

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i2.10453>

¿Sirve la dermatoscopia en el diagnóstico del pseudolinfoma cutáneo? Controversias en la bibliografía

Is dermoscopy useful in the diagnosis of cutaneous pseudolymphoma? Controversies in literature.

Laura Ceballos Naranjo,¹ Alejandra María Toro Álvarez²

ANTECEDENTES

El pseudolinfoma cutáneo es una enfermedad rara y generalmente idiopática, producida por la proliferación linfocítica reactiva de causa benigna que, desde el punto de vista clínico, histopatológico o ambos, puede simular un linfoma cutáneo.^{1,2,3} Los pseudolinfomas cutáneos se han clasificado con base en sus características histopatológicas e inmunofenotípicas en función del linfoma al que simulan según el componente linfocitario principal (células B o T).^{1,4,5}

No existen demasiados datos acerca de su epidemiología; sin embargo, esta enfermedad parece ser un poco más frecuente en el sexo femenino y en pacientes de raza blanca; afecta principalmente a individuos de edad adulta, aunque puede ocurrir a cualquier edad. Con base en la clasificación histopatológica, los pseudolinfomas cutáneos de células B son más frecuentes que los de tipo T.^{1,3,4,6}

Para su diagnóstico se requiere la integración de datos clínicos e histopatológicos; deben evaluarse la arquitectura, composición de infiltrados, inmunohistoquímica y estudios moleculares.^{1,4} Desde el punto de vista clínico, los linfomas y pseudolinfomas cutáneos tienen una manifestación diversa que varía desde parches múltiples inespecíficos, placas y eritrodermia hasta tumores solitarios amelanóticos y nódulos.^{2,7}

¹ Médica.

² Médica dermatóloga. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-1823-1435>

Recibido: junio 2024

Aceptado: julio 2024

Correspondencia

Laura Ceballos Naranjo
laura.ceballosn2806@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ceballos-Naranjo L, Toro-Álvarez AM. ¿Sirve la dermatoscopia en el diagnóstico del pseudolinfoma cutáneo? Controversias en la bibliografía. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (2): 297-300.

La dermatoscopia es una herramienta no invasiva, equipada con lentes de magnificación (usualmente 10x) y una fuente de luz que permite la visualización de estructuras típicas invisibles al ojo desnudo. Esta herramienta permite descartar los diagnósticos diferenciales de los tumores amelanóticos con buena fiabilidad; sin embargo, los linfomas y pseudolinfomas cutáneos rara vez se incluyen en los estudios, lo que limita la bibliografía actual casi exclusivamente a reportes de caso y pequeñas series de casos.⁷

Hasta ahora, sólo cinco estudios han investigado la dermatoscopia del pseudolinfoma, tres de ellos incluyen imágenes.^{4,5,8} Por dicha razón, no es de extrañar que en el estudio de Geller y su grupo⁹ sólo el 16.3% de los clínicos consideraron los pseudolinfomas cutáneos entre los diagnósticos diferenciales.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años con antecedente de rinitis alérgica y dermatitis seborreica en la cara y la piel cabelluda, sin otros antecedentes de importancia. Consultó al servicio de Dermatología por padecer un cuadro clínico de cinco meses de evolución, consistente en la aparición de placa única de color asalmonado en la región supraciliar izquierda, sin dolor, prurito, descamación u otro síntoma asociado. La lesión empezó como una pequeña mácula que tuvo rápido crecimiento; el paciente negó un traumatismo previo o picaduras de insecto en esa localización.

