



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Linfadenopatía dermopática: ¿realizamos una correcta aproximación diagnóstica?



Dermatopathic Lymphadenopathy: Is Our Diagnostic Approach Correct?

Sra. Directora:

La linfadenopatía dermopática (LD) es una entidad histopatológica bien definida cuya prevalencia está infraestimada en la población general. Se caracteriza por un aumento del tamaño del ganglio, secundario a una dermatosis comúnmente pruriginosa¹. Es una forma de hiperplasia paracortical que puede aparecer en el contexto de diversas enfermedades dermatológicas crónicas, pero también puede aparecer asociado a otras entidades sin compromiso cutáneo². En la mayoría de las ocasiones se manifiesta clínicamente como un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos periféricos, aunque se puede observar en ganglios de tamaño normal. Es una entidad a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de la linfadenopatía periférica, en las que se incluyen también los procesos malignos e infecciosos, entre otros. Es ampliamente conocida la relación entre linfadenopatía palpable como signo clínico y marcador de riesgo de neoplasia sólida y tumores de la estirpe linfoproliferativa³, de ahí la importancia del diagnóstico y del seguimiento de los individuos con este hallazgo. Ante un paciente con una dermatosis crónica que aparece en consulta con linfadenopatías debemos hacer un amplio diagnóstico diferencial incluyendo la enfermedad autoinmune⁴ e infecciosa, entre otras, además de la tumoral.

Revisamos los casos clínicos diagnosticados clínicamente y confirmados histológicamente de LD en nuestra unidad en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Se incluyeron 4 pacientes cuyas características quedan recogidas en la [tabla 1](#). El diagnóstico predominante por el que se seguían en consulta fue la dermatitis atópica y un caso aislado de lepra lepromatosa. Los pacientes con atopia presentaban un SCORAD por encima de 40 en el momento de realizar la prueba diagnóstica confirmatoria. Todos los atópicos presentaban lesiones cutáneas activas. En la exploración física presentaban adenopatías palpables en diferentes localizaciones, de predominio en la región axilar, inguinal y cervical que fueron estudiadas por imagen (ecografía y/o TAC) ([fig. 1](#)). Según la accesibilidad de los ganglios se llevó a cabo una punción aspiración con aguja fina o una biopsia ([figs. 2 y 3](#)). El seguimiento de estos pacientes



Figura 1 Paciente 4. TAC toracoabdominal: adenopatías axilares bilaterales de hasta 13,7 mm de eje menor en ambos lados.

oscila entre 6 meses y 5 años. Las adenopatías han desaparecido en todos los casos presentados, excepto en un paciente con dermatitis atópica que está actualmente recibiendo terapia combinada con corticoterapia oral e inmunoglobulinas intravenosas, habiendo disminuido considerablemente su tamaño. No se ha evidenciado evolución a malignidad en ninguno de los casos en la actualidad.

La LD es una entidad benigna con hallazgos histológicos característicos que acompaña a numerosos pacientes con enfermedad cutánea inflamatoria. Fue descrita inicialmente por Pautrier y Woringer en 1937, aunque no fue hasta el año 1942 cuando se acuñó el término linfadenopatía dermopática por Hurwit⁵. Debe considerarse siempre en el estudio de las adenopatías persistentes. Puede aparecer en el seno de dermatosis crónicas de distinta naturaleza y ocurre con más frecuencia en pacientes con afectación cutánea extensa. El aumento de los ganglios linfáticos puede ser asintomático, y los lugares más frecuentes de aparición son

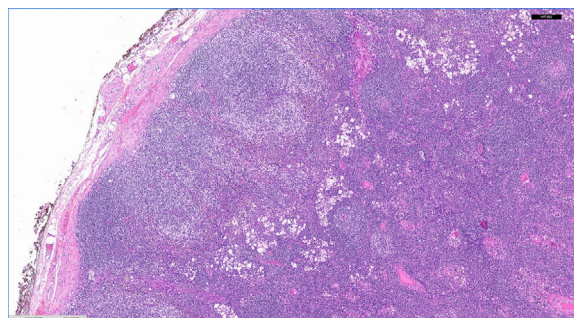
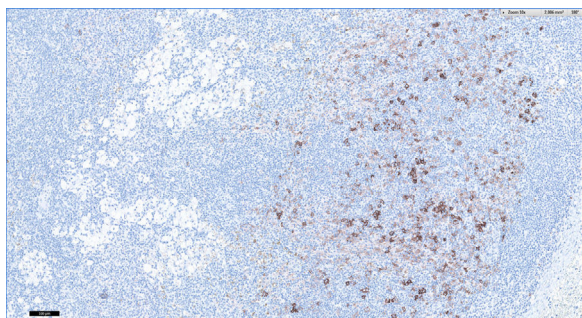


Figura 2 Paciente 4 (HE × 5): ganglio linfático con conservación de la arquitectura que presenta hiperplasia de folículos linfoides en la cortical con aclaramiento paracortical.

