



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

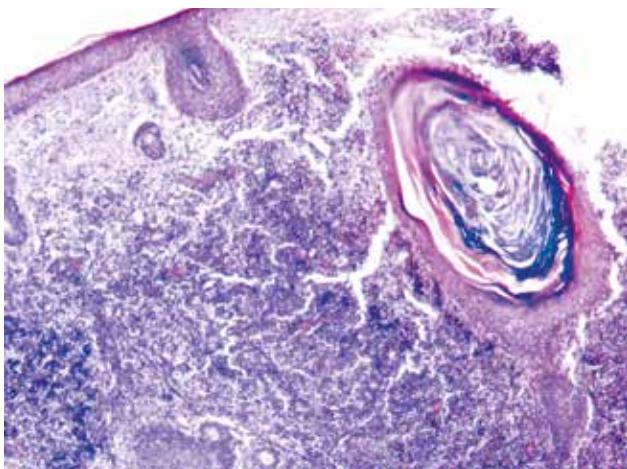


Figura 2. Corte teñido con hematoxilina-eosina. Vista panorámica: infiltrado linfoidal denso folicular/ perifolicular.

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 linfoidal 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.²⁻⁴

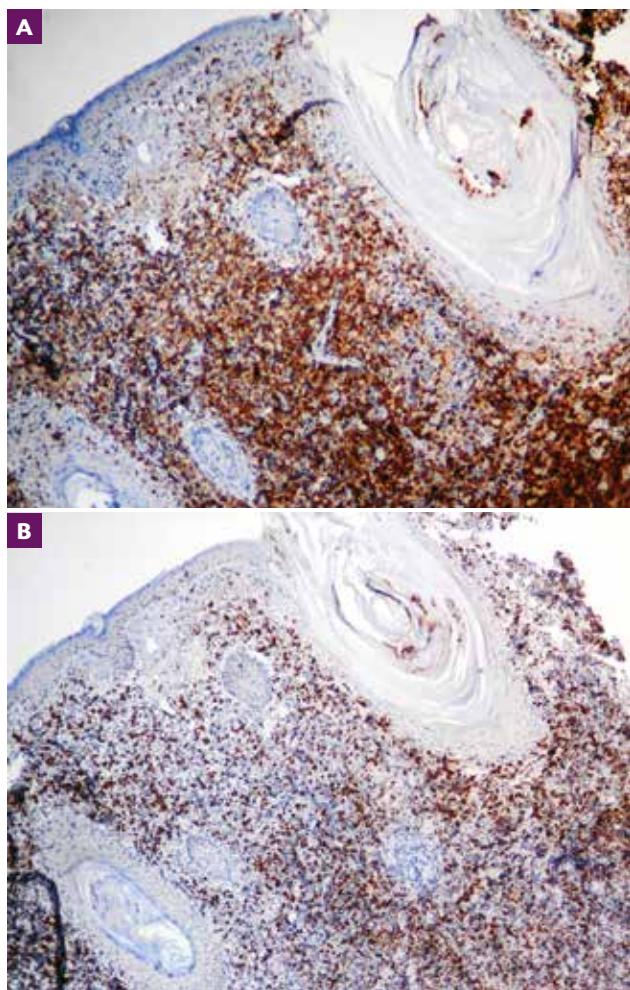


Figura 3. A) Inmunomarcación positiva para CD4. B) Inmunomarcación positiva para CD8.

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

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

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,⁶ 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,⁷ así como infiltrado linfocitario con eosinófilos y células plasmáticas.⁶ El in-

