

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo centofacial de reciente aparición

A Midfacial Nodule of Recent Onset

Presentación del caso

Historia clínica

Mujer de 44 años, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de una lesión en el ala nasal derecha de 15 días de evolución. Refería leve dolor y crecimiento rápido de la lesión. No recordaba ningún traumatismo en la zona ni presentaba síntomas sistémicos acompañantes.

Exploración física

En la exploración se objetivaba un nódulo eritematoso, de aproximadamente 1 cm, de consistencia firme y bien delimitado en el ala nasal derecha (fig. 1).

Histopatología

El estudio histológico reveló un infiltrado mixto y difuso en disposición folículo-céntrica que ocupaba toda la dermis. Este infiltrado estaba constituido por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y algunos eosinófilos (fig. 2). En el estudio histológico el infiltrado mostró positividad para



Figura 1 Nódulo eritematoso en ala nasal derecha.

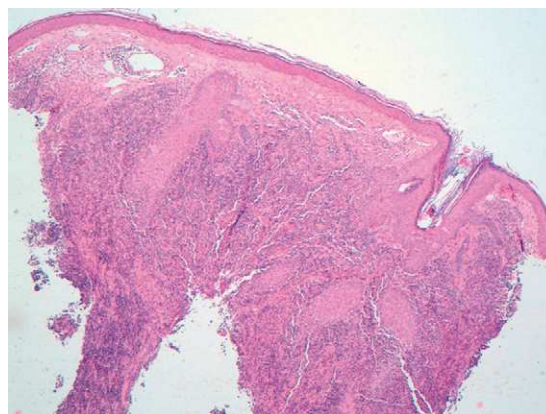


Figura 2 Hematoxilina-eosina, x 40.

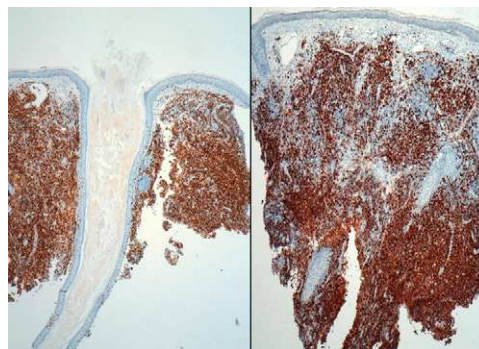


Figura 3 CD20 y CD3, x 40.

CD20 y CD3, aproximadamente en igual proporción (fig. 3). Además se comprobó positividad aislada para CD30 y la tinción para S100 puso de manifiesto alguna célula dendrítica rodeando los folículos. Los estudios de biología molecular revelaron la policlonalidad del infiltrado.

Exploraciones complementarias

En la analítica no se objetivaron alteraciones significativas.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Con estos datos llegamos al diagnóstico de folliculitis pseudolinfomatosa (FSL).

Evolución y tratamiento

La biopsia se acompañó de una regresión completa de la lesión y la paciente continúa asintomática más de un año después.

