD5+).<sup>4</sup>

Las células dendríticas perifoliculares son positivas para la proteína S-100 y CD1a, e histiocitos epitelioides CD68.<sup>2</sup> Tiene bajo índice de proliferación.<sup>4</sup>

No hay consenso en cuanto a si la foliculitis pseudolinfomatosa es una entidad diferente del pseudolinfoma de células T o de otras hiperplasias linfoides, en las que no

hay involucro folicular. Sin embargo es importante distinguirla de casos en que se ha descrito hiperplasia folicular, como en los linfomas cutáneos primarios o secundarios de células T y B.<sup>6</sup> La ausencia de un fenotipo aberrante, la policlonalidad y la presencia de una única lesión deben orientar al diagnóstico de foliculitis pseudolinfomatosa. Asimismo, en la histología es necesario considerar rosácea granulomatosa para el diagnóstico diferencial, ya que presentan morfologías similares, muestra infiltrado linfohistiocítico alrededor de la unidad pilosebácea, y se diferencian debido al infiltrado de células dendríticas en foliculitis pseudolinfomatosa.<sup>3,8</sup>

Entre las modalidades de tratamiento se encuentra la extirpación quirúrgica de las lesiones, también son comunes los reportes de caso donde la lesión presenta regresión después de la realización de una biopsia incisional sin señal de recurrencia.<sup>5,9</sup> Algunos otros informes mencionan que se ha utilizado exitosamente metotrexate e hidroxiclороquina vía oral,<sup>10</sup> así como inyección de triamcinolona intralesional, el uso de tacrolimus al 0.1%, así como otro caso de lesiones múltiples tratado con ciclosporina vía oral en una dosis de 2.5 mg/kg.<sup>2</sup>

### Conclusión

La foliculitis pseudolinfomatosa es una reacción linfoproliferativa benigna que puede simular linfomas cutáneos, sin embargo, durante su curso no hay dolor y el comportamiento es benigno. La correlación clínico-patológica es un recurso fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. McNutt NS, Cutaneous lymphohistiocytic infiltrates simulating malignant lymphoma. En *Lymphoproliferative disorders of the skin*, Boston, 1986, pp. 256-85.
2. Granados-López SL, Tousaint-Caire S, Moreno-Collado C, Brindis-Zabaleta M y Ortiz-Hidalgo C, Pseudolymphomatous folliculitis: a study of the clinicopathologic and immunohistochemical characteristics of 19 cases and their diagnostic differential, *Gac Med Mex* 2014; 150 Suppl 2:232-41.
3. Nakamura M, Kabashima K y Tokura Y, Pseudolymphomatous folliculitis presenting with multiple nodules, *Eur J Dermatol* 2009; 19(3): 263-4.
4. Horikiri M, Abe N y Ueda K, Multiple nodules on the left cheek represented pseudolymphomatous folliculitis, *Clin Case Rep* 2016; 4(6): 568-71.
5. Fujimura T, Hidaka T, Hashimoto A y Aiba S, Dermoscopy findings of pseudolymphomatous folliculitis, *Case Rep Dermatol* 2012; 4(2): 154-7.
6. Arai E, Okubo H, Tsuchida T, Kitamura K y Katayama I, Pseudolymphomatous folliculitis: a clinicopathologic study of 15 cases of cutaneous pseudo-dolymphoma with follicular invasion, *Am J Surg Pathol* 1999; 23:1313-19.
7. Dargent JL, Debois J, Sass U, Theunis A, André J y Simonart T, Unusual T cell pseudolymphoma with features of so-called pseudolymphomatous folliculitis, *Dermatology* 2002; 204:159-61.
8. Kwon EJ, Kristjansson AK, Meyerson HJ, Fedele GM, Tung RC, Selheyer K, Tuthill RJ, Honda KS, Gilliam AC y McNiff JM, A case of recurrent pseudolymphomatous folliculitis: a mimic of cutaneous lymphoma, *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(6):994-1000.
9. Lee HW, Ahn SJ, Lee MW, Choi JH, Moon KC y Koh JK, A case of pseudolymphomatous folliculitis, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(2):230-2.
10. Kakizaki A, Fujimura T, Numata I, Hashimoto A y Aiba S, Pseudolymphomatous folliculitis on the nose, *Case Rep Dermatol* 2012; 4(1): 27-30.