

# Pseudolinfoma cutâneo: relato de caso

## Cutaneous pseudolymphoma: case report

Mauricio Felippi de Sá Marchi<sup>1</sup>, João Carlos Domiciano da Silva<sup>1</sup>, Alysson Rafael Fabris<sup>2</sup>, Karla Patrícia Casemiro<sup>3</sup>, Joice Fátima de Sá<sup>4</sup>, Rodrigo Kraft Rovere<sup>5</sup>

Recebido do Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, Brasil.

### RESUMO

Os pseudolinfomas cutâneos representam um grupo heterogêneo de reações linfoproliferativas benignas que podem simular clínica e histologicamente linfomas cutâneos. O objetivo deste estudo foi relatar a apresentação anatomoclínica de um caso de pseudolinfoma cutâneo para o aperfeiçoamento do seu diagnóstico diferencial com linfomas cutâneos. Paciente do gênero masculino, 66 anos procurou atendimento médico relatando história de nódulos em região superior do dorso há seis anos. Ao exame físico foram observados sete nódulos com aproximadamente 0,5 cm de diâmetro e sem sinais de linfonodomegalias. A biópsia de pele mostrava um denso infiltrado de linfócitos e histiócitos na derme. A análise imuno-histoquímica revelou uma população mista de linfócitos B (CD 20) e linfócitos T (CD 3). O diagnóstico diferencial entre as lesões benignas e malignas é a principal prioridade nesses casos. Tanto o pseudolinfoma, quanto o linfoma cutâneo se manifestam como nódulos solitários, pápulas e placas decorrentes de infiltração linfocitária. Para o diagnóstico diferencial, estão indicadas a avaliação imuno-histoquímica e técnicas de biologia molecular.

**Descritores:** Pseudolinfoma; Diagnóstico diferencial; Transtornos linfoproliferativos; Imunohistoquímica; Humanos; Masculino; Idoso; Relatos de casos

### ABSTRACT

Cutaneous pseudolymphoma represents heterogeneous groups of benign lymphoproliferative reactions that may simulate clinically

and histologically cutaneous lymphomas. The aim of this study was to report a case of cutaneous pseudolymphoma. Male patient, 66-year-old, came to us reporting a 6-year history of nodules on the upper back. On physical examination we noticed 7 nodules with 0.5 cm of diameter and no sign of adenopathy. The skin biopsy showed a dense infiltrate of lymphocytes and histiocytes in the dermis. The immunohistochemical analysis revealed a mixed population of B lymphocytes (CD 20) and T lymphocytes (CD 3). Differential diagnosis between benign and malignant lesions is the main concern in these cases. In some cases, pseudolymphoma manifests as solitary nodules, papules and plaques that are clinically indistinguishable from cutaneous lymphomas. The differentiation process can be further facilitated by immunohistochemical and molecular biological techniques.

**Keywords:** Pseudolymphoma; Diagnosis, differential; Lymphoproliferative disorders; Immunohistochemistry; Humans; Male; Aged; Case reports

### INTRODUÇÃO

A hiperplasia linfocítica cutânea ou pseudolinfoma cutâneo (PLC) são termos utilizados para descrever um grupo heterogêneo de reações linfoproliferativas cutâneas benignas constituídas por células B e T, que podem simular linfomas clínica ou histologicamente<sup>(1-4)</sup>. O PLC é observado principalmente em adultos e é um pouco mais comum nas mulheres do que nos homens<sup>(1,5)</sup>.

Clinicamente o PLC se manifesta através de pápulas, placas ou nódulos solitários, em geral na face ou dorso, associadas a um trauma, picadas de insetos ou algum outro estímulo indeterminado<sup>(2,5)</sup>.

A diferenciação do PLC, com neoplasias malignas, como o linfoma cutâneo de células T, linfoma cutâneo de células B ou a micose fungoide, pode ser extremamente difícil e deve basear-se na combinação de fatores clínicos e histopatológicos e imuno-histoquímicos<sup>(1)</sup>.

