

9. Heymann WR. Antipsoriatic biologic agents for the treatment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:854-5.

R. Ruiz-Villaverde* y M. Galán-Gutierrez

Unidad de Dermatología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

(R. Ruiz-Villaverde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.11.013>

Linfoma de células B cutáneo: relevancia de la correlación clínico-patológica

Cutaneous B-cell Lymphoma: The Importance of Clinicopathologic Correlation

Sr. Director:

El linfoma B folicular cutáneo se define como una proliferación maligna de células del centro germinal confinada a la piel, que puede presentar distintos patrones de crecimiento: el folicular, el difuso y el mixto. En la clínica, puede manifestarse en forma de pápulas eritematosas, placas y tumores, habitualmente no ulcerados, localizados de forma preferente en la cabeza, el cuello y el tronco. Existe una forma de presentación clínica, menos frecuente, localizada en la espalda, en forma de placas y tumores rodeados de máculas y pápulas, que se extienden centrífugamente alrededor del tumor central, denominada clásicamente como «reticulohistiocitoma del dorso» o «linfoma de Crosti»¹.

Se presenta un caso de difícil diagnóstico histopatológico compatible con esta última presentación clínica. Se trata de un varón de 53 años que consultó por una lesión localizada en la espalda, de 6 años de evolución, de crecimiento progresivo. En la biopsia previa realizada en otro centro se objetivó un infiltrado de linfocitos atípicos con positividad para los marcadores de células T y un alto número de células CD30 positivas, por lo que fue orientado como una probable micosis fungoide tumoral con células CD30, sin otra información adicional acerca de la inmunohistoquímica. El paciente aportaba un estudio de extensión mediante una TC tóraco-abdominal y unos análisis generales que eran normales.

En la exploración se observaron varias tumoraciones y placas rodeadas de máculas eritematosas en la zona lumbar y el flanco izquierdo (fig. 1), sin evidencia de visceromegalias ni adenopatías palpables.

En la biopsia realizada en nuestro centro se observó una proliferación linfoide de disposición nodular, con tendencia a la coalescencia, que se distribuía por toda la dermis alcanzando la hipodermis sin evidencia de epidermotropismo (fig. 2). La lesión estaba constituida por linfocitos B de tamaño mediano/grande, con marcadores CD20 y CD79 positivos y CD3, CD10, CD23 y CD43 negativos, aunque con abundantes linfocitos T reactivos (CD3, CD5, CD7 positivos) (fig. 3). Se observó positividad para el bcl-6 en las células de gran tamaño, aunque también en algunas de las pequeñas, y el bcl-2, de difícil valoración por la abundancia de linfocitos T acompañantes, fue positivo. A diferencia de la biopsia procedente del otro centro, el marcador CD30 resultó negativo.

El marcador Ki67 fue positivo en aproximadamente el 15% de las células. En el estudio del inmunogenotipo se evidenció reordenamiento clonal para IgH, siendo el reordenamiento del TCR negativo.

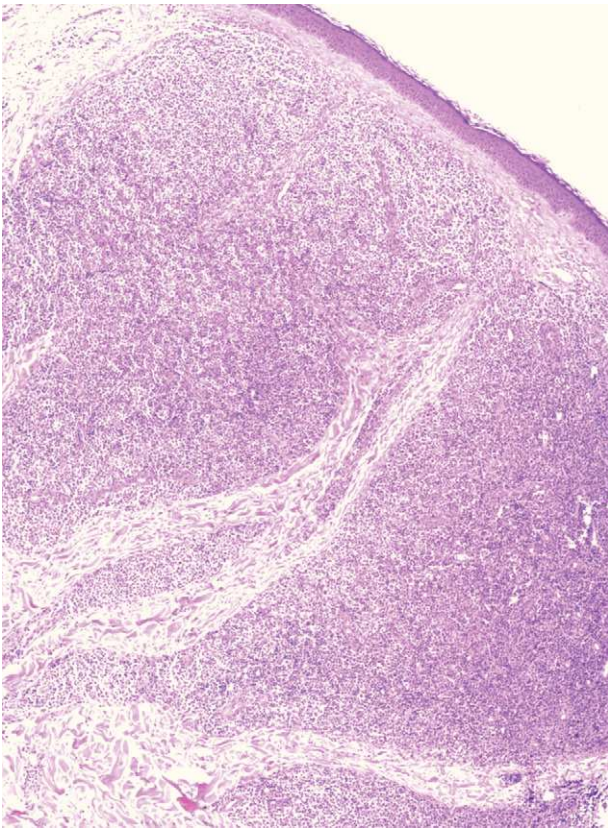
Ante estos hallazgos, se solicitó de nuevo un estudio de extensión, que incluyó unos análisis generales con LDH y beta-2microglobulina, una TC toraco-abdominal y una biopsia de médula ósea, en el que no se evidenciaron alteraciones.

