

¿Cuál es su diagnóstico?

Sabina Herr, Valeria Amato, Cecilia Granda, José A. Mássimo

Respuesta en la página 162



Figura 1.

Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, previamente sano. Llega a la consulta con una lesión nodular de alrededor de 2 x 1,5 cm, con bordes regularmente definidos, superficie lisa, levemente eritematosa y consistencia duroelástica, localizada a nivel de la línea axilar posterior izquierda, de 2-3 meses de evolución (Figura 1). No refiere prurito ni dolor. Sin otros antecedentes al interrogatorio.

Se solicitó ecografía de partes blandas que mostró imagen nodular sólida de aproximadamente 14 x 6 x 12 mm, subdérmica, que continúa hasta tejido celular subcutáneo, sin flujo vascular por Doppler color.

Hemograma, glucemia, uremia, eritrosedimentación, hepatograma, lipidograma, C3 y C4 dentro de límites normales, y FAN negativo.

Se realizó biopsia que informó: "epidermis conservada y dermis con denso infiltrado inflamatorio mixto a predominio mononuclear, de disposición perivascular y perianexial, presencia de aisladas células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño".

¿Cuál es su diagnóstico?

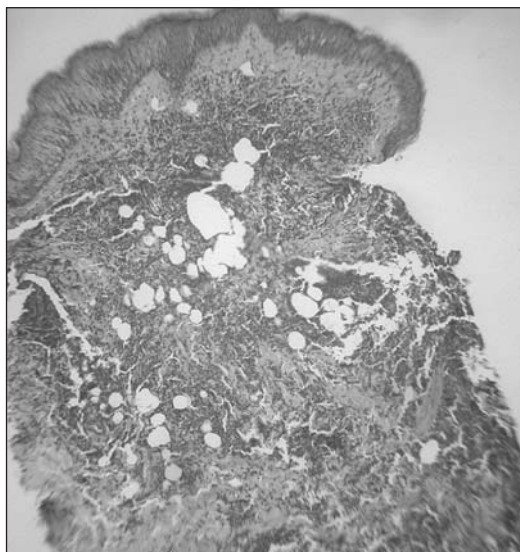
- a. Xantogranuloma juvenil
- b. Mastocitoma solitario
- c. Seudolinfoma
- d. Granuloma anular
- e. Pilomatrixoma
- f. Dermatofibroma

Servicio de
Dermatología
Hospital de Niños
"Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires,
Argentina

¿Cuál es su diagnóstico?

Sabina Herr, Valeria Amato, Cecilia Granda, José A. Máximo

Figura 2.
Infiltrado
inflamatorio difuso
en dermis que se
extiende hasta
hipodermis
(HE x 10).



La respuesta correcta es **seudolinfoma por picadura de insecto**.

El diagnóstico se basó en la clínica, fue respaldado por las pruebas de laboratorio y la ecografía, y confirmado por el examen histopatológico que señaló hallazgos vinculables a lesión residual pospicadura o seudolinfoma.

Los **seudolinfomas cutáneos o hiperplasia linfoide cutánea** son un grupo de procesos linfoproliferativos benignos de la piel, clínica e histológicamente parecidos al linfoma maligno cutáneo. Son producto de la presencia de infiltrados inflamatorios predominantemente linfocitarios T o B. Se desconoce la etiología, pero se cree que pueden producirlos una variedad de estímulos. Su origen se ha relacionado con enfermedad de Lyme, agentes anticonvulsivantes, virus varicela zóster, virus de la inmunodeficiencia humana, picaduras de insectos, tatuajes, vacunaciones, inyecciones de venenos de artrópodos, sustancias contactantes, traumatismos, acupuntura y, en muchos de los casos, es idiopático.

Respuesta de la página IV

La hiperplasia linfoide sería secundaria a una estimulación antigénica prolongada en la zona en que se localiza el tumor. No existe información exacta acerca de la incidencia y la prevalencia global en los países de América Latina. En los Estados Unidos, el seudolinfoma de células B tiene una relación varón/mujer de 2:1 y la afección en caucásicos es 9 veces superior que en afroamericanos; es mayor en adultos jóvenes y poco frecuente en la infancia.

