

Lesiones nodulares en rostro y dorso

Nodular lesions on face and back

Ramón Fernández Bussy (h)¹, Gabriel Salerni², Mario Gorosito², Ramón A. Fernández Bussy³

Caso clínico

Paciente de 55 años de edad de sexo masculino que consulta por lesiones asintomáticas nodulares, localizadas en ambas sienes y placas eritematosas distribuidas en dorso y región clavicular, de 1 año de evolución.

Al examen físico no se encuentran adenopatías. (Fotos 1 y 2)

Estudios complementarios

Laboratorio de rutina: dentro de los parámetros normales. Recuento de reticulocitos: normales.

TAC de abdomen y pelvis: s/p. No se observan adenomegalias.

Histopatología: a nivel de la dermis una proliferación de células linfoides, de patrón predominantemente nodular, sin afectación epidérmica, ni de dermis papilar superficial. Se distribuye alrededor de los anexos cutáneos y rodeando los vasos sanguíneos esbozando folículos anormales. Este infiltrado se halla constituido por linfocitos de pequeño y mediano tamaño de núcleo hendido y cromatina densa y otros de mayor tamaño, con núcleo redondo u oval y nucleolo. En sectores los agregados linfoides tienden a expandirse hacia el resto de la dermis. No se observan macrófagos con cuerpo tingibles. Sobre los bordes de los especímenes biopsicos existe atrición tisular. (Fotos 3 y 4)

Inmunomarcacion: CD20 (L26) positivo difuso, CD3 positivo focal, CD30, CD4, CD8, CD5 y BCL-1 negativos, CD10 positivo focal, BCL-6 positivo focal, Ki 67 positivo 30%.

Fecha de recepción: 28/6/2013 | **Fecha de aprobación:** 28/3/2014

¹. Alumno de la Carrera de Especialista en Dermatología.

². Jefes de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Dermatología.

³. Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Provincial del Centenario, Rosario. Profesor Titular Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

