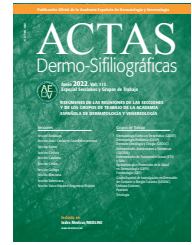




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LINFOMA CUTÁNEO

### Reunión del Grupo Español de Linfoma Cutáneo Bilbao, 2 de diciembre de 2021

#### 1. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BRENTUXIMAB EN LOS LINFOMAS PRIMARIOS CUTÁNEOS DE CÉLULAS T: RESULTADOS PRELIMINARES

C. Muniesa

*Hospital de Viladecans y Hospital de Bellvitge. Registro Español de Linfoma Cutáneo de la Academia Española de Dermatología (AEDV). Unidad Investigación AEDV. España.*

**Introducción.** Brentuximab vedotin (BV) es un anticuerpo monoclonal anti-CD30 conjugado que ha sido aprobado para el tratamiento de los linfomas cutáneos de células T (LCCT) CD30+ después de al menos una línea de terapia sistémica. En la literatura, la experiencia en los casos de linfoma cutáneo es reducida y a excepción del estudio ALCANZA, se limita a casos aislados o series cortas de casos.

**Objetivos.** Analizar la eficacia y seguridad del BV en el tratamiento de los LCCT con expresión de CD30 en la práctica clínica real.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de cohorte en el que se incluyen todos los pacientes tratados con BV incluidos en el registro español de linfoma cutáneo (RELC) de la AEDV.

**Resultados:** Se revisaron un total de 67 pacientes procedentes de 22 centros. Cuarenta y ocho casos fueron micosis fungoide (72%), 7 síndromes de Sézary (10%) y 12 síndromes linfoproliferativos CD30 (18%). Más hombres que mujeres (61% vs. 39%), con una edad media de 59 años (24-92 años). La media de ciclos de tratamiento fue de 7 [1-20]. La mediana de tiempo medio de seguimiento fue de 18 meses. La tasa de respuesta global fue del 67% (37% de respuestas completas), con una duración media de la respuesta de 8,5 meses. La supervivencia libre de progresión fue de 7,6 meses y el tiempo hasta el siguiente tratamiento de 4,9 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros anteriores con relación al porcentaje de expresión de células CD30 ni el subtipo de linfoma. El tratamiento en general se toleró bien. El 57% presentaron neuropatía periférica (el 85% de los cuales grado 1-2).

**Conclusiones.** El tratamiento con BV es un tratamiento eficaz, con unas buenas tasas de respuesta, similar a los estudios previos. Se trata de un tratamiento seguro y bien tolerado.

#### 2. LESIONES ULCEROSAS CON INFILTRADO LINFOIDE T

E. Gómez de la Fuente, E. García García<sup>a</sup>, C. Sarró Fuente, A. Muñiz de Lucas, F. Pinedo Moraleda<sup>a</sup> y J L. López Estebanz

*Servicios de Dermatología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

Los procesos linfoproliferativos T constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades con características clínico-patológicas, fenotípicas, genéticas y pronósticas diferenciadas, aunque en ocasiones puede resultar muy difícil encuadrarla en algunas de las categorías definidas por la OMS en la clasificación de linfomas cutáneos. Presentamos el caso de una mujer de 49 años, con enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab que acudió a consultas con dos lesiones ulcerosas en antebrazo izquierdo y en brazo derecho desde hacía un año. A lo largo del siguiente año desarrolló dos lesiones similares en escote y muslo. Dos biopsias mostraron un infiltrado linfocitario de linfocitos pequeños e intermedios, con algunos linfocitos de mayor tamaño que ocupaban la totalidad de la dermis y el tejido celular subcutáneo, sin epidermotropismo. La inmunohistoquímica mostró tinción para dichos linfocitos con CD3+, CD4+, CD8+, granzima (+) y TIA1 (+). Dicha IHQ fue negativa para CD20, CD30 (marcaje asilado), EBER, TCR gamma y TCR beta. Mediante PCR se obtuvo un reordenamiento clonal T para TCR gamma y policlonal B. Se realizó un estudio de extensión con analítica, biopsia de médula ósea y TAC body que no mostró afectación extracutánea. Finalmente se realizó el diagnóstico de linfoma T periférico cutáneo primario no especificado (NOS). El tratamiento con metotrexate no produjo mejoría por lo que se realizó tratamiento con radioterapia local (4 campos) con resolución clínica e histológica de las lesiones, sin recidiva 6 meses después. El diagnóstico de linfoma T periférico cutáneo primario NOS es un diagnóstico de exclusión, cuando no se puede catalogar el proceso linfoproliferativo en ninguno de los descritos en la clasificación de la OMS y habiendo descartado un linfoma T gamma delta. Se han descrito varios inmunofenotipos, entre ellos un doble positivo CD4/CD8 como nuestro caso, aunque esto no tiene influencia en el pronóstico. Dicho pronóstico es malo en general, aunque se han descrito formas con buena evolución, no estando claro si el papel de la quimioterapia mejora el pronóstico y la supervivencia de dichos linfomas.

### 3. LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T EPIDERMOTROPO AGRESIVO CD8+. DISCUSIÓN DE UN CASO TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

L. Palacio Aller<sup>a</sup>, I. Andrés Ramos<sup>a</sup>, E. Rodríguez Díaz<sup>a</sup> y P. Gonzalvo Rodríguez<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.*

Varón de 43 años con múltiples lesiones cutáneas asintomáticas de 4 meses de evolución en cabeza, tronco y extremidades. Se trataba de placas eritemato-anaranjadas, infiltradas, de 1 a varios centímetros, algo queratósicas en superficie. Algunas presentaban formas anulares o policíclicas. Alguna había desaparecido dejando hiperpigmentación postinflamatoria. En el labio superior presentaba una lesión tumoral de 2 cm. No se encontraron adenopatías. Presentaba buen estado general. La analítica general resultó normal, incluyendo hemograma, bioquímica, LDH, beta 2 microglobulina, frotis de sangre periférica y serologías VIH (EIA), HTLV (1+2) y

lúes (todo negativo). La biopsia cutánea demostró un infiltrado inflamatorio linfocitario denso de distribución en dermis superficial y perianexial, polimorfo, con predominio de linfocitos de tamaño intermedio y grande, con núcleos irregulares en ocasiones cerebriformes. La epidermis mostraba edema, espongirosis y microvesiculación con epidermotropismo de células linfoides grandes y acúmulos de tipo nido de Darier. Se detectó población clonal T en su reordenamiento. Estas células resultaron positivas para CD3, CD8, granzima B, TIA1 y TCR beta, pérdida de CD7 y negativas para CD4, ALK, CD56, CD57, VEB y TCR gamma. La biopsia de médula ósea no objetivó infiltración específica. El PET-TAC no mostró captación en otros órganos. Se estableció el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células T epidermotropo agresivo CD8+, en estadio T3b N0 M0. El paciente se remitió a centro de referencia y realizó irradiación corporal total con baño de electrones (12 Gy en 5 sesiones), y posteriormente acitretino 25 mg al día durante 20 meses. Permanece asintomático tras 4 años de seguimiento. Su buena evolución nos lleva a replantear el diagnóstico y repasar el diagnóstico diferencial.