

Infiltración linfocítica de Jessner-Kanof. A propósito de un caso

Jessner's lymphocytic infiltration, about a case

María Florencia Ardanaz,¹ Mónica Angela Gómez,² Roxana Campitelli,¹
Patricia Susana Urquijo,¹ Marcia Lorena Mela¹

RESUMEN

Presentamos un caso de infiltración linfocítica de Jessner (IJ) en una mujer de edad media con antecedentes de fotosensibilidad y lesiones anulares pruriginosas en la cara. La respuesta al tratamiento instaurado fue satisfactoria (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 428-430).

Palabras clave:

Jessner-Kanof, infiltración linfocítica.

ABSTRACT

We present a case of Jessner's lymphocytic infiltration in a middle-age woman who reported a history of photosensitivity and itchy annular lesions are observed in the face. The response to treatment proposed was satisfactory (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 428-430).

Keywords:

Jessner-Kanof, lymphocytic infiltration.

Fecha de recepción: 20/08/2013 | Fecha de aprobación: 29/11/2013

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 43 años de edad que consultó por lesiones anulares eritematosas y pruriginosas de crecimiento centrífugo de localización facial de 2 meses de evolución. El prurito era moderado y se agravaba al exponerse al sol. En el lado izquierdo presentaba una placa de forma circinada de 3 x 6 cm., pápulas eritematosas dispuestas en forma lineal de superficie limpia sin descamación que encerraban un área de piel indemne. Su diámetro mayor se extendía desde la mejilla hasta el ángulo mandibular. En la región preauricular derecha se observaba una lesión de similares características de 2 cm. de diámetro. (fotos 1 y 2)

Como antecedentes patológicos la paciente refería hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 5 mg/día durante los últimos seis años, extirpación de un neurofibroma del plexo braquial derecho en el año 1997 y marcada fotosensibilidad desde su adolescencia.

Se realizó biopsia y examen histopatológico y se inició tratamiento tópico con esteroides. En el control a los 15 días la paciente manifestó intenso prurito y sensación urente, y dijo notar una asociación entre su estrés emocional y laboral y el aumento de los síntomas. Se observaba crecimiento de las lesiones con extensión hacia cuero cabelludo. Los datos de laboratorio se hallaban dentro de los parámetros normales, incluyendo hormonas tiroideas, PCR y ANA. El estudio histopatológico evidenció indemnidad de la epidermis y un infiltrado mononuclear de linfocitos T sin signos de atipia en dermis superficial, perivascular y perianaxial, y presencia de mucina en escasa proporción sugiriendo el diagnóstico final de infiltración

¹ Médicas Concurrentes

² Jefe de Unidad

Unidad de Dermatología, Hospital Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: María Florencia Ardanaz: mfaradanaz@hotmail.com

Fotos 1 y 2. Lesiones papuloeritematosas anulares.

linfocítica de Jessner-Kanof (ILT). (foto 3)

Se indicó tratamiento con hidroxicloroquina 400 mg/día dividido en dos tomas diarias y fotoprotección, con lo cual se observó remisión casi total de las lesiones cumplido el primer mes de tratamiento y completo control de la sintomatología.

Comentarios

Se trata de un proceso linfoproliferativo benigno de la piel de etiología desconocida descrito por primera vez por Max Jessner y Norman Kanof en 1953.¹ Se presenta en adultos de edad media con una distribución por género de 3:1 a favor del hombre, no es común observarla en niños o ancianos.

Puede considerarse un proceso hiperplásico linfoide cutáneo secundario a uno o más estímulos antigénicos actualmente desconocidos de probable origen en la circulación sanguínea.²

Se presenta como pápulas eritematosas que pueden o no unirse en placas, levemente induradas, sin descamación ni telangiectasias. Se ubican en cara (región malar, dorso de la nariz y región periauricular) y parte superior de tronco y hombros. En general son únicas o escasas pero raramente se da una afectación difusa. Cursa con períodos de exacerbaciones y remisiones y cura sin dejar secuelas. La fotosensibilidad es frecuente pero no la regla, un estudio sobre 100 personas con esta patología realizado por Toonstra *et ál.* lo evidencia.³

En la histología se observa un infiltrado denso perivascular y en ocasiones perianexial a predominio linfocitario en dermis superficial y profunda, la epidermis puede ser normal o presentar leve acantosis e hiperqueratosis.⁴ (foto 4). Todos los trabajos de inmunomarcación coinciden en la presencia de un infiltrado de linfocitos T monomorfos a predominio del tipo T helper y algunas células plasmáticas. Además se

encontraron inmunocomplejos circulantes en los pacientes con ILJ. Se ha demostrado que durante las recurrencias hay un aumento en los títulos de estos inmunocomplejos.⁵

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: lupus eritematoso discoide (LED), lupus tímido (LT), erupción polimorfa solar, linfocitoma cutis y linfoma cutáneo de células B. Con respecto al lupus se presentan las mayores dificultades en su diagnóstico diferencial clínico. En el LED las lesiones se asemejan en un principio, luego evolucionan con importantes escamas adherentes, taponamiento folicular y posterior atrofia central. El LT es similar en su variante policíclica en el aspecto de las lesiones pero tiene marcada fotosensibilidad e importante presencia de mucina entre los haces de colágeno dérmicos. El componente inflamatorio dérmico y la respuesta positiva al tratamiento con antimaláricos son aspectos en común.⁶

Las opciones de tratamiento son varias pero algunas con resultados insuficientes y temporarios, como es el empleo de esteroides tópicos u orales. Los antimaláricos son efectivos así como también lo es el metotrexato.⁷ También han sido usados talidomida y proquazona. La proquazone es un AINE usado en trastornos reumatológicos y cuadros de inflamación y dolor agudos, no disponible en la Argentina. En la ILJ actuaría modulando el patrón de activación de las subclases de linfocitos.⁸ La terapia adicional con fotoprotección siempre es aconsejada.

