PSEUDOLINFOMA CUTÁNEO DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN

Álvarez Blanco M., Calvo Rodríguez D., Alonso Martínez B., llaneza Folgueras A.
Servicio de Cirugía General. Unidad de Patología Mamaria.
Hospital Universitario Central de Asturias. HUCA.

INTRODUCCIÓN:

El concepto de pseudolinfoma cutáneo (CPL) ha sido descrito por Kaposi en 1891 bajo el término de sarcomatosis cuti. No hay datos disponibles en cuanto a la incidencia y prevalencia del CTPL(1).

El pseudolinfoma cutáneo, se define como un proceso linfoproliferativo benigno policlonal reactivo, compuesto predominantemente por células B o células T, localizadas o diseminadas. La mayoría son idiopáticos. Otras etiologías conocidas, reacciones al tinte de tatuajes, picaduras de insectos, infección por *Borrelia burgdorferi* o molluscum contagiosum, leishmaniosis, vacunas y acupuntura. También se ha relacionado con determinadas drogas como anticonvulsivantes, antipsicóticos, antihipertensivos, citotóxicos, antirreumáticos, antibióticos, antidepresivos, ansiolíticos, antihistamínicos, antiarrítmicos, y fármacos hipolipemiantes. Hay casos recientes publicados en relación con drogas como infliximab y ácido zolendrónico (2).

De acuerdo con la célula que predomine, se clasifican en pseudolinfomas de célula B o célula T. A menudo no hay diferencias significativas entre los dos tipos. Puede afectar a cualquier grupo de edad, con predilección por niños y jóvenes en los tipos B inducidos por Borrelia, y en adultos en los de células T inducido por drogas (3).

Aunque la mayoría de los casos regresan espontáneamente, existe la rara posibilidad de progresión a linfoma cutáneo, si persiste la estimulación antigénica que los produce, como en los de tipo B inducidos por Borrelia (4), una serie de cuatro casos de CPSL publicada por Kulow et all se trasformaron en un linfoma cutáneo de célula B (5).

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 68 años de edad, consulta en nuestra Unidad de Patología Mamaria, por aparición de lesión que ocupa todo el complejo areola-pezón derecho de unos 2 meses de evolución.

Antecedentes Personales: ex fumador y bebedor ocasional, HTA a tratamiento médico con Enalapril 10 mg (1-0-0) de 4 años de evolución. Refiere además en los dos últimos meses un episodio neurológico de paresia en miembro superior izquierdo que en el plazo de 1 semana después de tratamiento con corticoides recupera completamente, con TC cráneo con discreta afectación por enfermedad isquémica de pequeño vaso.

Exploración: ligero aumento tamaño de mama derecha, con un complejo areola pezón (CAP) de color rojo vinoso , sobreelevado sin descamación ni secreción por pezón, no adenopatías axilares, supraclaviculares ni cervicales, la mama y el CAP contralateral son normales.

Estudios Complementarios:

- mamografía y eco mama: presenta ligero aumento de grosor de areola derecha y áreas de densidad fibroglandular retroareolares compatibles con tejido fibroglandular. Se le realiza PAAF de areola derecha con anatomía patológica de sin evidencia de malignidad y PAAF de adenopatía axilar derecha con resultado de sin evidencia de malignidad.
- biopsia excisional de areola de mama derecha con resultado anatomopatológico de pseudolinfoma. Los aspectos morfológicos observados y el perfil inmunohistoquimico revelado, sugieren lesión pseudolinfomatosa. Estudiado en servicio de Oncología molecular, el resultado fue de policlonalidad (presencia de linfocitos B y linfocitos T).
- Estudios analiticos: Una vez sabido en diagnostico anatomopatologico, realizamos una batería analítica que nos confirma que el paciente es positivo para *Borrelia burgdorferi* Ig G.

Evolución Clínica: Desde el momento del diagnostico el paciente ha sido tratado con corticoides vía oral a dosis 1mg/Kg peso. En el momento actual la lesión ha desaparecido casi completamente y los corticoides están suspendidos.



