

Tumoración nodular solitaria en el antebrazo

Solitary nodular tumor on the forearm

Cynthia Laura Rossi¹, Leandro Danze²

¹ Médica Dermatóloga

² Médico Patólogo

Práctica privada, Vicente López, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Cynthia Laura Rossi

E-mail: dra.cynthiarossi@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 3/8/2024

Fecha de trabajo aceptado: 11/12/2024

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 193-194

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes médicos relevantes, consultó por la aparición de una lesión asintomática en el antebrazo izquierdo de varios meses de evolución. Al examen físico se observaba una tumoración nodular redondeada, eritematoviolácea, de superficie lisa, con bordes regulares, duro elástica, de 0,5 cm de diámetro (Foto 1). No se evidenciaban otras lesiones asociadas y el paciente no manifestaba síntomas generales.

Se realizó una biopsia escisional de la piel para estudio histopatológico y de inmunohistoquímica cuyo

resultado reveló ausencia de alteraciones en la epidermis (Foto 2) y a nivel de la dermis, presencia de una proliferación de linfocitos dispuestos en patrón nodular (Foto 3). En algunos sectores se observaban centros germinales. El estudio de inmunohistoquímica evidenció una positividad heterogénea tanto para linfocitos CD3 y CD20 (Fotos 4 A y B), negatividad para bcl-2 en centros germinales y positividad para cadenas livianas kappa/lambda en células plasmocíticas (Fotos 4 C y D). El paciente evolucionó favorablemente sin recidiva (se extirpó la lesión).



FOTO 1: Tumoración nodular en el antebrazo izquierdo.

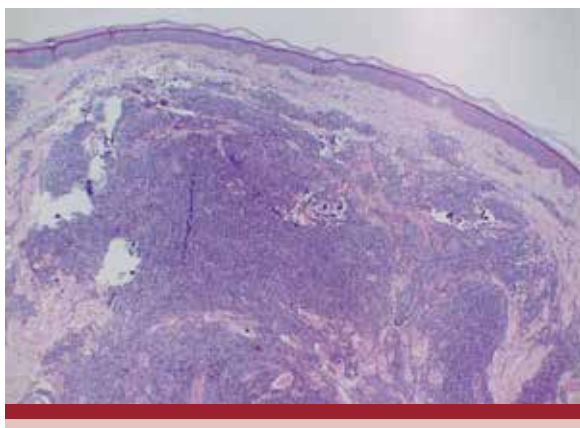


FOTO 2: Epidermis conservada y presencia de un infiltrado linfocítico a nivel de la dermis superficial y profunda (HyE, 4X).

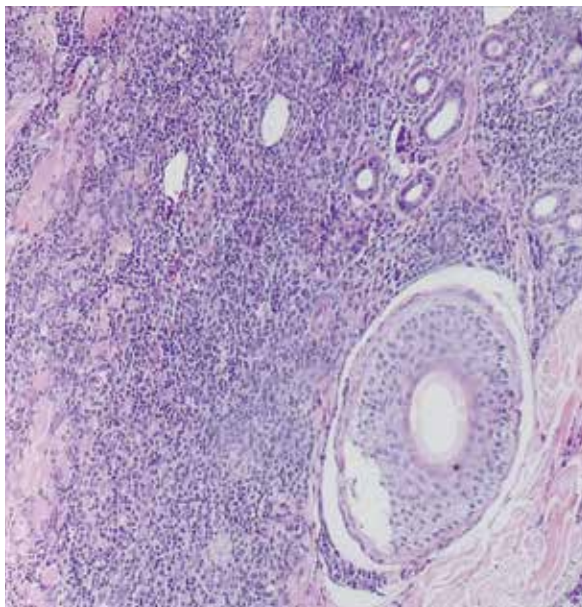


FOTO 3: Presencia de una proliferación linfoide constituida por pequeños linfocitos dispuestos en patrón nodular (HyE, 10X).