En la presente publicación del caso queremos destacar la resistencia del cuadro a los corticoides locales y una excelente respuesta a la hidroxicloroquina y fotoprotección durante todo el año con remisión total de las lesiones en el término de 30 días.

Agradecimiento: a la Dra. María Lima, Jefa del Servicio de Patología del Hospital Alejandro Korn.

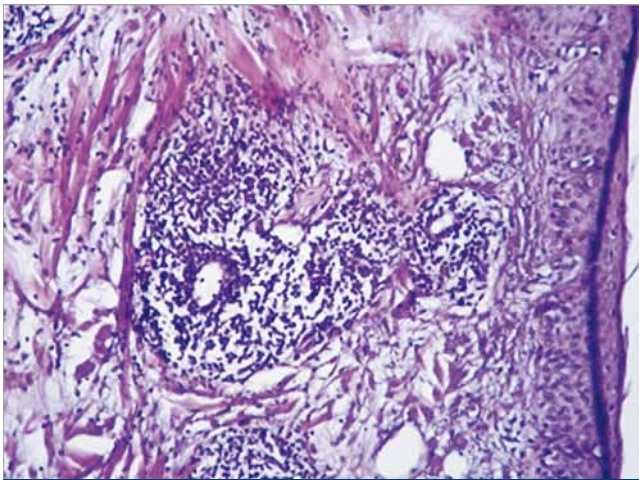


Foto 3. Infiltrado linfocítico mononuclear perivascular y perianexial en dermis superficial.(40X).

Foto 4. Gran mejoría al mes de tratamiento. Desaparición de las lesiones y del prurito esporádico.

Bibliografía

1. Jessner M, Kanof N.B. Lymphocytic infiltration of the skin. *Arch Dermatol.* 1953;68:447-449.
2. Herrera-Goepfert R. Infiltración linfocítica cutánea benigna (Jessner y Kanof). *Dermatología Revista Mexicana.* 1991; 5: 341-343
3. Toonstra J, Wildschut A, Boer J, Smeenk G et al. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. A clinical study of 100 patients. *Arch Dermatol.* 1989; 125: 1525-1530
4. Papa M, Maldonado S, Chappuris JM, Consigli J. Infiltración linfocítica de Jessner y Kanof. *Arch. Argent. Dermatol.* 2001; 51: 205-209
5. Vendramini T, Suárez T, Rodríguez Costa G, Ragau M et al. Infiltración linfocítica de Jessner y Kanoff. Importancia de la inmunomarcación. *Arch. Argent. Dermatol.* 1996; 46: 123-127
6. Viglioglia P. Lupus eritematoso tímido (una forma algo olvidada del LE crónico). *Act Terap Dermatol.* 2005; 28: 250-253
7. Laurinaviciene R, Clemmensen O, Bygum A. Successful treatment of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin with methotrexate. *Acta Derm Venereol.* 2009;89: 542-543.
8. Johansson EA, Niemi KM, Ranki A. Modification of lymphocyte subsets in Jessner's lymphocytic infiltration of the skin during proquazone treatment. *Dermatologica.* 1988; 176: 70-75

DERMATÓLOGOS JÓVENES

CASO CLÍNICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas al caso clínico:

1, b; 2, c; 3, e; 4, a.

Comentario. La telangiectasia nevoide unilateral es una dermatosis que se caracteriza por la presencia de múltiples telangiectasias de distribución lineal y unilateral. Predomina en el sexo femenino y puede ser congénita o más frecuentemente adquirida.

Si bien su patogenia no está esclarecida, se relaciona con

estados de hiperestrogenismo fisiológico (embarazo y anovulatorios) o patológicos (hepatopatías).

Se manifiesta por la aparición de múltiples telangiectasias arborescentes sin vaso central, asintomáticas, que se localizan principalmente en extremidad cefálica aunque también pueden ubicarse en tronco y miembros. No existe afectación mucosa ni sistémica.

El diagnóstico es eminentemente clínico. En el estudio histopatológico se observan vasos dilatados en dermis papilar y media sin proliferación endotelial.

El tratamiento se realiza sólo por motivos estéticos. Existen múltiples alternativas terapéuticas que incluyen electrocoagulación, criocirugía, laser CO2 e IPL, entre otras.

Bibliografía

1. Serra M., Reyes V., Hernández M., Valente E., et al. Telangiectasia nevoide unilateral: reporte de dos casos en mujeres embarazadas. *Arch Argent Dermatol* 2012; 62: 144-147.
2. Arias M., González R., Retamar R., López Santoro MC., et al. Telangiectasia nevoide unilateral. Comunicación de cuatro casos. *Dermatol Argent* 2009; 15: 44-48.
3. Jaka Moreno A., Tuneu Valls A. Placa eritematosa en una embarazada. Diagnóstico y comentario. *Piel* 2011; 26: 90-94.