Tabla 1 Características clínicas, de imagen e histológicas de los pacientes presentados

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Diagnóstico	Dermatitis atópica	Dermatitis atópica	Dermatitis atópica	Dermatitis atópica
Localización	Inguinal/axilar	Cuello	Cuello	Axilar
Edad	46	56	37	28
Prueba imagen	TAC	Ecografía	Ecografía	TAC
Prueba anatomopatológica	PAAF/biopsia	PAAF	PAAF	Biopsia
Persistencia	No	No	No	Sí
Tiempo para resolución	7 meses	6 meses	8 meses	Persisten (más de 12 meses)

**Figura 3** Paciente 4 (CD1A × 10): en paracórtex se observa hiperplasia de células de Langerhans.

la zona inguinal, la axilar y la cervical. Suelen ser ganglios móviles y no adheridos a planos profundos.

Los hallazgos histopatológicos son característicos. Los centros germinales están ligeramente aumentados, rodeados por linfocitos y la zona paracortical ensanchada. Se mantiene el patrón folicular. Lo más característico es que la zona paracortical está aumentada y aparecen manchas pálidas debido a la presencia de células de Langerhans y sobre todo células dendríticas interdigitantes. Los macrófagos son un componente menor, aunque característicos por contener pigmento citoplásmico, melanina principalmente y hemosiderina en menor cantidad. Los depósitos de pigmento también se pueden observar en tatuajes, inclusiones névicas ganglionares y metástasis de melanoma⁶.

Las adenopatías persistentes obligan al dermatólogo a realizar un amplio diagnóstico diferencial. Puede acompañar a diferentes cuadros cutáneos que van desde procesos infecciosos, tales como la tuberculosis o infecciones fúngicas, o eritrodermias, como la psoriasis o la atópica, entre otras, como es el caso de la mayoría de los pacientes presentados. Además, hay tener en cuenta la sarcoidosis, los procesos linfoproliferativos, las metástasis de tumores malignos⁷ y las infecciones como el VIH, la tuberculosis o la toxoplasmosis. También pueden asociarse a procesos exfoliativos o eccematosos tales como el síndrome del shock tóxico, el pénfigo, la neurodermatitis o la atrofia cutánea senil⁷. Su aparición en el contexto de una micosis fungoide le confiere peor pronóstico.

El estudio inicial requiere la realización de punción aspiración con aguja fina y/o biopsia ganglionar. Puede ser interesante realizar pruebas de imagen previas para tipificar la extensión del proceso y de ayuda para seleccionar la adenopatía más adecuada para estudio. De hecho,

la ecografía dermatológica, dada su eclosión actual como técnica diagnóstica, debe ser considerada. Las adenopatías inflamatorias suelen presentar una morfología elíptica con índice L/B (longitud/anchura) superior a 2, y a diferencia de las sospechosas de infiltración tumoral suelen presentar una buena diferenciación corticohiliar. Es recomendable el seguimiento estrecho de los pacientes sin diagnóstico clínico objetivo, dado el riesgo de desarrollo de procesos linfoproliferativos, especialmente en la dermatitis atópica. De hecho, histológicamente será preciso diferenciarla del linfoma Hodgkin o las adenopatías en el contexto de un linfoma T¹.

El seguimiento de los casos de linfadenopatía dermatológica es imperativo. En pacientes con diagnóstico de dermatitis atópica la LD no solo presenta mayor prevalencia, sino que es factor de riesgo para el desarrollo posterior de linfomas⁸.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kojima M, Nakamura S, Itoh H, Yamane Y, Shimizu K, Murayama K, et al. Clinical implication of dermatopathic lymphadenopathy among Japanese: A report of 19 cases. *Int J Surg Pathol.* 2004;12:127–32.
2. Srinivasamurthy BC, Saha K, Senapati S, Saha A. Fine needle aspiration cytology of dermatopathic lymphadenitis in an asymptomatic female: A case report. *J Cytol.* 2016;33:49–51.
3. Frederiksen H, Svaerke C, Thomsen RW, Farkas DK, Pedersen L, Weiss NS, et al. Lymph node enlargement and risk of haematological and solid cancer. *Br J Haematol.* 2013;160:599–607.
4. Lee SW1, Park MC, Kim H, Park YB, Lee SK. Dermatopathic lymphadenopathy in a patient with adult onset Still's disease. *Clin Exp Rheumatol.* 2007;25:312–4.
5. Hurwitt E. Dermatopathic lymphadenitis: Focal granulomatous lymphadenitis associated with chronic generalized skin disorder. *J Invest Dermatol.* 1942;5:197–204.
6. Monaco SE, Khalbuss WE, Pantanowitz L. Benign non-infectious causes of lymphadenopathy: A review of cytomorphology and differential diagnosis. *Diagn Cytopathol.* 2012;40:925–38.
7. Rocco N, Della Corte GA, Rispoli C, Sabatino V, Romano F, Altiero M, et al. Axillary masses in a woman with a history of breast cancer: Dermatopathic lymphadenopathy. *Int J Surg.* 2014;12:540–3.
8. Legendre L, Barnette T, Mazereeuw-Hautier J, Meyer N, Murrell D, Paul C. Risk of lymphoma in patients with atopic

dermatitis and the role of topical treatment: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:992-1002.