Al examen físico se evidenció una placa eritematosa asalmonada, bien circunscrita, de aproximadamente 0.8 x 1.0 cm de diámetro en la región supraciliar izquierda, única, de bordes regulares y bien definidos. **Figura 1**

En la dermatoscopia se evidenciaron puntos blancos y glóbulos rojos sobre una base eritematosa asalmonada, con algunos vasos



Figura 1. Región supraciliar izquierda con una placa eritematosa asalmonada de 0.8 x 1.0 cm de diámetro, bien circunscrita, de bordes regulares bien definidos.

lineales ramificados, localizados en la periferia (**Figura 2**). Los diagnósticos diferenciales considerados fueron: granuloma facial, linfoma cutáneo y pseudolinfoma cutáneo, por lo que se tomó biopsia por punción, cuyo estudio reportó estrato córneo con ligera hiperqueratosis sin

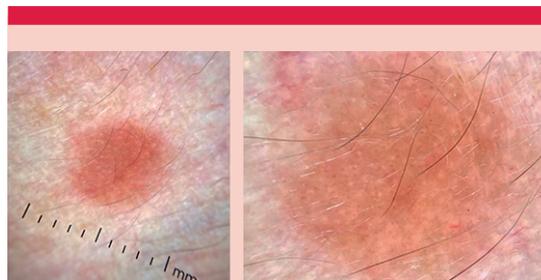


Figura 2. Características dermatoscópicas de la lesión; se observan puntos blancos y glóbulos rojos sobre una base eritematosa asalmonada con algunos vasos lineales ramificados localizados en la periferia.

paraqueratosis ni neutrofilia, estrato de Malpighi conservado con acantosis irregular notoria, asociado con espongirosis y exocitosis de algunos linfocitos sin atipia, en la dermis sin zona de Grenz, con ligero edema subepidérmico asociado con un moderado infiltrado inflamatorio crónico de tipo linfoplasmocitario que rodeaba los vasos sanguíneos hasta la dermis reticular superficial formando pequeños nódulos. Se observaron centros germinales sin zona del manto. No se observaron eosinófilos, neutrófilos ni histiocitos. Estos hallazgos fueron consistentes con pseudolinfoma cutáneo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos dermatoscópicos de los linfomas y pseudolinfomas cutáneos pueden mostrar características inespecíficas y una gran cantidad de enfermedades de la piel pueden incluirse entre los diagnósticos diferenciales: carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas escasamente diferenciado, melanoma amelanótico y metástasis cutánea, entre otros.^{1,7,10} Del mismo modo, las características dermatoscópicas pueden variar ampliamente entre cada subtipo de pseudolinfoma cutáneo.

Namiki y su grupo⁸ describieron los hallazgos dermatoscópicos del linfocitoma cutis, el prototipo de pseudolinfoma cutáneo de células B. Entre los hallazgos principales destacan una base rosada con líneas reticulares blancas y algunos vasos lineales finos que cruzan las líneas reticulares.

Fujimura y colaboradores⁵ describieron los hallazgos dermatoscópicos de la foliculitis pseudolinfomatosa, entre los que se incluyen vasos arboriformes prominentes con pequeñas manchas amarillas foliculares y perifoliculares con puntos rojos foliculares.

Chessa y su grupo,¹⁰ en su reporte de nueve pacientes con diagnóstico de linfoma cutáneo y cuatro pacientes con pseudolinfoma cutáneo,

describieron en el primer grupo de pacientes hallazgos constantes, como tapones foliculares y vasos lineales con y sin ramas sobre una base rosada o anaranjada.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de pseudolinfoma cutáneo se encontraron tres características diferentes: 1) patrón vascular homogéneo en la periferia que rodea un área blanca anaranjada con pocos tapones foliculares centrales; 2) vasos lineales con y sin ramas, tapones foliculares y color blanco perifolicular sobre una base naranjada; 3) líneas reticulares blancas que cruzan glóbulos rojos, áreas rojas y pocos vasos lineales. La primera característica se describió en esta serie de casos, la segunda se ha descrito en los pseudolinfomas cutáneos y en los linfomas cutáneos de células B y T y la tercera característica se ha descrito en pseudolinfomas cutáneos, pero no en linfomas cutáneos.¹⁰