El diagnóstico diferencial principal se realizó con el linfoma de zona marginal donde, a diferencia de nuestro caso, el bcl-6 acostumbra a ser negativo. También tuvimos en cuenta el linfoma difuso de células grandes tipo piernas, aunque a diferencia de este caso, está compuesto por un infiltrado difuso monomorfo con abundantes células de gran tamaño, bcl-2 y MUM-1 positivas. Otros diagnósticos posibles que se deben considerar por la gran abundancia de linfocitos T acompañantes son la micosis fungoide tumoral y el seudolinfoma, aunque tras el estudio clínico-patológico los descartamos por la clínica, el tipo de infiltrado, la presencia de reordenamiento clonal para IgH y la ausencia de reordenamiento clonal del TCR² (aunque en las fases tempranas de micosis fungoide éste último puede ser negativo³).

Finalmente, tras la realización de la correlación clínico-patológica se consideró que el diagnóstico más probable en nuestro caso es el linfoma B folicular cutáneo con



Figura 1 En la zona lumbar y el flanco izquierdo se observan varias tumoraciones y placas rodeadas de máculas eritematosas.



su variante clínica clásica llamada linfoma de Crosti o «reticulohistiocitoma del dorso»⁴, en donde se observa este infiltrado de células B compuesto por centrocitos y un número variable de centroblastos y que puede acompañarse de abundantes células T reactivas². Los marcadores pan-B y los de centro germinal acostumbran a ser positivos, aunque estos últimos pueden fallar si el patrón de crecimiento es difuso⁵. A diferencia de lo que ocurre en el linfoma folicular de origen ganglionar, el marcador bcl-2 suele ser negativo^{2,6}. Sin embargo, hasta en un 15% de los linfomas foliculares cutáneos primarios puede ser positivo, como fue en nuestro caso, facilitando el diagnóstico de este linfoma².

Sobre la base de las recomendaciones de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*⁷, se inició tratamiento con radioterapia local con resolución de las lesiones, sin evidenciar recidiva tras ocho meses de seguimiento.

En conclusión, se ha descrito un caso orientado como un linfoma de Crosti, que es una variante clínica descrita clásicamente del linfoma B folicular cutáneo, que suele mostrar un patrón de crecimiento difuso y que suele ir acompañada de abundantes linfocitos T reactivos, donde la ausencia de los marcadores del centro germinal puede dificultar el diagnóstico^{2,5}. En nuestro caso, el principal factor de confusión fue la llamativa población T acompañante que dificultó la interpretación del estudio inmunohistoquímico y la observación de las células tumorales. Finalmente, y tras la correlación clínico-patológica, se llegó a este diagnóstico.

Figura 2 En la biopsia se observó una proliferación linfoide de disposición nodular distribuida por toda la dermis alcanzando la hipodermis, sin evidencia de epidermotropismo.