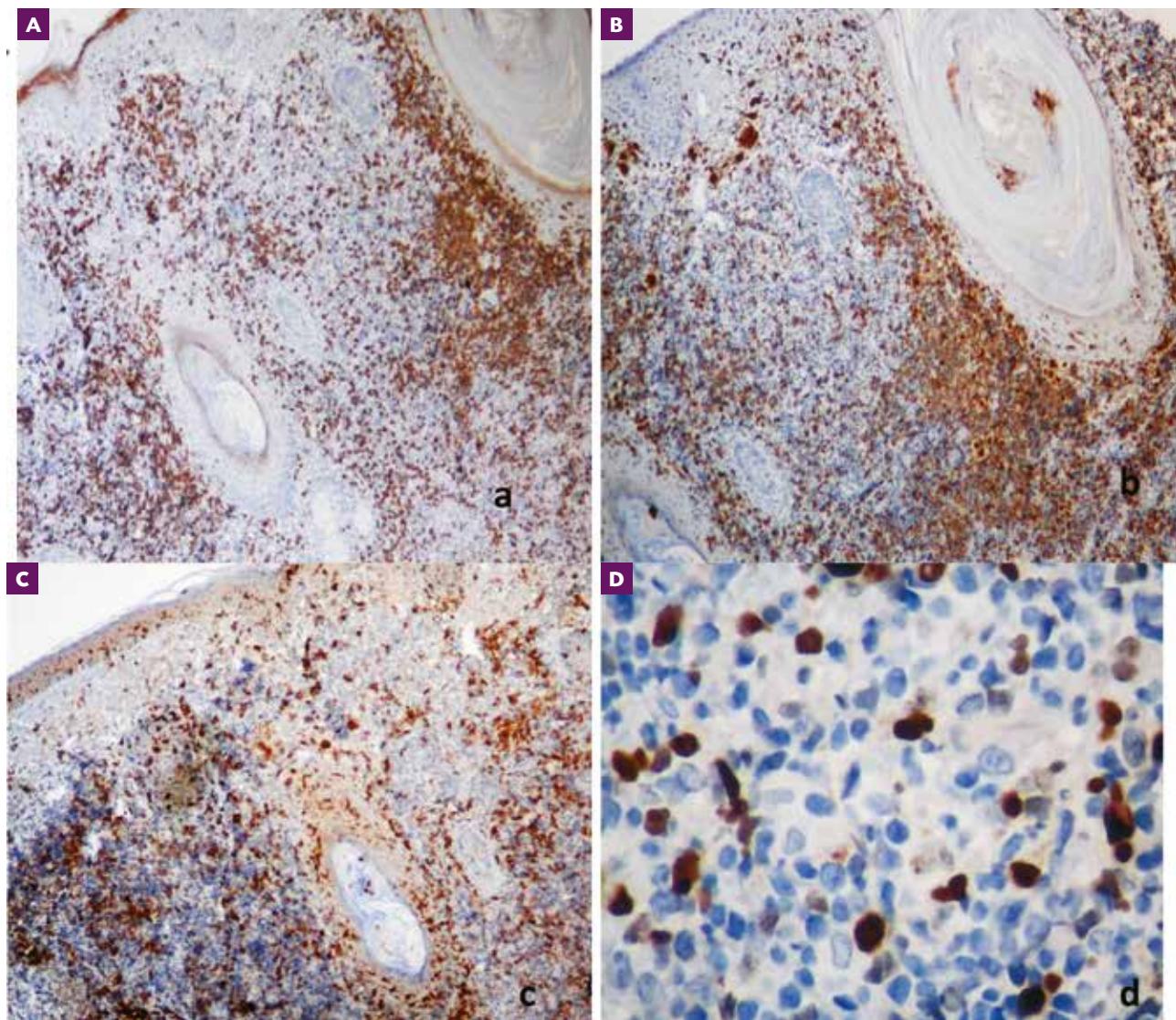


Figura 4. Inmunomarcación positiva: a) CD20; D) CD68; c) CD1a, positivo en células de Langerhans con agregación perifolicular; d) Ki-67.



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 Arai⁶ 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+).⁴

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

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.⁶ La ausencia de un fenotipo aberrante, la policlonalidad y la presencia de una única lesión deben orientar al diagnóstico de folliculitis 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 folliculitis pseudolinfomatosa.^{2,8}

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.^{5,9} Algunos otros informes mencionan que se ha utilizado exitosamente metotrexate e hidroxicloroquina vía oral,¹⁰ así como inyección de triamcinolona intralesional, el uso de tracolimus al 0.1%, así como otro caso de lesiones múltiples tratado con cinclosporina vía oral en una dosis de 2.5 mg/kg.²

Conclusión

La folliculitis 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 pseu-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, Sellheyer 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.