

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i4.7939>

## Linfocitoma cutis secundario a picadura de artrópodo

### *Lymphocytoma cutis secondary to arthropod bite.*

Anahí Lizeth Pérez-Quispe,<sup>1</sup> Héctor Cantú-Maltos,<sup>3</sup> Mauricio Ovando-Aquino,<sup>3</sup> Carolina Palacios-López<sup>2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** El linfocitoma cutis es un proceso linfoproliferativo reactivo que simula histológicamente un linfoma cutáneo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 36 años de edad, con una dermatosis localizada a la cara, caracterizada por una neoformación de forma ovalada, rosada, dura, de 1.2 x 0.5 cm, asintomática, de 6 semanas de evolución, que apareció posterior a la picadura de un insecto. El reporte histopatológico de la biopsia tomada por escisión fue de linfocitoma cutis.

**CONCLUSIONES:** Los linfocitomas cutis secundarios a picadura de artrópodos comúnmente se localizan en sitios expuestos, como un nódulo eritematoso solitario y de alivio espontáneo. El objetivo del estudio es descartar un proceso maligno, por lo que la escisión quirúrgica es el tratamiento de elección.

**PALABRAS CLAVE:** Hiperplasia; linfocitoma; pseudolinfoma; artrópodo.

#### Abstract

**BACKGROUND:** *Lymphocytoma cutis* is a reactive lymphoproliferative process that histologically mimics cutaneous lymphoma.

**CLINICAL CASE:** A 36-year-old female patient, with a dermatosis located to the face, characterized by a neoformation of oval, pink, hard, size 1.2 x 0.5 cm, asymptomatic, 6 weeks of evolution, that appeared after the insect bite. The diagnostic report of the excisional biopsy was of lymphocytoma cutis, which was confirmed by histopathology.

**CONCLUSIONS:** *Lymphocytoma cutis* secondary to arthropod bites are usually localized to exposed sites, such as a solitary, self-limited erythematous nodule. The goal of treatment is to rule out a malignant process, so surgical excision is the treatment of choice.

**KEYWORDS:** Hyperplasia; Lymphocytoma; Pseudolymphoma; Arthropod.

<sup>1</sup> Médico residente de Dermatología Pediátrica.

<sup>2</sup> Adscrito al Servicio de Dermatología. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>3</sup> Médico residente de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

**Recibido:** agosto 2021

**Aceptado:** agosto 2021

#### Correspondencia

Carolina Palacios López  
caroderma@yahoo.com.mx

#### Este artículo debe citarse como:

Pérez-Quispe AL, Cantú-Maltos H, Ovando-Aquino M, Palacios-López C. Linfocitoma cutis secundario a picadura de artrópodo. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (4): 558-563.

## ANTECEDENTES

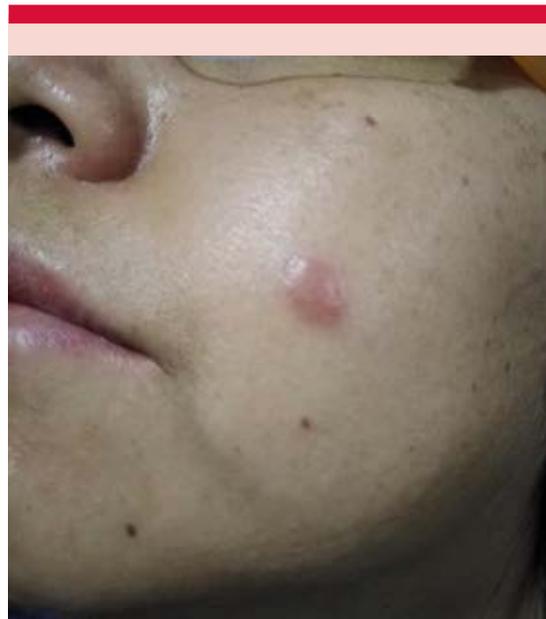
El pseudolinfoma cutáneo o hiperplasia linfoide cutánea es un proceso linfoproliferativo reactivo de linfocitos B o T, que simula clínica e histológicamente a un linfoma cutáneo y que tiene un carácter benigno y de alivio espontáneo.<sup>1-5</sup>

Aún está muy debatida la adecuada clasificación de los pseudolinfomas cutáneos; pero puede realizarse con base en el inmunofenotipo, patrón histológico, causa o características clínicas. La clasificación más usada es con base en el inmunofenotipo predominante de linfocitos B o T;<sup>6,7</sup> sin embargo, la clínica y la causa pueden superponerse en ambos tipos.