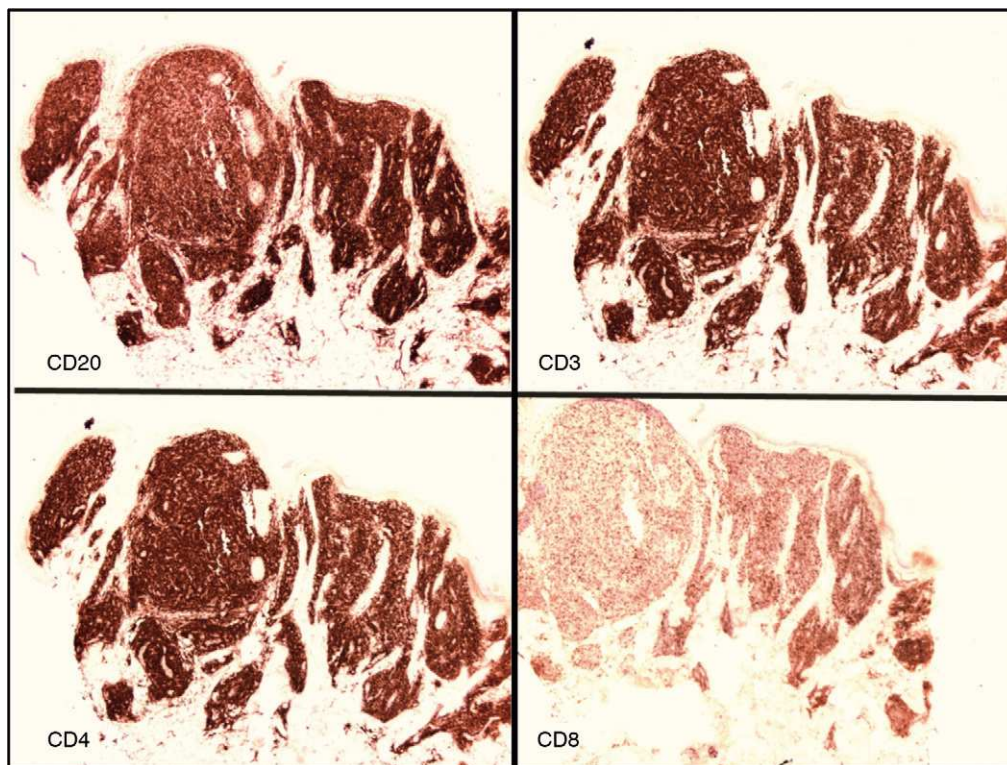


Figura 3 El estudio inmunohistoquímico reveló que la lesión estaba constituida por un número casi equivalente de linfocitos B y T, y que entre los T predominaban los CD4.

Bibliografía

- Cerroni L, Wiesner T. Cutaneous lymphomas: from morphology to chip technology. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100S1:3–17.
- Cerroni L, Gatter K, Kerl H. *Skin lymphoma: the illustrated guide.* 3th ed. Wiley-Blackwell: Chichester; 2009.
- Zinzani PL, Ferreri AJ, Cerroni L. Mycosis fungoides. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008;65:172–82.
- Berti E, Alessi E, Caputo R, Gianotti R, Delia D, Vezzoni P. Reticulohistiocytoma of the dorsum. *J Am Acad Dermatol.* 1988;19:259–72.
- Ziemer M, Bauer H, Fluhr WJ, Kaatz M, Elsner P. Primary cutaneous follicle center lymphoma –Crosti lymphoma. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9:133–6.
- Gallardo F, Pujol RM. Diagnóstico y tratamiento de los linfomas cutáneos primarios de células B. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:537–47.
- Senff NJ, Noordijk EM, Kim YH, Bagot M, Berti E, Cerroni L, et al., European Organization for Research and Treatment of Cancer; International Society for Cutaneous Lymphoma. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. *Blood.* 2008;112:1600–9.