A. Bueno-Rodríguez^a, R. Ruiz-Villaverde^{a,*},
M. Caba-Molina^b y J. Tercedor-Sánchez^a

^a Unidad de Dermatología, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

^b Unidad de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com
(R. Ruiz-Villaverde).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.05.018>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Foliculitis decalvante por sobreinfección bacteriana secundaria a erlotinib



Folliculitis Decalvans Caused by Bacterial Superinfection Secondary to Erlotinib

Sra. Directora:

La sobreinfección bacteriana asociada al empleo de los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es actualmente una entidad clinicopatológica reconocible y diferenciable del clásico *rash* papulopustuloso. La diferente localización y distribución de las lesiones, junto a un inicio temporal típicamente posterior al del *rash* papulopustuloso, permiten su distinción clínica. Es fundamental el correcto diagnóstico, ya que el tratamiento es diferente si queremos evitar graves comorbilidades a nuestros pacientes oncológicos, incluyendo el riesgo potencial de sepsis¹.

Una mujer de 66 años diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón metastásico, en tratamiento con erlotinib a una dosis inicial de 150 mg/día, a las 2 semanas del inicio del tratamiento, presentó un *rash* papulopustuloso grado 1, con evolución durante las siguientes 3 semanas a un grado 2. La respuesta al tratamiento corticoideo tópico junto a doxiciclina fue escasa. Se decidió por ello una reducción en la dosis de erlotinib a 100 mg/día, con buen control de las lesiones papulopustulosas. Seis meses después la paciente fue remitida a consultas externas de dermatología, para valoración de lesiones costrosas en el cuero cabelludo de 3 meses de evolución. A la exploración física se apreciaba un empastamiento generalizado de todo el cuero cabelludo sobre una base pustulosa confluyente y maloliente. Con el diagnóstico de sobreinfección bacteriana asociada al empleo de erlotinib procedimos a tomar muestra del exudado para cultivo e iniciamos doxiciclina 100 mg cada 12 horas. En el cultivo se aisló un *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, realizándose un ajuste del tratamiento según el antibiograma. Sin embargo, el cuadro evolucionó en días a una pérdida rápida del cabello en mechones, dejando placas alopecias desepitelizadas de aspecto cicatricial por todo el cuero cabelludo, alternado con zonas pustulosas (fig. 1). Realizamos el diagnóstico de foliculitis decalvante por sobreinfección bacteriana asociada a erlotinib. Una semana después la paciente falleció por un cuadro de tromboembolismo pulmonar agudo.

La sobreinfección bacteriana del *rash* papulopustular secundario al empleo de inhibidores del EGFR no es una complicación infrecuente. Según un estudio realizado en 2010 sobre una serie de 221 pacientes, un 29% de los pacientes tratados con dichos antineoplásicos desarrollan esta complicación². En cuanto a la fisiopatogenia se sabe que la inhibición del EGFR en los queratinocitos conlleva a un adelgazamiento epidérmico. Además se ha comprobado *in vitro* que produce una disminución en la producción queratínica de beta-defensinas y péptidos antimicrobianos, así como una inhibición en la activación y proliferación de linfocitos T^{3,4}.

Branden et al.⁵ definieron correctamente esta entidad en un estudio publicado en 2016, el cual incluía a 157 pacientes

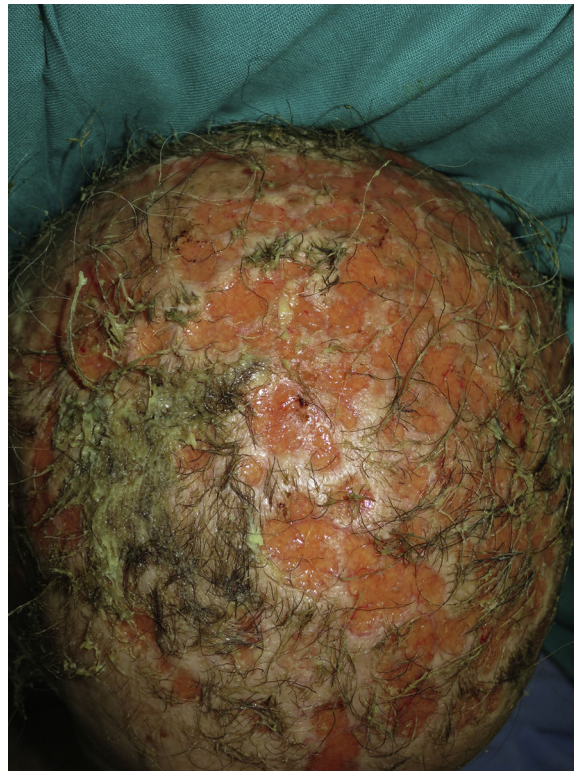


Figura 1 Placas alopecias desepitelizadas de aspecto cicatricial por todo el cuero cabelludo, alternado con zonas de maceradas y purulentas.