

# Linfoma plasmablástico: presentación cutánea atípica en un paciente con VIH-SIDA

## Plasmablastic lymphoma: Atypical cutaneous presentation in a patient with HIV-AIDS

Maricarmen Rojas-Mena, Carlos Daniel Sánchez-Cárdenas, Liliana Godínez-Aldrete, Martha Leticia Palafox-Vargas y Nancy Pulido-Díaz

Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México

### RESUMEN

El linfoma plasmablástico (LPB) es una variante de linfoma no Hodgkin de células B grandes difusas. Es un reto diagnóstico para el dermatólogo por la baja incidencia y el polimorfismo clínico asociado a la infección por VIH. Exponemos el caso de un hombre de 35 años con presentación atípica de esta enfermedad en un paciente con VIH-SIDA.

**PALABRAS CLAVE:** *linfoma plasmablástico, VIH-SIDA, atípico, interglúteo.*

### Introducción

El linfoma plasmablástico (LPB) es una variante de linfoma no Hodgkin (LNH) de células B grandes y difusas. Es una neoformación de crecimiento rápido, destrutivo, con mal pronóstico. Principalmente se localiza en la mucosa oral.<sup>1</sup> La afección en la piel es un reto diagnóstico por su baja incidencia y polimorfismo clínico.<sup>2,3</sup>

### Reporte de caso

Presentamos el caso de un hombre de 35 años, de orientación sexual HSH, quien acudió a consulta por una neoforación de seis meses de evolución, interglútea, nodular, rojiza, de superficie erosionada, de  $2.5 \times 1.7$  cm (figura 1). Ganglio inguinal izquierdo eritematoso, indurado, no doloroso, de  $2 \times 1.2$  cm. Se le realizó biopsia incisional diagnóstica y la histopatología reportó: cambios citopáticos en células escamosas con pérdida de maduración, núcleos grandes, hipercromáticos, membranas nucleares irregulares, halos claros perinucleares y otras con doble núcleo. Una úlcera adyacente con necrosis superficial en la epidermis. La dermis con proliferación irregular de

### ABSTRACT

Plasmablastic lymphoma (PBL) is a variant of non-Hodgkin lymphoma (NHL) of diffuse large B cells. The skin condition is a diagnostic challenge due to its low incidence and clinical polymorphism and is associated with HIV. We present a 35-year-old male with an atypical presentation of this entity in a HIV-AIDS patient.

**KEYWORDS:** *plasmablastic lymphoma, HIV-AIDS, atypical, intergluteal.*



Figura 1. Cuadro clínico de linfoma plasmablástico interglúteo.

células grandes de amplio citoplasma con diferenciación plasmablástica (núcleos grandes, redondos, ovales y periféricos, nucleolo prominente y puntos paranucleares),

### CORRESPONDENCIA

Dr. Carlos Daniel Sánchez Cárdenas ■ jefegrillo@gmail.com ■ Teléfono: 55 4108 7180

Centro Médico Nacional La Raza, Calle Seris 48-38, Colonia San Miguel Amantla, C. P. 02990, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México

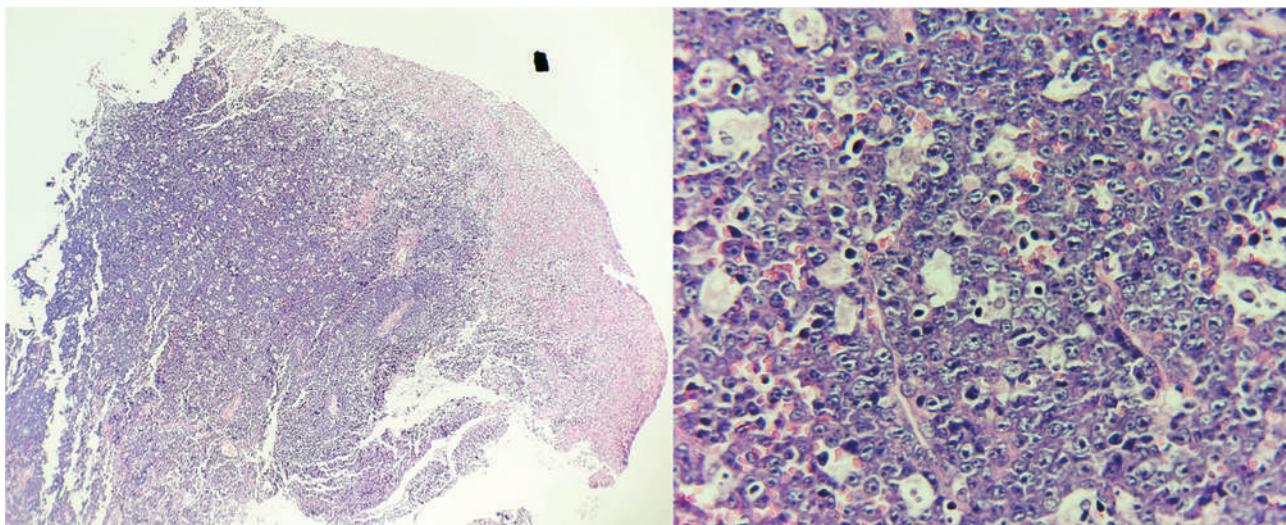


Figura 2. Histopatología del linfoma plasmablastico (H-E: A 100x, B 40x).

23 mitosis por campo en un patrón de cielo estrellado (figura 2). En la inmunohistoquímica: Ki67 99%, EMA+ focal, CD45+ y CD38+.