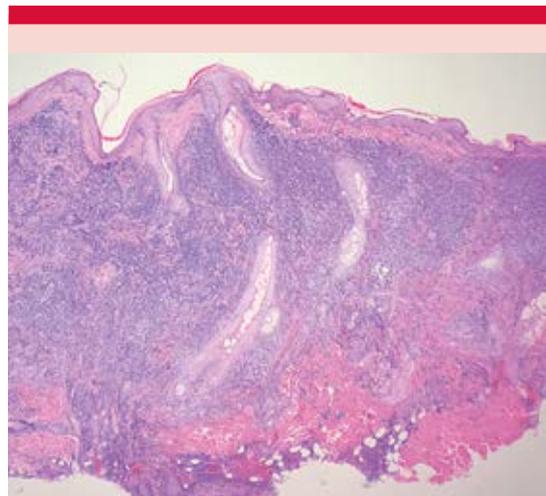
## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 36 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, sin antecedentes médicos de importancia. Al examen físico se observó una dermatosis localizada en la mejilla izquierda, constituida por una neoformación de forma ovalada, lisa, sobreelevada, rosada, dura, de 1.2 x 0.5 cm y asintomática, de 6 semanas de evolución, que apareció posterior a la picadura de un insecto, asintomática (**Figura 1**). No se encontraron adenopatías ni organomegalias.

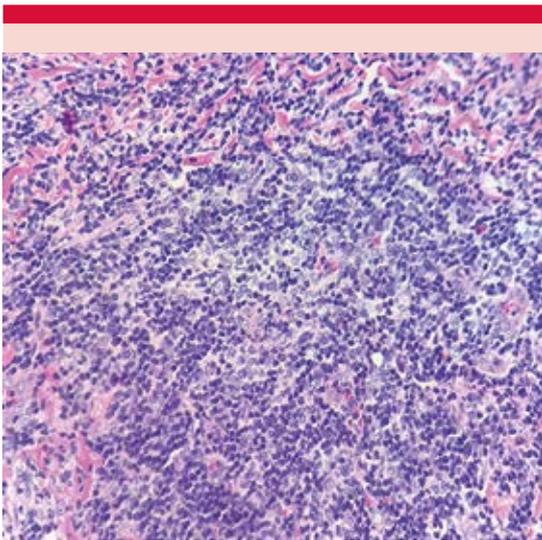
Ante la sospecha de un linfocitoma cutis se realizó una biopsia por escisión. La histología mostró un denso infiltrado linfocítico en la dermis superficial y profunda, con zona de Grenz no afectada, que rodeaba los anexos y con exocitosis epitelial focal (**Figura 2**). El infiltrado estaba organizado en esbozos de centros germinales, con focos de centrocitos, centroblastos e inmunoblastos entremezclados con histiocitos y algunas células plasmáticas (**Figura 3**). Las inmunotinciones fueron positivas para CD20 difuso, CD3 focal, Ki-67 (10%) y negativa para CD23 (**Figuras 4 a 6**). Con estos hallazgos histológicos y la correlación



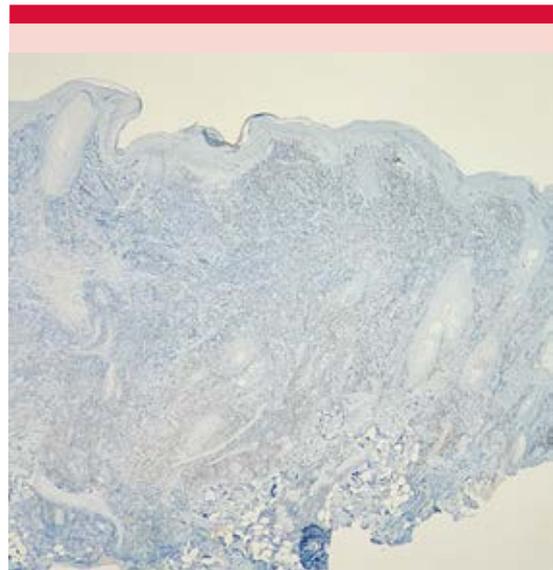
**Figura 1.** Neoformación ovalada, eritematosa, sobreelevada e indurada en la mejilla izquierda.