Considerando o desafio e a importância do diagnóstico diferencial, o objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente com pseudolinfoma cutâneo.

### RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 66 anos, aposentado, foi encaminhado ao serviço de Hematologia do Hospital Santo Antônio com histórico de lesões papulares e pruriginosas em dorso há seis anos. Relatou que já realizou consultas com múltiplos dermatolo-

1. Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.
2. Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, Brasil.
3. Clínica Privada, Brusque, SC, Brasil.
4. Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
5. Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, Brasil.

Data de submissão: 18/02/2013 – Data de aceite: 02/07/2013.

Conflito de interesses: não há.

#### Endereço para correspondência:

Rodrigo Kraft Rovere  
Hospital Santo Antônio  
Rua Itajaí, 545  
CEP: 89050-100 – Blumenau, SC, Brasil  
E-mail: rodrigorovere@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

logistas e clínicos gerais sem que houvesse sido estabelecido um diagnóstico. Referiu prévias excisões das lesões, com recidivas e aumento no número das mesmas, após esses procedimentos. O paciente relatou prurido intermitente, com piora no verão. Histórico de hipertensão e diabético tipo II, em uso de glimepirida (4mg), cloridrato de metformina (1g), epressin (enalapril 20mg + hidroclorotiazida 12,5mg), sinvastatina (40mg) e lipidil (fenofibrato micronizado) 200mg. Negava tratamento com fármacos tópicos.

Ao exame físico, sete nódulos eritematosos, por vezes violáceos, com consistência firme, diâmetro aproximado de 0,5cm localizados no dorso (Figuras 1 e 2). Não foram observados sinais de linfonodomegalias.

O exame histopatológico evidenciou derme com denso infiltrado linfo-histiocitário de padrão nodular, sem atipias evidentes, sem epidermotropismo (Figuras 3 e 4). Estudos imuno-

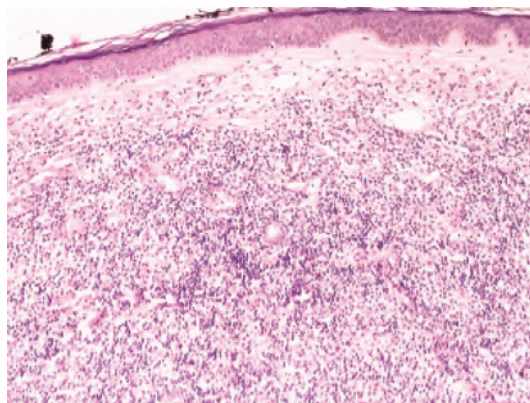


**Figura 1.** Nódulos eritemato-violáceos com diâmetro aproximado de 0,5cm, aglomerados em áreas cicatriciais decorrentes de excisões prévias, localizados na região superior do dorso

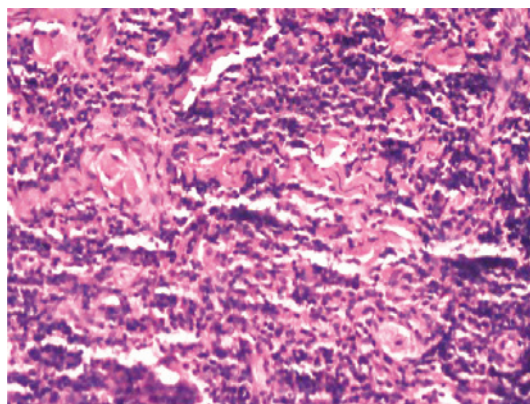


**Figura 2.** Região superior do dorso, onde se pode observar a localização dos nódulos e áreas de excisões prévias

histoquímicos (Tabela 1) identificaram uma população mista de linfócitos B (CD20+) e T (CD3+).



