



<https://doi.org/10.24245/mim.v38i6.4720>

Infiltración linfocítica cutánea de Jessner

Jessner cutaneous lymphocytic infiltration.

Luis Del Carpio-Orantes, Valeria Polet Olivares-González, Elisa Estefanía Aparicio-Sánchez

Resumen

ANTECEDENTES: La infiltración linfocítica cutánea de Jessner es una enfermedad cutánea benigna crónica caracterizada por pápulas o placas eritematosas no escamosas que se localizan principalmente en la espalda, la cara, el cuello, los hombros, los brazos y las manos (zonas expuestas al sol), que pueden agruparse formando placas con disposición anular, arciforme o en herradura y que desaparecen sin dejar cicatriz.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 30 años sin antecedentes patológicos de importancia, que ingresó al hospital por padecer una dermatosis de 7 días de evolución caracterizada por lesiones maculares confluentes en el tronco y las extremidades con distribución centrípeta, que afectaba las palmas y las plantas, en ellas con lesiones maculopapulares, en quien se diagnosticó infiltración linfocítica cutánea de Jessner.

CONCLUSIONES: Resalta la importancia de la biopsia cutánea para el diagnóstico de lesiones dérmicas persistentes en las que se han descartado las enfermedades más frecuentes y el hallazgo de padecimientos benignos de muy baja incidencia, como la infiltración linfocítica cutánea de Jessner, susceptibles de tratamiento específico.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad cutánea; dermatosis; biopsia.

Abstract

BACKGROUND: Jessner cutaneous lymphocytic infiltration is a chronic benign skin disease characterized by non-scaly erythematous papules or plaques that are located mainly on the back, face, neck, shoulders, arms and hands (exposed areas to the sun), which can group together to form plaques with an annular, arcuate or horseshoe arrangement and which disappear without leaving a scar.

CLINICAL CASE: A 30-year-old female patient with no significant pathological history, who was admitted to hospital for suffering a 7-day evolution dermatosis characterized by confluent macular lesions on the trunk and extremities with centripetal distribution, which affected the palms and soles, in them with maculopapular lesions, in whom Jessner cutaneous lymphocytic infiltration was diagnosed.

CONCLUSIONS: It highlights the importance of skin biopsy for the diagnosis of persistent skin lesions in which the most frequent diseases have been ruled out and the finding of benign conditions of very low incidence, such as Jessner cutaneous lymphocytic infiltration, susceptible to specific treatment.

KEYWORDS: Skin disease; Dermatitis; Biopsy.

Departamento de Medicina Interna,
Hospital General de Zona núm. 71,
Delegación Veracruz Norte, Instituto
Mexicano del Seguro Social, Veracruz,
México.

Recibido: 2 de septiembre 2020

Aceptado: 2 de mayo 2021

Correspondencia

Luis Del Carpio Orantes
Neurona23@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Del Carpio-Orantes L, Olivares-González VP, Aparicio-Sánchez EE. Infiltración linfocítica cutánea de Jessner. Med Int Méx 2022; 38 (6): 1300-1303.

ANTECEDENTES

La infiltración linfocítica cutánea de Jessner es una enfermedad cutánea benigna crónica caracterizada por pápulas o placas eritematosas no escamosas que se localizan principalmente en la espalda, la cara, el cuello, los hombros, los brazos y las manos (zonas expuestas al sol), que pueden agruparse formando placas con disposición anular, arciforme o en herradura y que desaparecen sin dejar cicatriz. Es más común en hombres de mediana edad y cursa con periodos de brotes y remisiones durante meses o años.

Se ha reportado inducida por algunos fármacos, como etanercept y duloxetine. Se le considera una enfermedad rara en la infancia. Se le ha asociado con erupción lumínica polimorfa. Rara vez se ha vinculado con enfermedades crónicas, como leucemia mieloide crónica o infección por el VIH.