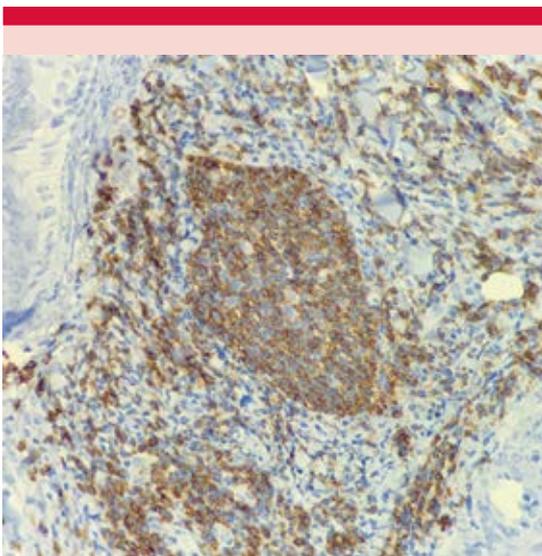
**Figura 2.** Infiltrado linfocítico denso en la dermis superficial a profunda (HyE 4x).



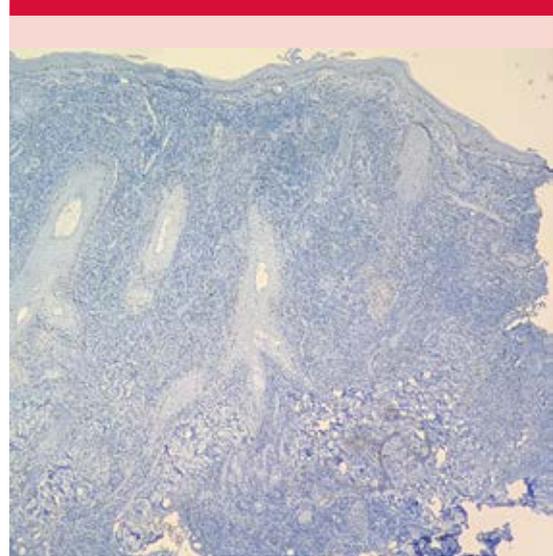
**Figura 3.** Esbozo de centro germinal con centrocitios y escasos centroblastos (HyE 40x).



**Figura 5.** CD3(+) focal con patrón de membrana citoplasmática en linfocitos T (4x).



**Figura 4.** CD20(+) con patrón de membrana citoplasmática en linfocitos B (40x).



**Figura 6.** Ki67(+) con expresión nuclear en aproximadamente un 5-10% (4x).

clínico-patológica se estableció el diagnóstico de linfocitoma cutis. La paciente actualmente continúa en vigilancia. **Figura 7**

## DISCUSIÓN

El pseudolinfoma cutáneo fue descrito inicialmente por Kaposi en 1890 como *sarcomatosis cutis*; en 1984 Spiegler-Fendt lo denominó *sarcoide*; en 1923 Bibertein acuñó el término más usado *linfocitoma cutis* y en 1969 Caro y Helwig lo renombraron como *hiperplasia linfoide cutánea*.<sup>1,8,9</sup> Si bien estos términos no son específicos de un fenotipo de células B o T, al momento de su descripción la mayor parte se utilizó para describir los pseudolinfomas de linfocitos B, que son la forma más frecuente.<sup>1</sup>

Esta afección es poco común, se manifiesta en todas las razas y etnias, predominando en mujeres, con una relación 3:1, hasta el 75% de los pacientes son menores de 40 años y un 10% son niños y adolescentes.<sup>2,4,5,7,10</sup>



**Figura 7.** Cicatriz eutrófica y rosada, sin recidivas en tres meses de seguimiento.

Su causa puede ser idiopática, por agentes externos o infecciones, como mordeduras y picaduras de artrópodos, infecciones por *B. burgdorferi*, traumatismos (afeitado, perforaciones, acupuntura), tatuajes (tinta roja), cicatrices por herpes zoster, poxvirus o herpes simple, vacunas (con aluminio como coadyuvante) y metales de joyería (principalmente oro), que provocan una estimulación antigénica.<sup>5-8,11,12,13</sup> Los pseudolinfomas de linfocitos B son principalmente el resultado de agentes antigénicos que se depositan en la dermis.<sup>8</sup>

Es importante la participación de los tejidos linfoides asociados con la piel, compuestos principalmente por linfocitos T y células de Langerhans, que cumplen el papel de guardián inmunológico, reconociendo antígenos extraños presentados por los queratinocitos.<sup>8</sup> La estimulación antigénica persistente da lugar a la liberación de mediadores inmunológicos, con la expansión de linfocitos T, B o ambos, migración y reactividad tanto de linfocitos, histiocitos y células dendríticas, organizándose en pseudonódulos o folículos linfáticos reactivos.