En 1980, Burg y Braun-Falco propusieron una clasificación de los seudolinfomas cutáneos basada en el modelo arquitectónico del infiltrado cutáneo, clasificándolos en modelos de células T y modelos de células B.

Los **seudolinfomas de células T** se caracterizan histológicamente por un denso **infiltrado en banda en la dermis superior** compuesto por linfocitos pequeños, con borramiento de la unión dermoepidérmica e infiltrado polimorfo perivascular y perianexial. Este grupo incluye el seudolinfoma cutáneo T idiopático, las reacciones medicamentosas linfomatoideas, la dermatitis de contacto linfomatoide, las reacciones nodulares persistentes a picaduras de artrópodos, la sarna nodular, la linfomatosis papuloide y reticuloide actínica. El seudolinfoma T secundario a picaduras de insectos se presenta en forma de pápulas y nódulos eritematosos o rojo amarronados firmes, múltiples y pruriginosos, más frecuentemente en codos, abdomen, genitales y axilas.

El **seudolinfoma de células B**, también conocido como linfocitoma cutis, presenta un **infiltrado predominantemente nodular o difuso en toda la dermis**, mezclado con un número variable de histiocitos, eosinófilos y plasmocitos, que puede extenderse dentro de la grasa subcutánea (Figura 2); se observa también en los linfomas malignos de células B localizados en la piel. En este grupo, se incluye al linfocitoma cutis idiopático, el producido por *Borrelia*, el inducido por tatuaje, el cicatricial poszóster y algunas reacciones nodulares persistentes a picaduras de artrópodos.

El ejemplo más común de pseudolinfoma tipo B es el linfocitoma cutis idiopático que puede ser localizado (72% de los casos) o generalizado (28% de los casos). La forma localizada suele ser un nódulo o tumor asintomático, inicialmente del tamaño de una arveja, que se agranda lentamente y puede llegar a medir 4 cm o más de diámetro, de color rojo, rojo amarillado, rojo purpúrico o piel normal, blando, pastoso o firme. Los sitios de localización más frecuentes son cara (mejillas, nariz, frente, orejas) y cuero cabelludo, tronco y extremidades superiores. La forma diseminada compromete, con más frecuencia, la cara.

El tipo de lesión nodular eritematosa, elástica al tacto, que a veces sigue a una picadura de insecto, permite llegar al diagnóstico. A menudo, es necesario recurrir a la histología para confirmar dicha sospecha, como ocurrió con este paciente, dado que no refiere el antecedente de picadura. Cuando la histopatología convencional no permite diferenciar estos infiltrados reactivos de la piel de naturaleza benigna, de los infiltrados linfoproliferativos malignos, deberían realizarse técnicas de inmunohistoquímica y de ser posible técnicas de clonación.

Por inmunohistoquímica, los pseudolinfomas T son CD4+, con excepción del retículoide actínico (CD8+) y la papulosis linfomatoide tipo A (predominantemente CD30+). En los pseudolinfomas B, se encuentra un 5-20% de células T y la característica más importante es la presencia de una mezcla de cadenas I y k en las células B.

A través de los estudios de clonalidad, se revela que los procesos benignos o reactivos son habitualmente policlonales y los malignos suelen ser monoclonales. Pero sucede a veces que con todos los estudios mencionados no se puede definir claramente la condición de benignidad o malignidad, por lo que es necesario el seguimiento estrecho y prolongado.

El curso es crónico y puede durar meses o incluso años, pero tiene una lenta tendencia a la resolución espontánea sin dejar cicatriz residual. El pseudolinfoma inducido por drogas tiene tendencia a resolver a las 1-8 semanas de suspender el fármaco.

En nuestro paciente, la lesión se redujo más de la mitad durante los dos meses posteriores a la primera consulta y, al cuarto mes, desapareció por completo sin tratamiento (Figura 3).

Si las lesiones no desaparecen espontáneamente, se puede administrar corticoides tópicos o intralesionales. Para los pseudolinfomas

extensos se han utilizado, según diferentes comunicaciones, agentes antimetabólicos, fototerapia y agentes citotóxicos.