En general, las lesiones son asintomáticas, pero en ocasiones pueden asociarse con parestias o prurito. El diagnóstico se basa en biopsia cutánea que revela una infiltración nodular de células dendríticas plasmacitoideas perivascular o perianexial en la dermis, bajo una epidermis normal o ligeramente modificada. Las lesiones pueden desaparecer de forma espontánea y no dejan cicatrices residuales o pueden exacerbarse, cuando esto ocurre el tratamiento de elección es la administración de antipalúdicos y en segunda línea de talidomida y metotrexato. El manejo incluye también fotoprotección. El pronóstico general es favorable y no se ha descrito hasta el momento ninguna afectación sistémica.¹⁻⁶

Se comunica un caso de infiltración linfocítica cutánea de Jessner, diagnosticado en el Hospital General de Zona núm. 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad y puerto de Veracruz.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años sin antecedentes patológicos de importancia, que ingresó por padecer una dermatosis de 7 días de evolución caracterizada por lesiones maculares confluentes en el tronco y las extremidades con distribución centrípeta, que afectaba las palmas y las plantas, en ellas con lesiones maculopapulares (**Figura 1**). Se consideró un proceso alérgico, inicialmente tratado con antihistamínicos y esteroides sistémicos sin mejoría; las lesiones evolucionaron a máculas violáceas, por lo que se sospechó vasculitis sistémica, se solicitaron anticuerpos para descartar lupus y otros, que fueron negativos (ANA, antiDNA, C3, C4, cANCA, pANCA). Se realizó una biopsia cutánea del muslo (es ideal tomar dos biopsias, una de sitios ocultos y otra de sitios asoleados, en el caso que comunicamos, hubiera sido ideal tomar biopsia de las lesiones de las manos), cuyo informe histopatológico fue: infiltrado predominantemente linfocítico perivascular y perianexial, con un patrón nodular monocitario con afectación de la dermis superficial y media, compatible con infiltración linfocítica cutánea de Jessner; debido a lo an-



Figura 1. Lesiones maculares de distribución centrípeta, que afecta las palmas.

terior, se inició tratamiento con cloroquina a dosis de 150 mg cada 12 horas durante 14 días, con lo que remitieron las lesiones. Actualmente la paciente está bajo vigilancia, tras un año del cuadro, con secuelas mínimas de hiperpigmentación cutánea asintomática. **Figura 2**

DISCUSIÓN

Desde su descripción en 1953 por Max Jessner y Norman Kanof, existe el debate de si la infiltración linfocítica cutánea de Jessner se trata de una afección autónoma o forma parte de una variante de lupus eritematoso. Un estudio realizado con 210 pacientes, en los que se encontraron anticuerpos propios de lupus eritematoso, concluyó que la infiltración linfocítica cutánea de Jessner podría ser una variante cutánea de lupus eritematoso y podría usarse como marcador cutáneo de esta enfermedad.⁷

Un estudio trata de discernir entre estas afecciones, a través del análisis y búsqueda de células dendríticas dérmicas; sin embargo, la disposición de estas células (se detectaron constantemente como distintos grupos perivasculares y perianexiales, y no individuales o diseminadas por todo el infiltrado) es idéntica en el lupus eritematoso cutáneo y en la infiltración linfocítica cutánea de Jessner, por lo que concluyen que puede tratarse de un mismo padecimiento.⁸

Esta enfermedad se diagnostica mediante biopsia que revela grupos perivasculares y perianexiales de monocitos plasmocitoides dentro de la dermis, que a veces se extienden al tejido subcutáneo. Estas células, también conocidas como células dendríticas plasmocitoides, juegan un papel vital en la inducción de enfermedades autoinmunitarias y otras enfermedades de la piel. Si bien su existencia, junto con un infiltrado linfoide



Figura 2. Evolución de las lesiones tras el inicio de cloroquina.



predominante de linfocitos T CD8+ inadecuado, proporciona un diagnóstico definitivo de infiltración linfocítica cutánea de Jessner, la causa de este trastorno sigue siendo desconocida. Sin embargo, existe la posibilidad de componentes hereditarios y autoinmunitarios. Todavía existe debate de si esta enfermedad es única o parte de un espectro de afecciones cutáneas, incluido el lupus eritematoso discoide, la erupción lumínica polimorfa y posiblemente el linfoma maligno. Sin embargo, no hay evidencia concluyente de progresión a ninguna de las enfermedades mencionadas, aunque hay informes de casos de pacientes con manifestaciones concurrentes.⁹

El tratamiento actual incluye principalmente esteroides tópicos, como hidrocortisona, triamcinolona, betametasona y prednisona, o antipalúdicos como hidroxicloroquina.^{9,10}

La terapia de primera línea son los esteroides tópicos e intralesionales. En los casos en los que la fotosensibilidad es relevante, los antipalúdicos son más efectivos. El tacrolimus, la talidomida, el etretinato, el metotrexato, la auranofina oral y la proquazona también han sido benéficos según algunos informes de casos.^{11,12}

