

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.

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.

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, destructivo, con mal pronóstico. Principalmente se localiza en la mucosa oral.¹ La afección en la piel es un reto diagnóstico por su baja incidencia y polimorfismo clínico.^{2,3}

Reporte de caso

Presentamos el caso de un hombre de 35 años, de orientación sexual HSH, quien acudió a consulta por una neoformación de seis meses de evolución, interglútea, nodular, rojiza, de superficie erosionada, de 2.5 × 1.7 cm (figura 1). Ganglio inguinal izquierdo eritematoso, indurado, no doloroso, de 2 × 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



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

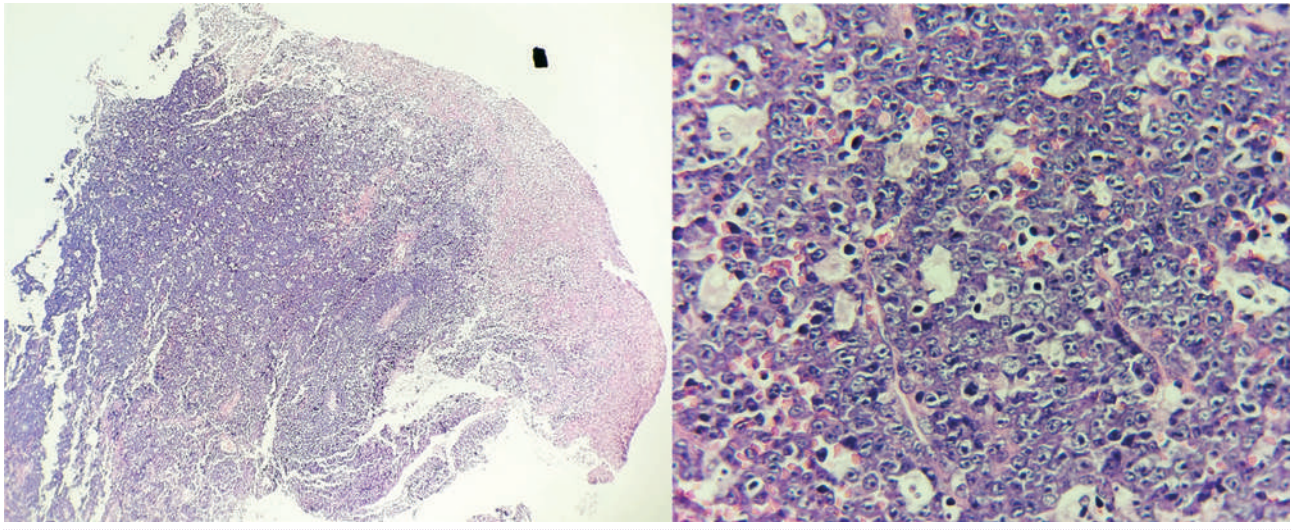


Figura 2. Histopatología del linfoma plasmablástico (H+E: A 100x, B 40x).

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 muslo izquierdo de 60 × 40 mm y en la región perianal de 29 × 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 plasmablástico se asocia a VIH (2.6%), trasplante de órgano sólido, ancianos, infecciones por VEB, VHS 8 y alteraciones en el gen MYC (50%).^{2,3}

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 definitiva 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 sangrante.^{2,3}

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%, LMP1 y VHH8 negativo y MYC + 50%.⁴⁻⁶

Se hizo tomografía axial computada para estadificación, punción lumbar para descartar infiltración a SNC y biopsia de médula ósea para valorar infiltración linfocítica CD138+.^{3,5} 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.^{5,7}

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 basoceleular, tumor de colición, melanoma y metástasis cutánea.⁸

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 cels/microl), infección por VIH, VEB, estadio clínico y respuesta a quimioterapia malos.^{1,5} Nuestro paciente presentó características de mal pronóstico (VIH positivo, <200 cels/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.