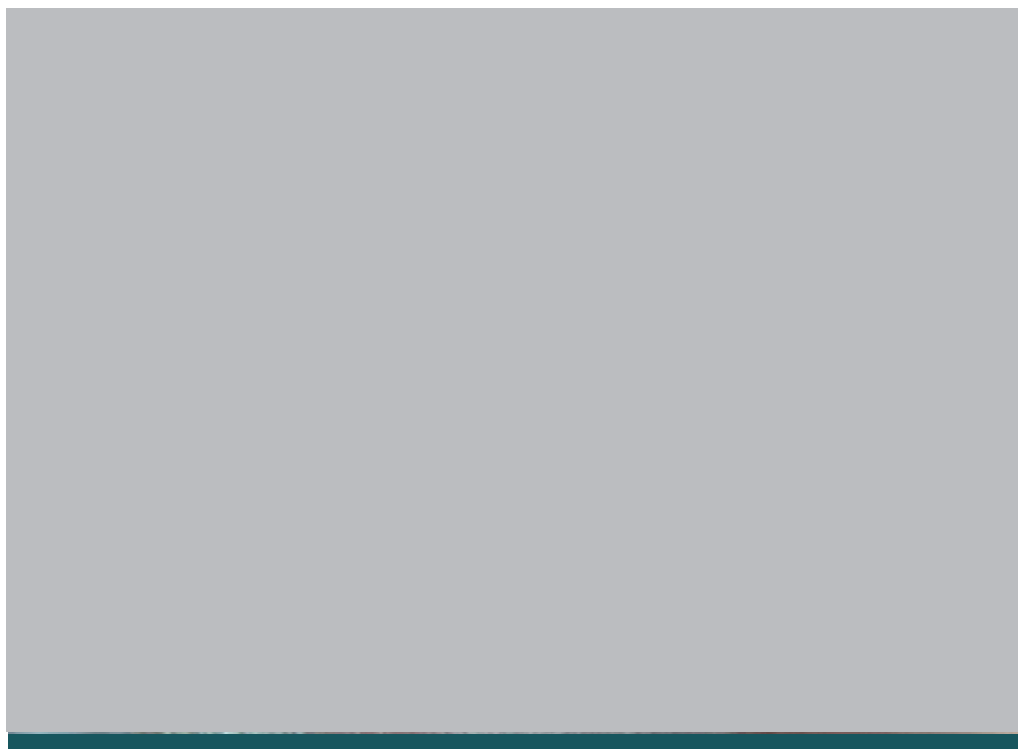


FOTO 1: Lesión nodular en cara



FOTO 2: Placas eritematosas distribuidas en dorso y región clavicular

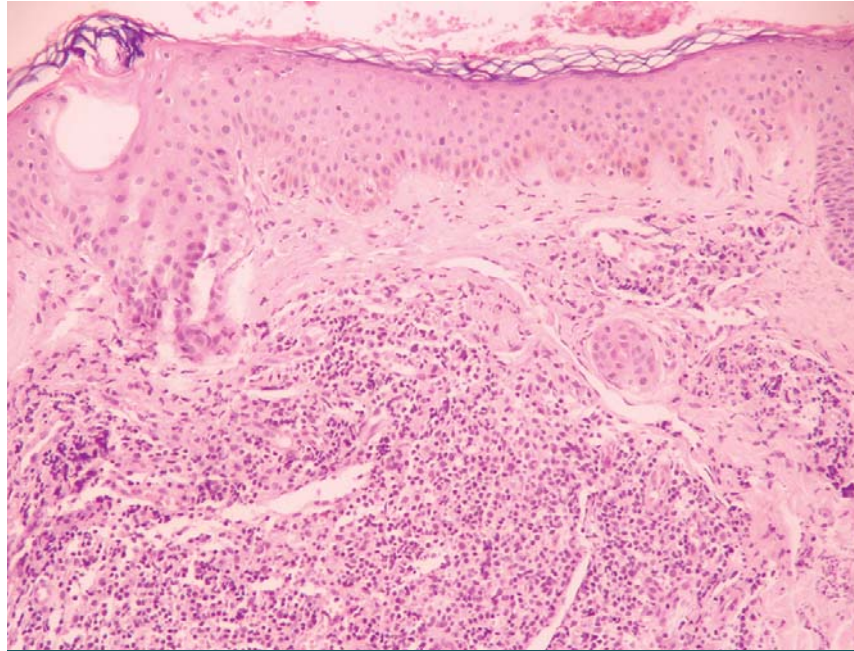


FOTO 3: Dermis: proliferación de células linfoides, con patrón predominantemente nodular

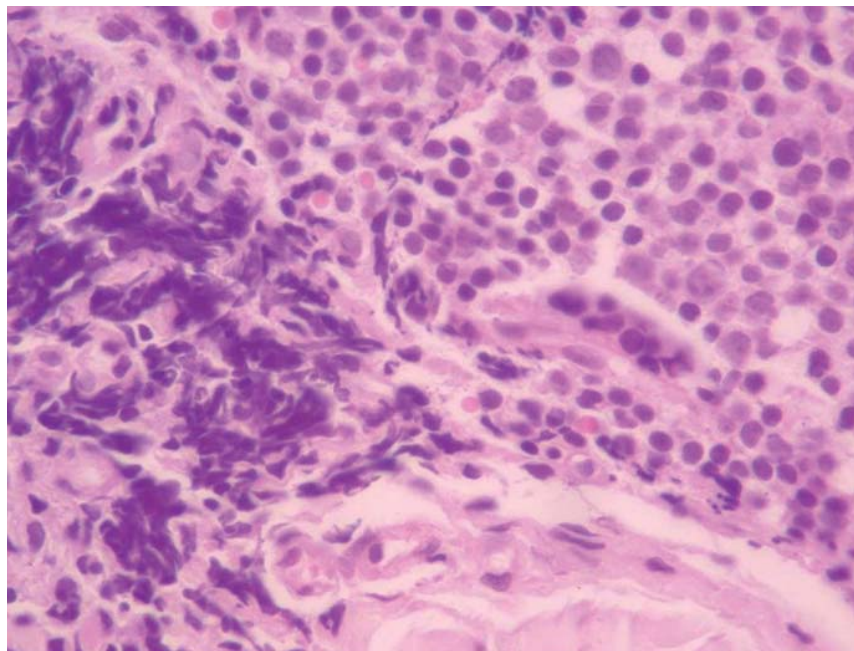


FOTO 4: Linfocitos de pequeño y mediano tamaño de núcleo hendido y cromatina densa. Otros de mayor tamaño, con núcleo redondo u oval y nucleolo

Diagnóstico

Linfoma cutáneo de células B de tipo centrofolicular, CD20+.

