

LP hipertrófico una de las variantes más refractarias, en nuestra paciente las lesiones de piernas respondieron excelentemente al tratamiento corticoideo.

En conclusión, se trata de una paciente con una variante inusual de LP que ejemplariza el amplio espectro clínico con que esta enfermedad puede presentarse a nivel palmoplantar. Así, presentó lesiones tipo queratosis punctata restringida a las líneas palmares, expresión clínica no descrita previamente, placas hiperqueratósicas interdigitales simulando una infección fúngica superficial, y queratodermia difusa palmoplantar con importante afectación de la calidad de vida. A pesar de considerarse generalmente autolimitado, nuestro caso mostró un curso recalcitrante, con lesiones plantares incluso más refractarias al tratamiento que las de LP hipertrófico. A nivel palmoplantar, la amplia variedad morfológica con ausencia de las clásicas pápulas de LP dificulta el diagnóstico, que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las dermatosis hiperqueratósicas palmoplantares. La histología, que sí revela las características típicas del LP, es fundamental para el diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece a la paciente cuyas imágenes se muestran en el trabajo su aceptación por escrito a que se publiquen dichas imágenes.

Bibliografía

1. Singh OP, Kanwar AJ. Lichen planus in India: An appraisal of 441 cases. *Int J Dermatol.* 1976;15:752–6.

2. Sánchez-Pérez J, Rios Buceta L, Fraga J, García-Díez A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: Prevalence and clinicopathological study of 36 patients. *Br J Dermatol.* 2000;142:310–4.
3. Gutte R, Khopkar U. Predominant palmoplantar lichen planus: A diagnostic challenge. *Indian J Dermatol.* 2014;59:343–7.
4. Jiménez-Sánchez MD, Ferrándiz L, Moreno-Ramírez D, Vallejo-Benítez A, Camacho-Martínez F. Erosive palmoplantar lichen planus. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:448–50.
5. Kim MJ, Choi M, Na SY, Lee JH, Cho S. Two cases of palmoplantar lichen planus with various clinical features. *J Dermatol.* 2010;37:985–9.
6. Madke B, Doshi B, Wankhede P, Nayak C. Palmar lichen planus mimicking tinea nigra. *Indian J Dermatol.* 2013;58:407.
7. Yasar S, Serdar ZA, Goktay F, Doner N, Tanzer C, Akkaya D, et al. The successful treatment of palmoplantar hyperkeratotic lichen planus with enoxaparin. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77:64–6.
8. Rieder E, Hale CS, Meehan SA, Leger M. Palmoplantar lichen planus. *Dermatol Online J.* 2014;16:20.

S. Burillo-Martínez^{a,*}, F. Tous-Romero^a,
J.L. Rodríguez-Peralta^b y C. Postigo-Llorente^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sburillo@hotmail.com
(S. Burillo-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.01.019>
0001-7310/
© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ecografía del síndrome linfoproliferativo primario cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana



Ultrasound Appearance of Primary Cutaneous CD4+ Small/Medium-Sized T-Cell Lymphoproliferative Disorder

Sra. Directora:

Los linfomas primariamente cutáneos son neoplasias de baja incidencia en la población general. Al ser su presentación clínica tan variable, muchas veces suponen un diagnóstico inesperado para el dermatólogo. Si bien el diagnóstico de certeza de estas lesiones siempre va a requerir su estudio histopatológico, la ecografía cutánea se presenta como una herramienta más que puede ayudarnos a orientar el diagnóstico inicial de malignidad. Presentamos un caso de síndrome

linfoproliferativo primariamente cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana (SLPTCPM) y sus hallazgos ecográficos.

Una mujer de 55 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y dislipidemia acudió a urgencias por presentar una lesión escapular derecha pruriginosa que había experimentado rápido crecimiento en los últimos 2 meses. No había presentado fiebre, astenia, ni pérdida de peso. Negaba la presencia de lesiones previas o traumatismos.

A la exploración física presentaba en la región escapular derecha un nódulo eritematovioláceo, no adherido a planos profundos, de 2 × 1,5 cm de tamaño, de consistencia sólida y doloroso a la palpación (fig. 1). La maniobra de drenaje-aspiración realizada por cirugía de urgencias había descartado la presencia de colecciones líquidas. No presentaba adenopatías palpables ni hepatoesplenomegalia.

En la consulta de dermatología se realizó una ecografía cutánea de la lesión. Mediante una exploración en modo B (sonda 18 MHz Esaote MyLab™25Gold®) se objetivó la presencia de un nódulo dérmico de 20 × 15 × 11 mm, con extensión al tejido celular subcutáneo en profundidad. Este presentaba un contenido heterogéneo y no encapsulado, con



Figura 1 Nódulo subcutáneo eritematovioláceo en la región escapular derecha de 2 x 1,5 cm de tamaño.

delimitación de bordes poco definidos (fig. 2 A). De forma llamativa la lesión presentaba mayor hipocogenicidad en el plano más superficial o dérmico y en el plano más profundo o hipodérmico, encontrándose ambos separados por un plano más hiperecoico a través del cual se observaban trayectos tubulares hipocóicos. La exploración en modo Doppler color reveló la presencia de intensa neovascularización con vasos intratumorales de gran tamaño (fig. 2 B).

