

## Mujer de 60 años...

Jorge Fernández Díez,\* Alicia Rodríguez Velasco,\*\* Irene Rivera Salgado\*\*\*

**E**l ejercicio clinicopatológico tiene dos propósitos: compartir casos que por sus aspectos clínico y anatomopatológico sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica, y utilizarlos para integrar un acervo que después pueda consultarse. En la primera parte se plantea una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: **V**, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y **F**, falso, cuando considere que no está de acuerdo con lo que afirma. En el anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados y algunas “perlas” de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

### Primera parte

Mujer de 60 años de edad, sin antecedentes de importancia. Padecimiento actual de dos meses de evolución en el que sobresalen: dermatosis diseminada en las extremidades inferiores, con máculas rojizas de 2 a 4 mm de diámetro,

acompañadas de prurito leve; de aparición espontánea, con periodos de exacerbación y remisión irregular. A la exploración física se encontraron numerosas máculas de color marrón ocre, diseminadas en las extremidades inferiores, que alternan con máculas rojizas escasas (figura 1). Se tomó biopsia de la lesión rojiza (figura 2a y 2b). El estudio inmunohistoquímico se hizo con los siguientes inmunorreactantes y resultados: CD3+, CD4+, CD8-, CD30-.

¿Cuál es su diagnóstico?\_\_\_\_\_.

- \_\_\_ La inmunohistoquímica es necesaria para el diagnóstico.
- \_\_\_ Los datos clínicos son indispensables para el diagnóstico.
- \_\_\_ La micosis fungoide no es una posibilidad en el diagnóstico diferencial.
- \_\_\_ Para el diagnóstico diferencial con inmunohistoquímica se requiere: CD7 y CD62L.

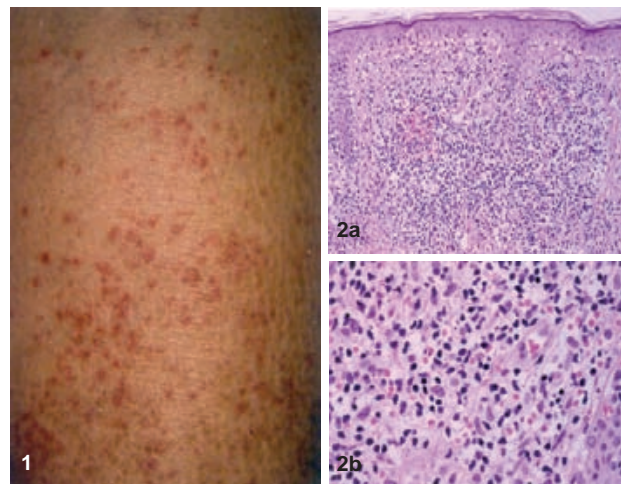
\* Dermatopatólogo, ex integrante de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\* Anatomopatóloga, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

\*\*\* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur Pemex.

Correspondencia: Dr. Jorge Fernández Díez.  
E-mail: jorferdiez@yahoo.com.mx

La versión completa de este artículo también está disponible en:  
[www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)



## Segunda parte

1. Se trata de un caso de púrpura pigmentada crónica. Dermatitis frecuente, localizada sobre todo en las extremidades inferiores; sus lesiones son purpúricas menores de 4 mm que dejan manchas color ocre en la fase resolutive (figura 1). Con frecuencia se asocia con medicamentos y haptenos ambientales, aunque en algunos casos no es posible determinar la causa. 2. **Falso.** Los hallazgos histológicos: infiltrado linfohistiocítico, superficial lique-noide, con linfocitos pequeños cerebriformes sin núcleo; extravasación de eritrocitos, pigmento hemático y espon-giosis focal de la basal con exocitosis aislada (figura 3a), si se consideran sin tomar en cuenta el contexto clínico –tiempo de evolución menor de un año, localización en las extremidades inferiores, exacerbaciones, remisiones de las lesiones– se diagnosticará erróneamente, como a menudo ocurre con este padecimiento. 3. **Verdadero.** La clínica es indispensable. La superposición morfológica que existe entre la púrpura pigmentada crónica y la micosis fungoide hace necesario considerar otros aspectos de la enfermedad, por las decisivas implicaciones de tratamiento y pronóstico. Cuando las lesiones afectan otras regiones, además de las piernas, el tronco y las extremidades su-periores, y tienen más de cuatro años de evolución, hay que considerar el diagnóstico de linfoma T cutáneo. 4. **Falso.** En este caso el diagnóstico inicial fue de micosis

fungoide, pero el tiempo de evolución y la extensión de las lesiones son la clave para el diagnóstico correcto de púrpura pigmentada crónica, mismo que se apoya en la inmunohistoquímica, aunque esta última es necesaria para el diagnóstico diferencial sólo en los casos dudosos. 5. **Verdadero.** Con inmunohistoquímica, tanto en púrpura pigmentada crónica, linfomas T cutáneos y micosis fun-goide, CD3 y CD4 (figura 3b y 3c) son positivos, CD8 es positivo focalmente, mientras que CD30 es negativo. Sin embargo, CD7 y CD62L son positivos en púrpura pigmentada crónica y negativos en linfomas T cutáneos y micosis fungoide, como ocurrió en este caso al completar el panel de inmunohistoquímica. La paciente se trató con antihistamínicos y corticoesteroides a dosis bajas. Actualmente sólo tiene manchas ocre. La causa no se determinó y su pronóstico es excelente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crowson AN, Magro CM, Zahorchar R. Atypical pigmentary purpura: a clinical, histopathologic, and genotypic study. *Human Pathol* 1999;30:1004-12.
2. Magro CM, Schaefer JT, Crowson AN, Li J, Morrison C. Pigmented purpuric dermatosis: classification by phenotypic and molecular profiles. *Am J Clin Pathol* 2007;128:218-29.
3. Simon M Jr. Pigmented purpurica dermatosis. *Acta Derm Venereol* 1992;72:235-49.