Comentarios

Los linfomas cutáneos de células B (CBCL) son un grupo heterogéneo de linfomas que se presentan en la piel y corresponden al 25% de los linfomas cutáneos primarios.¹

El linfoma cutáneo de células B del centro folicular es un tumor de células neoplásicas del centro folicular conformado por centrocitos y centroblastos.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de lesiones papuloides, placas o tumores nodulares rojos, solitarios o agrupados, que predominan en cabeza, cuello y tronco. Tienen crecimiento lento y la diseminación extracutánea es infrecuente. En dorso (Reticulo histiocitoma del dorso de Crosti), las lesiones papuloides y placas pueden desarrollarse sobre una base eritematosa pudiendo preceder en meses o años al tumor.²

El diagnóstico diferencial debe realizarse con: pseudolinfoma y linfomas de células T principalmente. Otras entidades son: lepra, sarcoidosis, lupus vulgar, leishmaniasis, lupus eritematoso, granulomatosis disciforme, rosácea, leucemia cutánea, sarcoma reticular y linfosarcoma.²⁻³

Actualmente los tratamientos para los linfomas cutáneos de células B son: la escisión quirúrgica y/o la radioterapia, el IFN- α intralesional o sistémico, la quimioterapia y el rituximab.⁴⁻⁵

La radioterapia (irradiación con haz de electrones) es uno de los tratamientos de elección porque penetra hasta la dermis, sin tener efectos sistémicos y con excelente respuesta.⁶

El rituximab (sistémico o intralesional) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20. El CD20 es una fosfoproteína de membrana que se expresa exclusivamente en los linfocitos B, está presente en el 95% de los linfomas de

células B. Ha demostrado ser un tratamiento eficaz en linfomas cutáneos B.⁷

En conclusión, ante la presencia de un linfoma cutáneo de células B, se debe realizar un examen completo de la piel, tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis, laboratorio completo, punción de médula ósea. Así como esperar seis meses antes de estadificar para descartar si existe o no afección sistémica.³

El diagnóstico de linfoma cutáneo debe hacerse en base a: criterios clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos. Una vez arribado al diagnóstico, la elección de la terapéutica a emplear, dependerá de la extensión y el tipo de linfoma. El caso presentado recibió radioterapia (irradiación con haz de electrones) con excelente respuesta.

Bibliografía

1. Mercadillo Perez P., Soto Morales M., Peniche Castellanos A., Moreno Lopez L. M. Linfoma cutáneo de células B centrofolicular. Reporte de un caso. *Rev Med Hosp. Gen Mex* 2010; 73 : 35-38.
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso linfomas cutáneos primarios 2007.
3. Tous V., Burgos G., Sevinsky L., Sehtman A., et ál. Linfoma cutáneo primario de células B centrofolicular. A propósito de un caso con respuesta favorable a la radioterapia. *Act Terap Dermatol* 2005; 28: 94.
4. Dreno B. Standard and new treatments in cutaneous B-cell lymphomas. *J Cutan Pathol*. 2006;33:47-51
5. Sugaya M., Hamada T., Hawai K., Yonekura K., et ál. Guidelines for the management of cutaneous lymphomas (2011): a consensus statement by the Japanese Skin Cancer Society – Lymphoma Study Group. *Journal of Dermatology* 2012; 39: 1-13.
6. Dreyling M. Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2010; 21 (Supplement 5): v181-v183.
7. Martín Fuentes A., De Eusebio Murillo E., Lorente Luna M., Juanes Viedma A., et ál. Tratamiento del linfoma cutáneo de células B tipo folicular con rituximab intralesional. *Piel*. 2012; 27: 63-67.