Comentarios

La FSL, descrita por McNutt en 1986¹, es una variante clinicopatológica infrecuente de la hiperplasia cutánea linfoide (HLC), de la que existen algo menos de 50 casos descritos en la literatura¹⁻⁶. La FSL se manifiesta habitualmente por un nódulo solitario localizado en la cara, principalmente en la nariz, las mejillas o la frente, siendo rara la aparición en otras localizaciones^{1,2}. Se presenta como un nódulo de crecimiento rápido, poco sintomático, de un tamaño menor a 1,5 cm, preferentemente en la cuarta década de la vida y que afecta por igual a hombres y a mujeres¹⁻³. Para su diagnóstico se requiere confirmación mediante biopsia, donde se observa un infiltrado polimorfo con abundantes linfocitos que muestra una peculiar disposición alrededor de los folículos pilosos¹⁻³. En ocasiones se observan característicos cambios a nivel de los folículos, desde una hiperplasia irregular o una deformidad del epitelio hasta un borramiento de la pared¹⁻³. Las técnicas de inmunohistoquímica demuestran mediante CD3 y CD20 la presencia de linfocitos T y linfocitos B y ocasionalmente también la positividad para CD1a y S-100 de las células perifoliculares. El estudio genético es policlonal en la mayoría de los casos¹⁻³. Aunque la FSL y la HLC pueden considerarse entidades parecidas o superponibles, la HLC presenta una serie de características que la diferencian³⁻⁵. Clínicamente la HLC se manifiesta con uno o un grupo de placas o nódulos, en la cara, el tronco y las extremidades superiores que se resuelven tras meses o años. La histología muestra un denso infiltrado linfoide dérmico, acentuado en la parte superior y acompañado de centros germinales³⁻⁵. Otros diagnósticos diferenciales serían el linfoma, la rosácea granulomatosa, el quiste inflamado, el lupus tumido, el infiltrado linfocitario de Jessner y las picaduras³⁻⁵. El curso evolutivo es benigno y autolimitado, puesto que en los diferentes casos reportados en la literatura la realización de una biopsia ha llevado a una regresión completa de las lesiones; igual que en nuestra paciente.

Aunque no está demostrada la posibilidad de progresión de la FSL hacia el linfoma, algunos autores recomiendan una monitorización estrecha de estos pacientes^{3,6}. La etiopatogenia de la FSL permanece desconocida, siendo la teoría más aceptada que se trata de un subtipo de HLC. Algunos autores opinan que es una forma peculiar de rosácea y otros piensan que es una nueva enfermedad del folículo piloso. Revisando las biopsias de 15 pacientes Arai et al. acuñaron terminología «activación folicular»⁶. Se ha postulado la existencia de un antígeno localizado en el folículo que produciría una respuesta inmunitaria exagerada en la zona⁶. Esto explica que tras la biopsia desaparezca la lesión, ya que se eliminaría el supuesto antígeno implicado⁶. Presentamos un nuevo caso de FSL, una entidad o pseudoentidad debatida que debemos considerar en el diagnóstico diferencial de las lesiones nodulares centofaciales.

Bibliografía

1. Lee HW, Ahn SJ, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Koh JK. A case of pseudolymphomatous folliculitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:230-2.
2. Verret JL, Croué A, Delorme N. Pseudolymphomatous folliculitis. *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131:53-4.
3. Kwon EJ, Kristjansson AK, Meyerson HJ, Fedele GM, Tung RC, Sellheyer K, et al. A case of recurrent pseudolymphomatous folliculitis: A mimic of cutaneous lymphoma. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:994-1000.
4. Kazakov DV, Belousova IE, Kacerovska D, Sima R, Vanecek T, Vazmitel M, et al. Hyperplasia of hair follicles and other adnexal structures in cutaneous lymphoproliferative disorders: a study of 53 cases, including so-called pseudolymphomatous folliculitis and overt lymphomas. *Am J Surg Pathol*. 2008;32:1468-78.
5. Arai E, Shimizu M, Hirose T. A review of 55 cases of cutaneous lymphoid hyperplasia: reassessment of the histopathologic findings leading to reclassification of 4 lesions as cutaneous marginal zone lymphoma and 19 as pseudolymphomatous folliculitis. *Hum Pathol*. 2005;36:505-11.
6. Arai E, Okubo H, Tsuchida T, Kitamura K, Katayama I. Pseudolymphomatous folliculitis: a clinicopathologic study of 15 cases of cutaneous pseudolymphoma with follicular invasion. *Am J Surg Pathol*. 1999;23:1313-9.

I. García-Río^{a,*}, V. Almeida Llamas^a y V. Moreno^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital de Txagorritxu, Vitoria, Álava, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Txagorritxu, Vitoria, Álava, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irene@aedv.es (I. García-Río).