En términos clínicos, se manifiesta con mayor frecuencia en las mejillas, la nariz, el tronco superior y los brazos, como un nódulo solitario, eritematoso a violáceo, firme, de superficie lisa; en menos de un tercio de los casos las lesiones son múltiples, en patrones agminados o diseminados (linfocitoma cutis miliar).<sup>2,4,5,9,11,14</sup> Por lo general, son asintomáticas, pero algunos casos pueden referir prurito o dolor a la palpación.<sup>13,15,16</sup> Si se retira el agente etiológico la tendencia es el alivio espontáneo en semanas a meses.<sup>7,11</sup>

Se han descrito hasta cinco patrones histológicos de pseudolinfomas de células B: nodular con formación de folículos linfoides primarios o secundarios, patrón difuso, la previamente llamada foliculitis pseudolinfomatosa y con componente

histiocítico prominente.<sup>6</sup> Puede afectar la dermis a diferentes niveles, extendiéndose en algunos casos al tejido celular subcutáneo.<sup>6,8,16</sup> La forma clásica se distingue por un infiltrado denso en patrón nodular, compuesto por linfocitos B formando centros germinales reactivos, generalmente sin zona de manto.<sup>3,4,5,9,17</sup> Estos linfocitos muestran una cromatina densa sin atipia nuclear significativa, CD20, CD79 y PAX-5+.<sup>4,5</sup> Los centros foliculares son BCL-6+ y BCL-2-, con actividad mitótica que puede estar incrementada (Ki-67), sin atipia celular y sin afectar los anexos.<sup>4,5,9,11,17</sup> El área interfolicular está conformada por linfocitos B más pequeños (BCL-2+ y BCL-6-), células plasmáticas, células dendríticas, eosinófilos y puede haber linfocitos T reactivos (CD3, CD4 y CD8+).<sup>4,7,9,10,16</sup> La heterogeneidad del infiltrado es lo que sugiere un proceso reactivo más que neoplásico, distinguiéndose de verdaderos linfomas de células plasmáticas policlonales (cadenas ligeras kappa y lambda) con reordenamiento del gen de células T gamma (TCR-gamma).<sup>1,2,4,5,9,17</sup>

El diagnóstico diferencial principal es el linfoma cutáneo primario de la zona marginal y el linfoma cutáneo primario centro-folicular, con datos clínicos distintivos e histológicos característicos.<sup>2-5,17,18</sup> También debe diferenciarse de leucemia cutis y otras afecciones no malignas, como neurofibroma, granulomas infecciosos y sarcoidosis.<sup>7,14</sup>

El tratamiento varía de acuerdo con la causa, localización y número de lesiones. Debe tenerse en cuenta la involución espontánea, la probabilidad de recurrencia por reexposición antigénica y que la progresión a un verdadero linfoma es muy rara.<sup>19</sup> En casos desencadenados por infecciones debe tratarse el proceso infeccioso. En casos idiopáticos o persistentes el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica (lesiones solitarias). También se ha prescrito terapia con ciclosporina, hidroxiclороquina, minociclina, metotrexato, dapsona, corticosteroides sistémicos e intralesionales, con éxito variable. Las

últimas terapias indicadas en reportes de caso son tacrolimus tópico, imiquimod tópico, fototerapia con PUVA, UVA1, láser LDP, terapia fotodinámica y radioterapia.<sup>7,13,19</sup>

## CONCLUSIONES

Las formas desencadenadas por mordeduras de artrópodos se asocian frecuentemente con lesiones solitarias, principalmente en sitios expuestos como la cara. El objetivo principal es descartar un proceso maligno, la escisión quirúrgica es el manejo de elección. Los hallazgos histopatológicos que apoyan el diagnóstico son un infiltrado nodular o difuso de linfocitos B, con algunos linfocitos T, células plasmáticas (policlonales), eosinófilos, histiocitos y células dendríticas. Esta forma de pseudolinfoma tiene buena respuesta al tratamiento y buen pronóstico.