El camuflaje cosmético, la fotoprotección y la escisión de pequeñas lesiones pueden eliminar o enmascarar la apariencia de la enfermedad. Otras opciones de tratamiento menos comunes incluyen la terapia con láser, la terapia fotodinámica y la crioterapia.^{9,13,14}

CONCLUSIONES

Resalta la importancia de la biopsia cutánea para el diagnóstico de lesiones dérmicas persistentes en las que se han descartado las enfermedades más frecuentes y el hallazgo de padecimientos benignos de muy baja incidencia, como la infiltración linfocítica cutánea de Jessner, susceptibles de tratamiento específico, como este caso.

REFERENCIAS

1. Onisk Z, Woźniak L. Lymphocytic infiltration of the skin (Jessner-Kanof) [On the problem of so-called lymphocytic infiltration of the skin (Jessner-Kanof)]. *Przegl Dermatol* 1967; 54 (1): 57-64.
2. Abbad N, Lanal T, Brenuchon C, Morel G, Deprez X. Etanercept-induced lymphocytic infiltration of Jessner-Kanof. *Arthritis Rheumatol* 2018; 70 (3): 449. doi:10.1002/art.40347.
3. Corazza M, Borghi A, Minghetti S, Mantovani L, Gafà R, Virgili A. Duloxetine-induced pseudolymphoma with features of lymphocytic infiltration of Jessner-Kanof. *Acta Derm Venereol* 2014; 94 (5): 605-606. doi:10.2340/00015555-1785.
4. Petersen MP, Vestergaard V, Bygum A. Jessner lymphocytic infiltration - rare in childhood. *Dermatol Online J* 2017; 23 (10): 13030/qt04f7b3xq.
5. Demirbaş A, Çelik ZE. Jessner's lymphocytic infiltration as a symptom of immune reconstitution inflammatory syndrome in an HIV-infected patient: A case report. *Dermatol Ther* 2020; e13637. doi:10.1111/dth.13637.
6. Peña-Irún Á, González-Santamaría AR. Infiltrado linfocítico de Jessner en un paciente con leucemia linfocítica crónica. *Rev Clin Esp*. 2015; 215 (2): 138-139. doi:10.1016/j.rce.2014.11.002.
7. Lipsker D, Mitschler A, Grosshans E, Cribier B. Could Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin be a dermal variant of lupus erythematosus? An analysis of 210 cases. *Dermatology* 2006; 213 (1): 15-22. doi: 10.1159/000092832.
8. Tomasini D, Mentzel T, Hantschke M, Cerri A, Paredes B, Rütten A, Schärer L, Kutzner H. Plasmacytoid dendritic cells: an overview of their presence and distribution in different inflammatory skin diseases, with special emphasis on Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin and cutaneous lupus erythematosus. *J Cutan Pathol* 2010; 37 (11): 1132-9. doi: 10.1111/j.1600-0560.2010.01587.x.
9. Williams CT, Harrington DW. Jessner lymphocytic infiltration of the skin. 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
10. Toonstra J, Wildschut A, Boer J, Smeenk G, Willemze R, van der Putte SC, Boonstra H, van Vloten WA. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. A clinical study of 100 patients. *Arch Dermatol* 1989; 125 (11): 1525-30.
11. Petersen MP, Vestergaard V, Bygum A. Jessner lymphocytic infiltration - rare in childhood. *Dermatol Online J* 2017; 23 (10): 13030/qt04f7b3xq.
12. Higgins CR, Wakeel RA, Cerio R. Childhood Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin. *Br J Dermatol* 1994; 131 (1): 99-101. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08464.x.
13. Conti R, Bassi A, Lorenzoni E, Bruscinò N, Scatena C, Bonan P, Cannarozzo G, Moretti S, Campolmi P. Jessner-Kanof disease: two effective and sure therapeutic options. *Dermatol Ther* 2013; 26 (4): 373-6. doi: 10.1111/dth.12005.
14. Michel JL, Perrin D. Infiltrat lymphocytaire de Jessner et Kanof traité par laser à colorant pulsé [Pulsed dye laser treatment for Jessner's lymphocytic infiltration of the skin]. *Ann Dermatol Venereol* 2010; 137 (12): 803-7. doi: 10.1016/j.annder.2010.08.010.