L. Morell^{a,*}, J. Bassas-Vila^a, J.L. Mate^b e I. Bielsa^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laiamorell@hotmail.com (L. Morell).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.11.012>

Técnica de delimitación del perímetro en el tratamiento quirúrgico del lentigo maligno y el lentigo maligno melanoma

The Perimeter Technique in the Surgical Treatment of Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma

Sr. Director:

El tratamiento de primera elección del lentigo maligno (LM) y del lentigo maligno melanoma (LMM) sigue siendo hoy en día la extirpación completa del tumor con margen suficiente. De forma clásica, se recomienda la extirpación con 0,5 cm del LM y con 1 cm del LMM fino < 1 mm de Breslow. Sin embargo, múltiples artículos han demostrado la necesidad de dar márgenes más amplios, ya que en el LM la displasia melanocítica se extiende de forma subclínica más allá de lo predecible¹⁻⁴. Las técnicas con control histológico de márgenes o en 3D han demostrado su superioridad frente a la cirugía convencional por su menor número de recurrencias^{4,5}. La NCCN (National Comprehensive Cancer Network) recomienda desde el año 2008, siempre que sea posible, el uso de dichas técnicas.

Caso 1: mujer de 84 años que presentaba una lesión irregularmente pigmentada de 4 años de evolución, localizada en la mejilla izquierda, de 2,5 cm, cuya biopsia confirmó la existencia de un LM. Se optó por realizar la técnica del «espagueti» (delimitación primaria del perímetro de la lesión) (fig. 1). Dicha técnica consiste en extirpar una pequeña franja de tejido de unos 3 mm de ancho alrededor de la lesión y suturarla, lo que permite que el paciente se vaya a su domicilio con una herida suturada a la espera del resultado histológico (fig. 2). La pieza se envía fijada en formol, por sectores y marcada para que el patólogo la procese de la forma habitual con cortes verticales en parafina. Según el resultado obtenido, se amplían los márgenes de extirpación hasta obtener márgenes libres para después

plantear la extirpación completa de la totalidad de la lesión y el cierre del defecto utilizando plastias si fuera necesario. En este caso se obtuvieron márgenes libres tras la primera delimitación, lo que permitió la extirpación completa de la lesión a la semana siguiente.

Caso 2: varón de 69 años, con un LM de 2 cm localizado en la frente. En este caso, se diseñó un contorno poligonal adaptado a la forma de la lesión y a las arrugas de la frente (fig. 3A). Fue necesario ampliar el margen en su zona superior en un segundo tiempo (fig. 3B). La extirpación completa de la lesión y el cierre del defecto se realizó 20 días después de la primera intervención.

La técnica del «espagueti» no es una técnica nueva, sino la evolución de una idea propuesta en 1997 por Johnson y que plantea una estrategia diferente en el tratamiento del LM, que consiste en delimitar primero los márgenes de extirpación del LM, como si la lesión fuera un cuadro e intentaríamos dibujar su marco, para posteriormente extirparlo

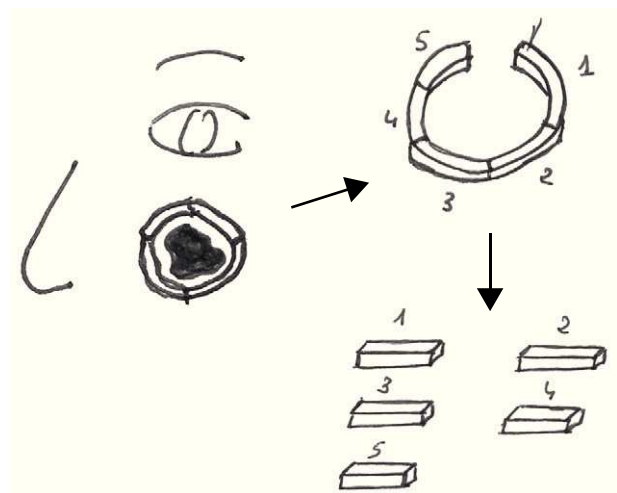


Figura 1 Técnica de delimitación del perímetro y estudio histológico de la pieza por sectores.