## REFERENCIAS

1. Ploysangam T, Breneman DL, Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 877-95. doi: 10.1016/s0190-9622(98)70154-9.
2. Engin B, Songür A, Kutlubay Z, Serdaroglu S. Lymphocytic infiltrations of face. *Clin Dermatol* 2014; 32 (1): 101-8. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.031.
3. Charli-Joseph YV, Gatica-Torres M, Pincus LB. Approach to cutaneous lymphoid infiltrates: When to consider lymphoma? *Indian J Dermatol* 2016; 61 (4): 351-74. doi: 10.4103/0019-5154.185698.
4. Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma. *Surg Pathol Clin* 2017; 10 (2): 455-476. doi: 10.1016/j.path.2017.01.002.
5. Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma-A review on the spectrum and a proposal for a new classification. *J Cutan Pathol* 2020; 47 (1): 76-97. doi: 10.1111/cup.13532.
6. Bergman R, Khamaysi K, Khamaysi Z, Ben Arie Y. A study of histologic and immunophenotypical staining patterns in cutaneous lymphoid hyperplasia. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65 (1): 112-24. doi: 10.1016/j.jaad.2010.07.003.
7. Kale TP, Singh AG, Shah P. Lymphocytoma cutis: diagnostic enigma for the maxillofacial surgeon. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2016; 42 (6): 379-382. doi: 10.5125/jkaoms.2016.42.6.379.
8. Hussein MR. Cutaneous pseudolymphomas: inflammatory reactive proliferations. *Expert Rev Hematol* 2013; 6 (6): 713-33. doi: 10.1586/17474086.2013.845000.

9. Romero-Pérez D, Blanes Martínez M, Encabo-Durán B. Cutaneous Pseudolymphomas. *Actas Dermosifiliogr* 2016; 107 (8): 640-51. doi: 10.1016/j.ad.2016.05.003.
10. Shetty SK, Hegde U, Jagadish L, Shetty C. Pseudolymphoma versus lymphoma: An important diagnostic decision. *J Oral Maxillofac Pathol* 2016; 20 (2): 328. doi: 10.4103/0973-029X.185909.
11. van Vloten WA, Willemze R. The many faces of lymphocytoma cutis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17 (1): 3-6. doi: 10.1046/j.1468-3083.2003.00482.x.
12. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010; 28 (5): 568-74. doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.04.005.
13. Choi ME, Lee KH, Lim DJ, Won CH, et al. Clinical and Histopathological characteristics of cutaneous lymphoid hyperplasia: A comparative study according to causative factors. *J Clin Med* 2020; 9 (4): 1217. doi: 10.3390/jcm9041217.
14. Oliveira EV, Badiale GB, Moraes MM. Lymphocytoma cutis--case report. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (6 Suppl 1): 128-31. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132320.
15. Sori T, Rai V, Pai VV, Naveen K. Facial nodule: what is your diagnosis? *Indian J Dermatol* 2013; 58 (3): 248. doi: 10.4103/0019-5154.110907.
16. Bergman R, Khamaysi Z, Sahar D, Ben-Arieh Y. Cutaneous lymphoid hyperplasia presenting as a solitary facial nodule: clinical, histopathological, immunophenotypical, and molecular studies. *Arch Dermatol* 2006; 142 (12): 1561-6. doi: 10.1001/archderm.142.12.1561.
17. Slack JC, Kurek KC, Fraulin FOG, Brundler MA. Cutaneous B-cell pseudolymphoma (lymphocytoma cutis) of the earlobe: A poorly recognized complication of ear piercing in children. *Fetal Pediatr Pathol* 2020; 5: 1-7. doi: 10.1080/15513815.2020.1843573.
18. Oliveira EV, Badiale GB, Moraes MM. Lymphocytoma cutis-case report. *An Bras Dermatol* 2013; 88: 128-31. doi: 10.1590/abd1806-4841.20132320.
19. Miguel D, Peckruhn M, Elsner P. Treatment of cutaneous pseudolymphoma: A systematic review. *Acta Derm Venereol* 2018; 98: 310-317. doi: 10.2340/00015555-2841.

### AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

