

LINFOMA CUTANEO PRIMARIO DE CELULAS T

Gómez Molina, María Clemencia
Ceballos Cárdenas, Lucy
Restrepo Gutiérrez, Susana

RESUMEN

Se presenta un paciente con lesiones nódulo-ulcerativas en miembros inferiores, las cuales cicatrizan espontáneamente, pero reaparecen en otras localizaciones, acompañadas de adenopatías inguinales. El estudio histológico de la lesión fue compatible con un linfoma, el cual fue confirmado por inmunohistoquímica.

Palabras Clave: Linfoma cutáneo no micosis fungoide, células T, antígeno CD 30.

HISTORIA CLINICA

El paciente es un hombre de 18 años, quien consultó por presentar un nódulo ulcerado en pierna izquierda de 5 meses de evolución. Al examen físico se observa lesión levantada de 5 cms. de diámetro, con centro ulcerado, de fondo sucio y necrótico en tercio inferior de pierna izquierda con adenomegalia en región inguinal ipsilateral; no más hallazgos al examen inicial. La lesión sanó espontáneamente, dejando cicatriz profunda y deprimida; presentó posteriormente, dos nuevas lesiones en tercio inferior de pierna derecha, una de ellas era una úlcera superficial costrosa, de aproximadamente 4 cm.; la otra era una lesión nodular eritematosa, dura y dolorosa (Fig. No. 1). Nuevamente cicatrizan espontáneamente, pero reaparecieron semanas después. La última lesión apareció en el glúteo izquierdo como una masa dura con signos inflamatorios, la cual persiste luego del manejo con antibióticos, presentando luego ulceración cubierta con costra.

Exámenes de Laboratorio

Hemoleucograma: Ligera leucopenia y trombocitosis.
Estudios para Leishmaniasis, hongos y micobacterias: Negativos
VDRL y Elisa anti-VIH: No reactivos.
Rx Tórax: Normales
Ecografía y TAC de abdomen: Normales.
Biopsia médula ósea: Normal.

En la biopsia se observó, en el dermis, proliferación de células de estirpe linfóide, grandes, atípicas mezcladas con células histiocitoides, de localización perianexial profunda y perivascular con escaso epidermotropismo (Fig. No. 2). Puesto que los hallazgos parecían corresponder a un linfoma probablemente primario de piel, se realizó inmunohistoquímica con la cual se realiza el diagnóstico de linfoma cutáneo de grado intermedio

María Clemencia Gómez Molina, Residente II Dermatología, Universidad de Antioquia.

Lucy Ceballos Cárdenas, MD Dermatóloga.

Susana Restrepo Gutiérrez, MD Patóloga.

Hospital San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: María Clemencia Gómez. Sección de Dermatología, Departamento Medicina Interna, Universidad de Antioquia.



Fig. No. 1. Lesiones nódulo-ulcerativas en tercio inferior de pierna derecha.

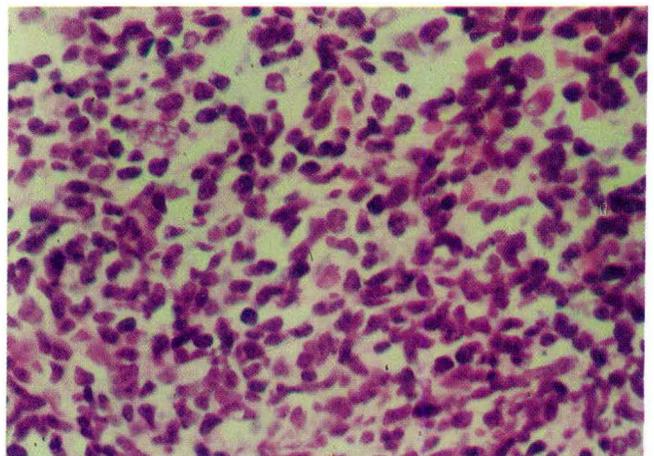


Fig. No. 2. Cuadro histológico con hematoxina-eosina: Proliferación de células de estirpe linfóide, grandes, atípicas mezcladas con células histiocitoides.

de malignidad de origen en linfocitos T, con reactividad para antígeno leucocitario y para marcadores T, UCHL1 y LEU 22 y negatividad para marcadores B. El marcador KI-1 (CD 30) fue negativo.