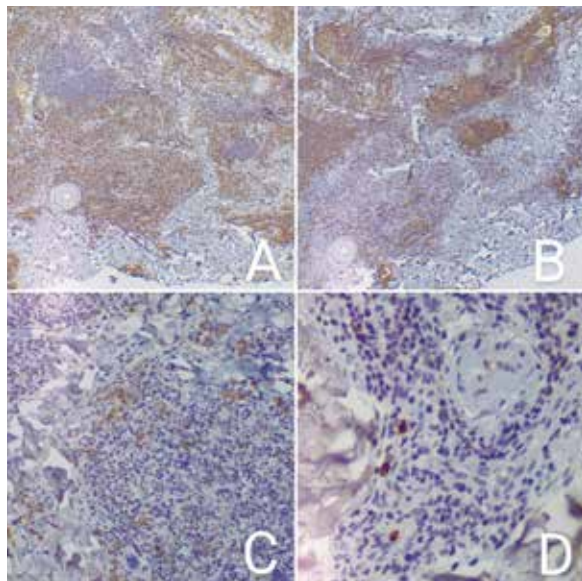


FOTO 4: Perfil inmunohistoquímico. A) CD3 positivo a nivel de linfocitos distribuidos en la zona interfolicular. B) CD20 positivo a nivel de estructuras foliculares. C) y D) cadenas livianas kappa y lambda positivas en plasmocitos.

DIAGNÓSTICO

Hiperplasia folicular linfoide mixta.

COMENTARIOS

Las hiperplasias linfoides cutáneas son proliferaciones linfoides benignas poco frecuentes que imitan clínica e histopatológicamente un linfoma cutáneo¹⁻⁵. Según el infiltrado celular predominante pueden clasificarse en B, T o mixtas¹⁻⁵. Si bien su origen puede relacionarse con una respuesta inmunológica local exagerada ante ciertos desencadenantes como picaduras o mordeduras de artrópodos, tatuajes, vacunas, fármacos o infecciones, en muchos casos es idiopático¹⁻⁵. Se presenta en adultos de aproximadamente 40 años, con un ligero predominio por el sexo femenino, y menos frecuentemente en niños^{1,4}. Las zonas más afectadas son la cara, el tronco y los miembros superiores^{1,2,4}. Clínicamente se pueden manifestar como nódulos de color rojizo de hasta 5 cm de diámetro o más raramente como pápulas y placas agrupadas^{1,2,4,5}. El principal diagnóstico diferencial es el linfoma cutáneo¹⁻⁵.

En el examen histológico se observa una epider-

mis sin alteraciones, y a nivel de la dermis un denso infiltrado nodular compuesto principalmente por linfocitos maduros, con tendencia a la formación de folículos linfoides. En la zona interfolicular se pueden encontrar linfocitos, células plasmáticas, histiocitos, eosinófilos y células gigantes multinucleadas. A menudo, se evidencian centros germinales. Esta heterogeneidad es importante para diferenciarla de un linfoma cutáneo donde el infiltrado suele ser homogéneo. El estudio de inmunohistoquímica demuestra una positividad heterogénea, tanto para linfocitos CD20 y CD3, negatividad para bcl-2 en centros germinales, sin restricción de cadenas livianas kappa/lambda en células plasmocíticas. Este último hallazgo además habla a favor de un fenómeno reactivo, a diferencia del linfoma primario cutáneo de la zona marginal el cual puede presentar restricción de expresión para dichas cadenas¹⁻⁵.

Dentro de los tratamientos más frecuentes, se encuentran la escisión quirúrgica, los corticoides sistémicos o intralesionales, la crioterapia, los antibióticos, PUVA terapia y radioterapia^{1,3-5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma. A review on the spectrum and a proposal for a new classification. *J Cutan Pathol*. 2020;47:76-97.
2. Romero-Pérez D, Blanes-Martínez M, Encabo-Durán B. Pseudolinfomas cutáneos. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:640-651.
3. Duke T, Lee T, Sharma D, Enelow T, et al. Idiopathic cutaneous lymphoid hyperplasia: a diagnostic dilemma. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76 (6S1):4958.
4. Tapia O, Kam S, Valenzuela Y. Hiperplasia cutánea linfoide (linfocitoma cutis) secundaria a fármacos: hallazgos clínicos y morfológicos. *Int J morphol*. 2012;30:170-175.
5. Miguel D, Peckruhn M, Elsner P. Treatment of cutaneous pseudolymphoma: a systematic review. *Acta Derm Venereol*. 2018;98:310-317.