El estudio de casos y controles de Navarrete Dechent y su grupo⁷ encontró que, en comparación con los controles, los linfomas y pseudolinfomas cutáneos eran de color anaranjado en un 71.4 vs 14.2%, con tapones foliculares en un 85 vs 2.8% y se manifestaron como lesiones organizadas en un 85 vs 31.4%. En los linfomas y pseudolinfomas cutáneos fueron frecuentes los vasos de cualquier tipo, principalmente lineales y arboriformes. Al combinar el color anaranjado y tapones foliculares, el OR fue de 2.8 con un valor p estadísticamente significativo para el diagnóstico de linfoma y pseudolinfoma cutáneo. Este estudio no comparó los hallazgos dermatoscópicos del linfoma y pseudolinfoma cutáneo, sino que agrupó ambas enfermedades por sus similitudes clínicas e histopatológicas.⁷

Los datos anteriores permiten concluir que los linfomas y pseudolinfomas cutáneos son afecciones muy similares; la dermatoscopia es una herramienta que permite diferenciarlos de otros tumores amelanóticos con buen grado de certeza, pero no es de gran utilidad para diferenciarlos

entre sí porque puede haber un solapamiento en los patrones dermatoscópicos de ambos padecimientos. Esta premisa refuerza el concepto de que la histopatología continúa siendo el patrón de referencia en el diagnóstico y diferenciación del linfoma y el pseudolinfoma cutáneo.^{5,10,11}

REFERENCIAS

- Romero-Pérez D, Blanes Martínez M, Encabo-Durán B. Cutaneous pseudolymphomas. *Actas Dermosifiliogr* 2016; 107 (8): 640-51. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.05.003>
- Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma. *Surg Pathol Clin* 2017; 10 (2): 455-476. <https://doi.org/10.1016/j.path.2017.01.002>
- Bory-Porras LG, Martínez-García D, Ortega-Rodríguez M. Pseudolinfoma, un reto para la dermatopatología. *Rev Ciencias Médicas* 2023; 27 (2023): e6092.
- Bombonato C, Pampena R, Lallas A, Giovanni P, Longo C. Dermoscopy of lymphomas and pseudolymphomas. *Dermatol Clin* 2018; 36 (4): 377-388. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.05.005>
- Fujimura T, Hidaka T, Hashimoto A, Aiba S. Dermoscopy findings of pseudolymphomatous folliculitis. *Case Rep Dermatol* 2012; 4 (2): 154-7. <https://doi.org/10.1159/000341194>
- Hussein MR. Cutaneous pseudolymphomas: inflammatory reactive proliferations. *Expert Rev Hematol* 2013; 6 (6): 713-33. <https://doi.org/10.1586/17474086.2013.845000>
- Navarrete-Dechent C, Del Puerto C, Abarzúa-Araya Á, Molgó M, Geller S, et al. Dermoscopy of primary cutaneous B- and T-cell lymphomas and pseudolymphomas presenting as solitary nodules and tumors: a case-control study with histopathologic correlation. *Int J Dermatol* 2019; 58 (11): 1270-1276. <https://doi.org/10.1111/ijd.14590>
- Namiki T, Miura K, Tokoro S, Tanaka M, Yokozeki H. Dermoscopic features of lymphocytoma cutis: A case report of a representative dermoscopic feature. *J Dermatol* 2016; 43 (11): 1367-1368. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13382>
- Geller S, Marghoob AA, Scope A, Braun RP, Myskowski PL. Dermoscopy and the diagnosis of primary cutaneous B-cell lymphoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32 (1): 53-56. <https://doi.org/10.1111/jdv.14549>
- Chessa MA, Filippi F, Patrizi A, Misciali C, et al. Is dermoscopy useful for the diagnosis of pseudolymphomas? *Dermatology* 2021; 237 (2): 213-216. <https://doi.org/10.1159/000508900>
- Behera B, Kumari R, Thappa DM, Toi PC. Clinical and dermoscopic features of a case of idiopathic T-cell pseudolymphoma. *Indian Dermatol Online J* 2021; 12 (4): 583-586. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_530_20