Se realiza inicialmente prueba terapéutica con metotrexate 300 mg y leucovorin 25 mg por 6 días VO, con disminución del tamaño inicial de la lesión. Luego se decide hacer tratamiento con radioterapia por ser lesión única.

En el último control se encuentra paciente asintomático, sin actividad tumoral.

COMENTARIOS

El término linfoma cutáneo (LC) se debe utilizar únicamente para aquellos linfomas que se representan en la piel, en ausencia de cualquier lesión extracutánea detectable por lo menos durante 6 meses desde el momento del diagnóstico; éste y su diferenciación de desórdenes linfoproliferativos reactivos (pseudolinfoma) es realizado actualmente por inmunofenotipificación y genotipificación. La demostración de los clones es actualmente aceptada por la mayoría como el criterio clave para el diagnóstico de esta entidad.^{1,2}

De acuerdo con los hallazgos inmunohistológicos, el LC puede ser dividido en 2 grupos principales: Linfoma cutáneo de células T (LCCT) y linfoma cutáneo de células B (LCCB).¹

Edelson introdujo hace casi 20 años el término "linfoma cutáneo de células T" para referirse a un grupo de enfermedades linfoproliferativas de la piel¹ con compromiso de las células T primariamente del fenotipo CD 4+ (ayudadoras), las cuales inicialmente afectan la piel, pero luego de un período variable de tiempo puede comprometer los ganglios linfáticos y las vísceras.² Estos incluyen la micosis fungoide clásica, el síndrome de Sézary y algunos desórdenes relacionados dentro de los que se encuentra la categoría de LCCT no micosis fungoide que tiene 2 subgrupos principales, dependiendo de la expresión del antígeno CD 30 por las células T, pudiendo ser CD 30 positivo o negativo.^{1,3}

El caso aquí presentado corresponde a un LCCT no MF CD 30 negativo, el cual está caracterizado por la presencia de nódulos cutáneos únicos o más frecuentemente múltiples, pudiendo ocurrir ulceración; también puede haber placas o tumores sin cambios eczematosos de la epidermis. A veces puede haber compromiso de ganglios linfáticos. Generalmente presentan un curso rápido y un pronóstico pobre a pesar de un

tratamiento agresivo. Este histológicamente tiene una morfología predominante de células grandes. Una pequeña proporción puede tener un curso más prolongado o un mejor pronóstico, presentando histológicamente infiltración cutánea de tamaño pequeño a mediano.^{1,3}

El tratamiento de las lesiones planas puede realizarse con PUVA, pero se debe preferir la radioterapia; las lesiones que recidivan pueden responder a la inyección intralesional de corticoesteroides. Si hay compromiso de linfáticos se usa quimioterapia. Los retinoides y las citoquinas pueden inducir remisión si no hay mejoría con los otros tratamientos.³

SUMMARY

We discuss here the case of a young male who presented recurrent self-healing ulcers on his legs. By using histopathology and immunohistochemistry, a diagnosis of cutaneous T-cell lymphoma was established.

Key words: Cutaneous T-cell lymphoma non micosis fungoides, T-cells, CD 30 antigen.

BIBLIOGRAFIA

1. Pimpinelli N, Santucci M, Giannotti B. Cutaneous lymphoma: A clinically relevant classification. *Int J Dermatol* 1993; 32(10): 695-700.
2. Terhune M, Cooper K. Gene rearrangements and T cell lymphomas. *Arch Dermatol* 1993; 129(11): 1484-1490.
3. Sterry W. Other systemic lymphomas with skin infiltrates. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ et al eds. *Dermatology in general medicine*. Fourth Edition. New York, McGraw-Hill, 1993; 1308-1309.