Dados los hallazgos ecográficos que apoyaban la sospecha clínica de malignidad, se realizó una biopsia punch de 4 mm para estudio histopatológico. El análisis de la muestra objetivó un denso infiltrado linfocitario perivascular, intersticial y perianexial que alcanzaba la hipodermis y respetaba la epidermis, constituido por linfocitos de talla pequeña o mediana y pleomorfismo leve-moderado (fig. 3 A y B). Se realizó un estudio inmunohistoquímico que mostró positividad para CD2, CD3, CD4, CD5, BF1 y negatividad para CD8, CD30, granzima, perforina, CD56, CD57, CD20 y CD79. El análisis molecular detectó un reordenamiento monoclonal del gen del receptor de célula T, que en conjunto con los hallazgos anteriores resultó compatible con el diagnóstico de SLPTCPM.

El estudio de extensión mediante tomografía axial cérvico-toracoabdominopélvica y una analítica sanguínea con subpoblaciones linfocitarias, LDH y β 2-microglobulina, no evidenció alteraciones significativas. Se propuso a la paciente el abordaje mediante radioterapia con buena respuesta, sin haber presentado recidiva de enfermedad desde entonces.

El linfoma primario cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana representa una entidad provisional en la clasificación de neoplasias hematológicas de 2008 de la WHO¹. Dado su potencial de malignidad incierto, la última clasificación de 2016 ha pasado a denominarlo SLPTCPM². Su presentación clínica habitual es una placa o nódulo de color eritematovioláceo y consistencia firme

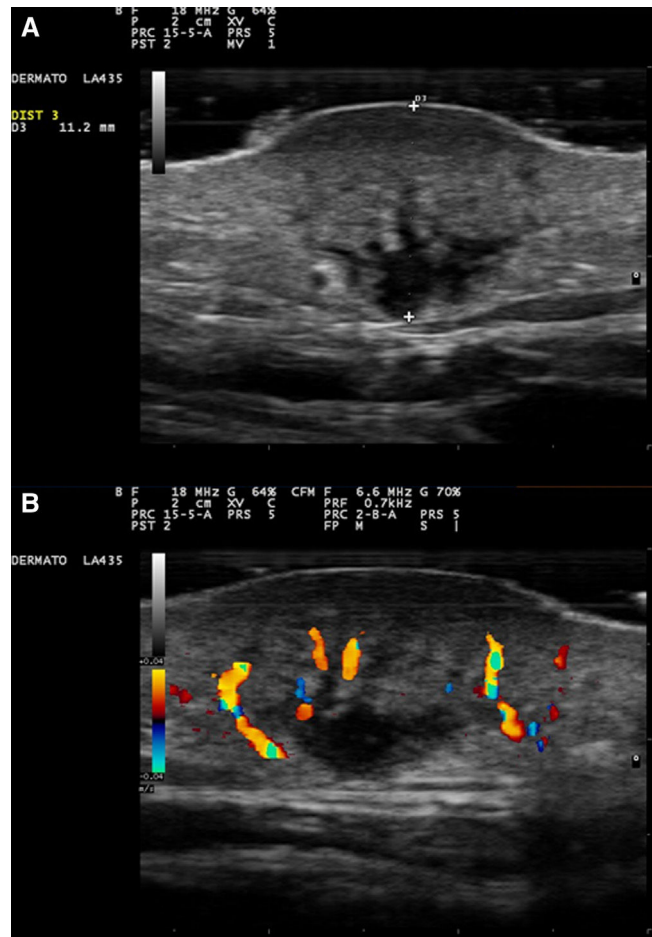


Figura 2 A. Ecografía en modo B, 18 MHz. Nódulo dérmico con extensión a tejido celular subcutáneo, contenido heterogéneo y con bordes poco definidos. Planos superior y profundo con mayor hipocogenicidad respecto a plano intermedio. B. Ecografía en modo Doppler color mostrando vasos intratumorales de gran calibre.

localizado habitualmente en el tronco o en la región facial. Histológicamente se caracteriza por presentar un infiltrado dérmico difuso o nodular de linfocitos atípicos CD4+ de pequeño y mediano tamaño, como en el caso descrito. Aunque el pronóstico habitual de estas lesiones es excelente^{3,4}, se han descrito formas excepcionalmente agresivas⁵.