ELISA y Western Blot positivos para VIH, carga viral 86 mil copias/ml, CD4 143.6 cel/microlitros. Tomografía: conglomerado ganglionar en la cara interna del músculo izquierdo de  $60 \times 40$  mm y en la región perianal de  $29 \times 26$  mm, engrosamiento difuso de la pared del recto y lesiones líticas con destrucción cortical en la pelvis. Se realizó el diagnóstico de LP.

## Discusión

El linfoma plasmablastico se asocia a VIH (2.6%), trasplante de órgano sólido, ancianos, infecciones por VEB, VHS 8 y alteraciones en el gen MYC (50%).<sup>2,3</sup>

Clínicamente se caracteriza por una neoformación de crecimiento rápido, destructiva, localizada principalmente en la mucosa oral y la mandíbula (50%), el tubo digestivo (12%), es infrecuente en los ganglios linfáticos y la piel (6%). Es una neoplasia definitoria de VIH. Se han reportado 10 casos en el canal anal (siete en VIH positivo y tres en VIH negativo). En todos los casos se presentó como un tumor sanguinante.<sup>2,3</sup>

Histológicamente es un linfoma de alto grado con inmunofenotipo de células plasmáticas y ausencia de marcadores de células B maduras, patrón de crecimiento celular difuso que semeja inmunoblastos (citoplasma amplio y basófilo, núcleo central redondo y vesicular, nucleolo prominente de localización central y cromatina fina o "cielo estrellado" (necrosis y restos celulares dentro de macrófagos), con o sin úlcera y extensión a estroma. En inmunohistoquímica: marcadores de células B madu-

ras negativos (CD20, CD19 y PAX5), CD79 y CD45 presentes o débilmente positivos, marcadores de célula plasmática positivos (MUM1, CD38 y CD38), expresión aberrante de CD10 y CD56. Otros: Ki67 + 60-90%, EBER + 75-82%, LMPI y VHH8 negativo y MYC + 50%.<sup>4,6</sup>

Se hizo tomografía axial computada para estadificación, punción lumbar para descartar infiltración a SNC y biopsia de médula ósea para valorar infiltración linfoide CD138+.<sup>3,5</sup> La quimioterapia CHOP aumenta la supervivencia en 22%, su respuesta es de 77% (46% total y 31% parcial). La adición del tratamiento antirretroviral provoca una reconstitución del sistema inmune y aumenta la supervivencia de cinco a 14 meses.<sup>5,7</sup>

La topografía de nuestro caso en el canal anal es inusual, con características de malignidad propias de este tumor (extensión y destrucción de hueso pélvico). Los diagnósticos histopatológico e inmunohistoquímico fueron clave para el diagnóstico, presentando las características reportadas previamente. Además, con el diagnóstico anterior y el antecedente de HSH se detectó la infección por VIH.

Los diagnósticos diferenciales considerados en este caso fueron: carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, tumor de colición, melanoma y metástasis cutánea.<sup>8</sup>

El pronóstico es malo para la vida y la función, con recaída del 60% en el primer año de tratamiento; es similar en pacientes con VIH positivo y negativo. La presencia de mutación MYC y negatividad de VEB empeoran el pronóstico, así como el conteo de CD4+ (<200 cel/microl), infección por VIH, VEB, estadio clínico y respuesta a quimioterapia malos.<sup>1,5</sup> Nuestro paciente presentó características de mal pronóstico (VIH positivo, <200 cel/microl y

estadio clínico avanzado), por lo que esperamos una mala evolución y poca respuesta al tratamiento.

Consideramos interesante este caso por la baja frecuencia y topografía inusual de esta neoplasia. Destacamos el diagnóstico histológico-inmunológico y las características de mal pronóstico del paciente. Es importante sospechar LP en pacientes con esta topografía y antecedentes de riesgo para la infección por VIH.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Elyamany G, Al Mussaed E y Alzahrani AM, Plasmablastic lymphoma: a review of current knowledge and future directions, *Adv Hematol* 2015.
2. Isfahani F, Amar S, Dave H y Gridley D, Plasmoblastic lymphoma as cause of perianal fistula: a case report and literature review, *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2015; 14(1):17-20.
3. Horváth E, Krenács L, Bagdi E, Pávai Z, Macarie I, Nagy EE et al, Plasmoblastic lymphoma associated with human immunodeficiency virus, *Rom J Morphol Embryol* 2008; 49(3):309-14.
4. Cajozzo M, Palumbo VD, Buscemi S, Damiano G, Florena AM, Cabibi D et al, Mediastinal syndrome from plasmablastic lymphoma in human immunodeficiency virus and human herpes virus 8 negative patient with polycythemia vera: a case report, *J Med Case Rep* 2017; 11(1):1-7.
5. López A y Abrisqueta P, Plasmablastic lymphoma: current perspectives, *Blood Lymphat Cancer Targets Ther* 2018; 8:63-70.
6. Gong J, Alkan S y Anand S, A case of cutaneous plasmablastic lymphoma in HIV/AIDS with disseminated cryptococcus, *Case Rep Oncol Med* 2013; 2013; 1-4.
7. Kriegsmann K, Klee JS, Hensel M, Buss EC, Kriegsmann M, Cremer M et al, Patients with malignant lymphoma and HIV infection experiencing remission after first-line treatment have an excellent prognosis, *Clin Lymphoma, Myeloma Leuk* 2019; 19(10):e581-7.
8. Chagas LA, Camilo GB, Machado DC, Vidal DR, De Oliveira CE, Toledo GC et al, Plasmablastic lymphoma of the anal canal in an HIV-infected patient, *Am J Case Rep* 2014; 15:543-9.