CAP patológico al diagnóstico



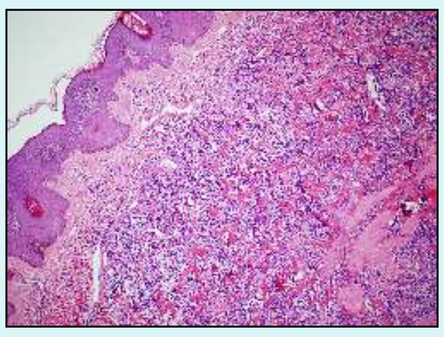
CAP normal al diagnostico



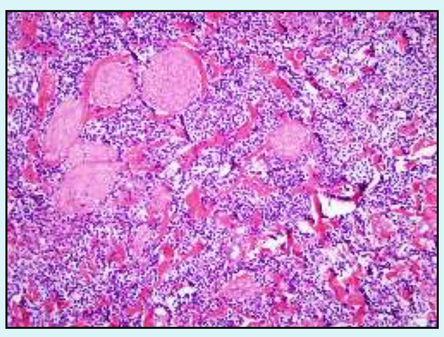
CAP en la evolución del tratamiento



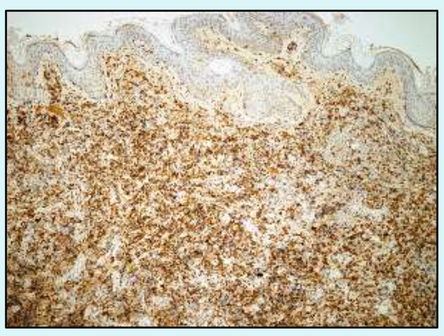
CAP en el momento actual



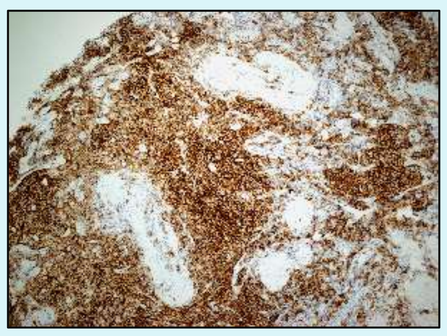
Intenso infiltrado inflamatorio de linfocitos en dermis.



Linfocitos disecando tejido muscular y alrededor de anejos. Sin destrucción de los mismos.



Estudio Inmunohistoquimico + para CD3. Marcador para linfocitos T.



Estudio Inmunohistoquimico + para CD20. Marcador para linfocitos T.

DISCUSIÓN:

El pseudolinfoma cutáneo no es una patología infrecuente. Están publicados unos 200 casos en la literatura (6).

Suele presentarse como un nódulo solitario que puede cambiar desde rojo vinoso a violáceo con una consistencia pastosa. También como placas, pápulas y mas raramente las formas generalizadas. Son lesiones confinadas a la piel y no invaden planos profundos (2).

Las lesiones suelen ser asintomáticas, como nuestro caso clínico, pero a diferencia de cómo ocurre en la epidemiologia del CSPL, que afecta predominantemente a mujeres y en edades inferiores a los 40 años (7), nosotros presentamos un caso varón de 68 años de edad. La localización más frecuente, hasta en un 70% de los casos es en la cara (8), en este paciente la lesión ocupaba todo el área de la areola de la mama derecha.

Respecto al agente desencadenante de la lesión, investigando en sus antecedentes encontramos que es a tratamiento médico, el fármaco podría ser agente causal. Además de ser un aficionado a realizar rutas de montaña y reconoce haber sufrido en múltiples ocasiones picaduras de garrapatas, encontrándonos con positividad para *Borrelia burgdorferi* Ig G en sus estudios analíticos.

Hay que hacer diagnostico diferencial con patologías como, linfoma cutáneo, sarcoidosis, lupus eritematoso, hiperplasia angiolinfoide, rosácea, entre otros (8).

La base del tratamiento para los CPSL está orientada a buscar la causa que puede desencadenar la lesión. Las lesiones suelen regresar espontáneamente, es importante suspender los fármacos que podamos pensar sean desencadenantes, se pueden utilizar corticoides tópicos, intralesionales o incluso vía oral para facilitar la desaparición de la lesión y también esta descrito el uso de otras medidas como criocirugía, interferon alfa incluso la radioterapia local para esas lesiones persistentes o agresivas que no responden a otras modalidades de tratamiento (2).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tanusin Ploysangam, Debra L. Breneman, and Diya F. Mutasim. Cutaneous pseudolymphomas. J. of the American Academy of Dermatology. 1998 June; 30(6): 877-894.
2. Deepa Joseph, Monica Malik Irukulla, Syed Fayaz Ahmed, Deepthi Valiyaveettil, and Syed Akram. Radiotherapy in aggressive cutaneous pseudolymphoma: a case report and review of literature. Radiat Oncol J. 2016 Mar; 34(1): 76–80.
3. Burg G, Wood G, Kempt W, Schmid U, Sander CA, Cogliatti S. Lymphoid infiltrates of the skin mimicking lymphoma (cutaneous pseudolymphoma) In: LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A, editors. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of skin tumors. Lyon: IARC press; 2006. pp. 212–214.
4. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. Clin Dermatology. 2010 Sep-Oct;28(5):568-74.
5. Kulow BF, Cualing H, Steele P, et al. Progression of cutaneous B-cell pseudolymphoma to cutaneous B-cell lymphoma. J Cutan Med Surg. 2002;6:519–528.
6. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010;28:568–574.
7. Mahboob Hasan, Mohammad Shahid, Manoranjan Varshney, Aysha Mubeen, and Kavita Gaur. Idiopathic lymphocytoma cutis: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2011.
8. Ederson Valei Lopes de Oliveira, Giovana Bachega Badiale, and Margarida M. F. S. Moraes. Lymphocytoma cutis - Case report. An Bras Dermatol. 2013 Nov-Dec; 88(6 Suppl 1): 128–131.