La incorporación generalizada del uso de ecografía cutánea en las consultas de dermatología ha permitido recientemente desarrollar múltiples aplicaciones, que van desde el estudio de enfermedad inflamatoria hasta la definición de características ecográficas de diferentes neoplasias malignas⁶. Sin embargo, existen escasas referencias en la literatura respecto a los hallazgos ecográficos en linfoma cutáneo⁷.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad clínica e histopatológica del SLPTCPM⁵ cabe esperar encontrar cierta variabilidad en sus hallazgos ecográficos. Si tomamos como referencia aquellos estudios realizados en linfomas de partes blandas⁸⁻¹¹, podemos ver que la infiltración difusa de linfocitos atípicos se corresponde habitualmente en ecografía con la presencia de áreas hipocóicas y heterogéneas de bordes

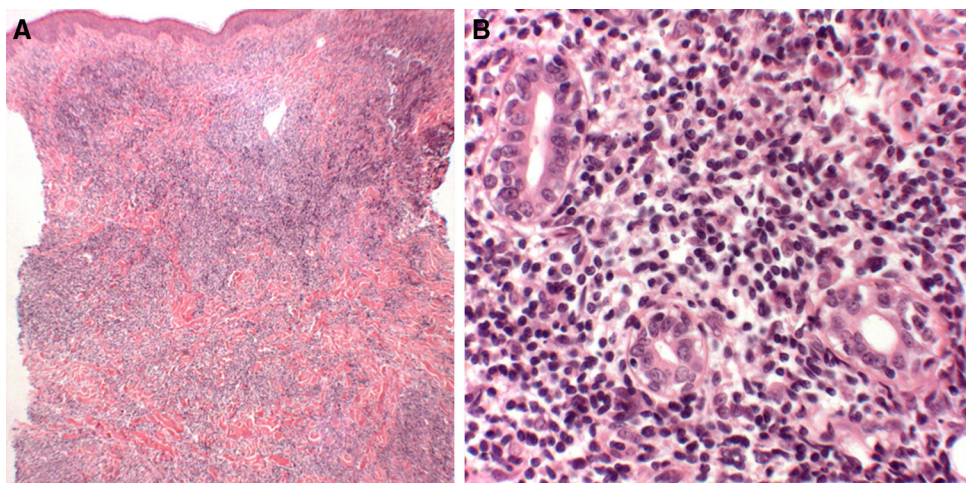


Figura 3 Infiltrado linfocitario perivascular, intersticial y perianaxial que alcanza la hipodermis y respeta la epidermis, constituido por linfocitos de talla pequeña o mediana y pleomorfismo leve-moderado. A. Hematoxilina-eosina $\times 10$. B. Hematoxilina-eosina $\times 40$.

escasamente delimitados, como las objetivadas en nuestro paciente. La presencia de una neovascularización muy prominente en Doppler color parece ser un dato característico de los linfomas de partes blandas, siendo habitualmente más marcada incluso que en otras neoplasias malignas^{9,10}.

El diagnóstico diferencial ecográfico con las metástasis cutáneas de otros tumores puede resultar complicado y tener importantes implicaciones pronósticas para el paciente. Estas lesiones pueden presentar frecuentemente una imagen clínica y ecográfica similar a la descrita que debemos tener en cuenta.

En resumen, presentamos un caso de SLPTCPM y sus hallazgos ecográficos, los cuales ayudaron a orientar la sospecha inicial de malignidad en una lesión clínicamente inespecífica. Es de esperar que en los próximos años los avances progresivos en ecografía dermatológica nos permitan ir un paso más allá en el diagnóstico de este tipo de neoplasias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri S, Stein H. World Health Organization classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press; 2008.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*. 2016;127:2375–90.
3. Baum CL, Link BK, Neppali VT, Swick BL, Liu V. Reappraisal of the provisional entity primary cutaneous CD4+ small/medium pleomorphic T-cell lymphoma: A series of 10 adult and pediatric patients and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:739–48.
4. González Fernández D, Valdés Pineda F, Gómez Díez S, Vivanco Allende B. Primary cutaneous CD4+ small/medium-sized T-cell lymphoma with spontaneous regression after biopsy. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:767–8.
5. García-Herrera A, Colomo L, Camos M, Carreras J, Balague O, Martínez A, et al. Primary cutaneous small/medium CD4+ T-cell lymphomas: A heterogeneous group of tumors with different clinicopathologic features and outcome. *J Clin Oncol*. 2008;26:3364–71.
6. Alfageme Roldán F. Ultrasound skin imaging. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:981–9.
7. Giovagnorio F. Sonography of cutaneous non-Hodgkin's lymphomas. *Clin Radiol*. 1997;52:301–3.
8. Lee HJ, Im JG, Goo JM, Kim KW, Choi BI, Chang KH, et al. Peripheral T-cell lymphoma: spectrum of imaging findings with clinical and pathologic features. *Radiographics*. 2003;23:7–26.
9. Chiou HJ, Chou YH, Chiou SY, Chen WM, Chen W, Wang HK, et al. High-resolution ultrasonography of primary peripheral soft tissue lymphoma. *J Ultrasound Med*. 2005;24:77–86.
10. Chiou HJ, Chou YH, Chiou SY, Chen WM, Chen W, Wan HK, et al. HRUS of soft tissue neoplasms: the typical and atypical presentation. *J Ultrasound Med*. 2005;24:599.
11. Chiou HJ, Chou YH, Chiou SY, Chen WM, Chen W, Wan HK, et al. Superficial soft tissue lymphoma: Sonographic appearance and early survival. *Ultrasound Med Biol*. 2006;32:1287–97.

E. Rodríguez-Lomba*, I. Molina-López, A. Pulido-Pérez y C. Ciudad-Blanco

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enriquerlomba@outlook.com (E. Rodríguez-Lomba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.11.022>
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.