Los diagnósticos diferenciales presentados se excluyen por las siguientes características:

El **xantogranuloma juvenil** son lesiones papulonodulares, únicas o múltiples, color amarillo anaranjado, que predominan en la región cefálica y las áreas extensoras. Resuelven de manera espontánea y se caracterizan histológicamente por la presencia de las células gigantes multinucleadas ricas en material lipídico conocidas como células de Touton.

El **mastocitoma solitario** es una placa o nódulo solitario, eritematoso, elástico, de superficie lisa o en piel de naranja. Puede medir hasta 3-4 cm; es más común en las extremidades y el tronco, también el dorso de las manos. Habitualmente se observa el signo de Darier (eritema y roncha o urticaria al frotar la lesión). La anatomía patológica revela gran número de mastocitos dispuestos en banda, en la dermis. Tienen a desaparecer espontáneamente.

El **granuloma anular** es una formación de causa desconocida, constituida por pápulas o nódulos que habitualmente forman lesiones anulares o circinadas y miden de 1 a 5 cm. Prefiere la superficie lateral y dorsal de los pies y las manos. La histología revela áreas de degeneración del colágeno incompleta rodeadas por un infiltrado linfocitario en empalizada, en la dermis. Por lo general, desaparecen espontáneamente sin dejar cicatriz.

El **pilomatrixoma** es un nódulo de consistencia dura, irregular, de localización hipodérmica, adherido a la piel, a veces más palpable que visible, constituido por células parecidas a la ma-

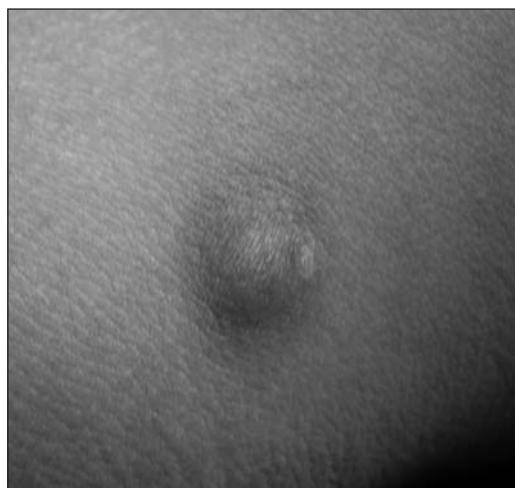


Figura 3.
Lesión en involución.

triz del pelo. Es más frecuente en la cara y los miembros superiores. Pueden ser únicos o múltiples. Según el tamaño y la localización, pueden requerir la extirpación quirúrgica.

El **dermatofibroma** son lesiones nodulares bien definidas, de pocos milímetros a 2 cm, color pardusco con tendencia al azulado, no dolorosas a la presión. Tienden a palparse en forma de "botón o pastilla" debajo de la piel; es más común en adultos.

El interés de esta presentación radica en la infrecuencia de su manifestación en niños y en reconocer que esta entidad, si bien tiene un curso favorable con regresión de la lesión, presenta casos en los que no puede definirse claramente su condición benigna o maligna y es necesario un seguimiento a largo plazo.

Bibliografía sugerida

1. Máximo J, Pueyo S. *Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica*, Buenos Aires; 1999.
2. Andrew's, *Dermatología Clínica*, 9ª ed. Madrid: Editorial Marban; 2004.
3. Lee MW. Clinicopathologic study of cutaneous pseudolymphomas. *J Dermatol* 2005;32(7):594-601.
4. Kazakov DV. Cutaneous lymphomas and pseudolymphomas: newly described entities. Recent results. *Cancer Res* 2002;160:283-93.
5. Ploysangam T. Cutaneous pseudolymphomas. *J Am Acad Dermatol* 1998;38(6 Pt 1):877-895.
6. Rijlaarsdam JU. Cutaneous pseudolymphomas: classification and differential diagnosis. *Semin Dermatol* 1994;13(3):187-196.
7. Smolle J. Immunohistochemical classification of cutaneous pseudolymphomas: delineation of distinct patterns. *J Cutan Pathol* 1990;17(3):149-159.