



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

Nódulo rosado de lento crecimiento en glúteo

Slow-Growing Salmon-Pink Nodule on the Buttock



Presentación del caso

Mujer de 76 años, sin antecedentes personales relevantes, que consultó por presentar una lesión nodular de 2 cm de tamaño localizada en el glúteo derecho de un año de evolución. Había presentado un crecimiento progresivo, y la aparición de un nódulo satélite adyacente. Ambas lesiones presentaban una consistencia firme y una base subcutánea infiltrada (fig. 1).



Figura 1 Imagen clínica. Nódulo cupuliforme de color rosado y superficie lisa de 2 cm en glúteo derecho, con base subcutánea infiltrada y un nódulo satélite adyacente.

Diagnóstico

Linfoma cutáneo primario de células B de la zona marginal.

Comentario

A la dermatoscopia se observa un nódulo de color rosa asalmonado homogéneo, que presenta vasos prominentes mal

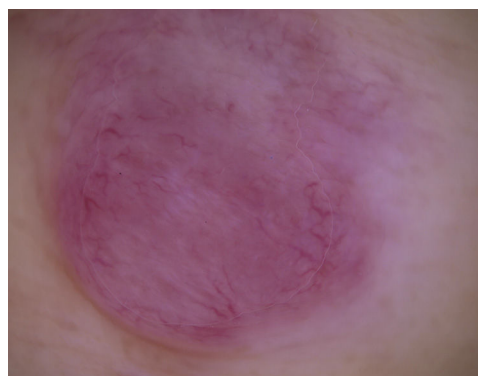


Figura 2 Imagen dermatoscópica. Color rosa salmón homogéneo con múltiples vasos prominentes mal enfocados lineales irregulares o «en serpentina», distribuidos predominantemente en la periferia del nódulo. Estructuras blanquecinas en el centro de la lesión.

enfocados de morfología lineal irregular distribuidos predominantemente en la periferia (fig. 2). En el centro de la lesión se identifican unas estructuras blanquecinas mal definidas. No presenta descamación, base pigmentada ni ulceración.

Con la sospecha de linfoma cutáneo, metástasis cutánea, melanoma amelanótico o sarcoma de partes blandas, se procedió a extirpar la lesión. El estudio histológico demostró un infiltrado linfocítico nodular y difuso separado de una epidermis preservada por una zona Grenz. El estudio inmunohistoquímico reveló positividad para CD20, CD79a, Bcl2, y restricción de cadenas ligeras κ . Dichos hallazgos junto con el reordenamiento clonal de IgH en PCR confirmaron el diagnóstico de linfoma cutáneo B de la zona marginal. La ausencia de hallazgos en el estudio de extensión confirmó el origen primariamente cutáneo.

Los linfomas cutáneos comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias malignas con manifestaciones clínicas e histopatológicas muy diversas^{1,2}. Por este motivo, el diagnóstico

suele resultar complicado y puede pasar desapercibido en fases iniciales incluso ante clínicos expertos³. Aunque el diagnóstico de certeza siempre va a requerir biopsia y estudio inmunohistoquímico, algunos trabajos recientes indican que la dermatoscopia puede ser una herramienta útil a la hora de orientar el diagnóstico de sospecha inicial³⁻⁵.

En 2017, Geller et al.³ publicaron una serie de 58 linfomas cutáneos de estirpe B con sus características dermatoscópicas. Los hallazgos más frecuentes resultaron ser el color rosa asalmonado homogéneo (79,3%) y los vasos prominentes (77,6%) de morfología lineal irregular o «en serpentina» (67,2%). La coloración rosa asalmonada se ha puesto en relación con la infiltración linfocitaria y el aumento del flujo vascular, mientras que los vasos prominentes se han asociado a la neoangiogénesis tumoral. Cabe resaltar que en este estudio no se lograron encontrar diferencias significativas en los hallazgos dermatoscópicos de los distintos subtipos histológicos de linfomas B (centrofolicular, zona marginal o linfoma B difuso de célula grande) o según su localización anatómica.

El diagnóstico diferencial clínico más frecuente en esta serie fue de carcinoma basocelular (hasta el 17,4% de casos), carcinoma epidermoide, dermatofibrosarcoma protuberans, metástasis cutáneas, melanoma, quistes y picaduras. Llama la atención que el nivel de acuerdo entre 2 observadores dermatoscopistas expertos fue relativamente bajo al evaluar 17 casos confirmados histológicamente, poniendo en evidencia la baja especificidad de estos hallazgos³.

En conclusión, consideramos que la presencia de áreas homogéneas rosa salmón y vasos prominentes lineales irregulares en nódulos rosados deben hacernos tener en cuenta el linfoma cutáneo como posible diagnóstico, si bien dichos hallazgos no son estrictamente específicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kempf W, Kazakov DV, Kerl K. Cutaneous lymphomas: An update Part 1: T-cell and natural killer/T-cell lymphomas and related conditions. *Am J Dermatopathol*. 2014;36:105-23.
2. Kempf W, Kazakov DV, Mitteldorf C. Cutaneous lymphomas: An update Part 2: B-cell lymphomas and related conditions. *Am J Dermatopathol*. 2014;36:197-208.
3. Geller S, Marghoob AA, Scope A, Braun RP, Myskowski PL. Dermoscopy and the diagnosis of primary cutaneous B-cell lymphoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:53-6, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14549>.
4. Mascolo M, Piccolo V, Argenziano G, Costa C, lo Presti M, de Rosa G, et al. Dermoscopy pattern, histopathology and immunophenotype of primary cutaneous B-cell lymphoma presenting as a solitary skin nodule. *Dermatology*. 2016;232:203-7.
5. Piccolo V, Mascolo M, Russo T, Staibano S, Argenziano G. Dermoscopy of primary cutaneous B-cell lymphoma (PCBCL). *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:e137-9.

E. Rodríguez-Lomba*, B. Lozano-Masdemont
y J.A. Avilés-Izquierdo

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

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: enriquerlomba@outlook.com
(E. Rodríguez-Lomba).