**Figura 3.** Denso infiltrado linfocitário de padrão nodular na derme, sem epidermotropismo (HE x 50)



**Figura 4.** Detalhe do exame histopatológico da lesão, evidenciando infiltrado linfocitário monomórfico na derme (HE x200)

**Tabela 1.** Painel imuno-histoquímico

Anticorpos	Resultados
Ki-67	Positivo (30%)
CD10: antígeno comum da leucemia linfóide aguda	Negativo
CD20: antígeno de linfócitos B	Positivo
CD3: receptor de linfócitos T	Positivo
CD30: Ki-1	Negativo
CD68: proteína lisossomal (macrófagos)	Positivo
Proteína S-100	Negativo
Antígeno do melanoma reconhecido por células T (Melan A/MART-1)	Negativo

## DISCUSSÃO

Embora tradicionalmente divididos em exclusivos de células T ou células B, a grande maioria dos PLC consistem em mis-

turas dessas células combinadas a histiócitos e, ocasionalmente, plasmócitos e eosinófilos<sup>(1-6)</sup>. Histologicamente, caracterizam-se por infiltrado misto na derme papilar e reticular, nodular ou difusamente<sup>(2,4,5)</sup>. A presença dos histiócitos pode ser confirmada através da expressão de CD68<sup>(7,8)</sup>.

A epiderme geralmente se encontra normal ou pouco alterada<sup>(3)</sup>. Diferentemente de outros infiltrados benignos cutâneos, o PLC apresenta um número variável de linfócitos médios e grandes, que podem aparecer atípicos, em meio a pequenos linfócitos comuns e outras células inflamatórias<sup>(3)</sup>.

O PLC apresenta um infiltrado inflamatório reacional característico, que pode ser decorrente de diversas causas, como dermatite de contato, dermatose liquenoide purpúrica, líquen escleroatrófico, morfeia em estágio inflamatório, reações a drogas, sífilis secundária, erupção a drogas, sífilis secundária, reações à artrópodes e à infecções virais<sup>(1)</sup>.

O diagnóstico correto deve ser realizado por meio da estrita correlação dos dados clínicos, histopatológicos e imuno-histoquímicos de uma determinada lesão, pois na maioria dos casos, as neoplasias benignas e malignas compartilham muitas características<sup>(6,8-11)</sup>.

São necessárias mais evidências para que se possa determinar se os PLC irão evoluir para linfomas cutâneos, especialmente nos casos em que o agente etiológico não possa ser esclarecido, portanto sendo pouco provável a ação de um estímulo persistente<sup>(1,3,5)</sup>.

O tratamento inclui opções como administração tópica ou intralésional de corticosteroides, excisão simples, criocirurgia, ablação por laser e radioterapia<sup>(2,5)</sup>. No presente caso foi utilizado esteroide tópico com o objetivo de cessar o prurido relatado pelo paciente.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico diferencial entre lesões benignas, como pseudolinfoma, e malignas, como linfomas cutâneos de células B e T, pode

ser um desafio e o uso da imuno-histoquímica tem ajudado de forma significativa no processo de diferenciação dessas condições.

## REFERÊNCIAS

1. Dummer R, Stadley R, Sterry W. Cutaneous lymphomas. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007;5(7):605-17.
2. Dragonetti E, Cianchini G, Mastrangelo L, Mellone P, Baldi A. Cutaneous pseudolymphoma: a case report. *In Vivo.* 2004;18(5):549-51.
3. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28(5):568-74.
4. Smoller BR. Outras doenças linfoproliferativas e mieloproliferativas. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatologia.* 2a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 1887-96.
5. Ko CJ, Meyerle JH, Glusac EJ. Pseudolymphoma cutaneous. *MedScape.* 2010: mar 26. [cited 2011 Nov 5]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1099188-overview>
6. Shtilionova P, Drumeva M, Balabanova M, Krasnaliev I. What is pseudolymphoma and its nature. *Journal of IMAB [Internet] - Annual Proceeding (Scientific Papers) 2010* [cited 2013 Jul 23]; 16(3). Available from: [http://www.journal-imab-bg.org/statii-10/vol16\\_b3\\_p106.pdf](http://www.journal-imab-bg.org/statii-10/vol16_b3_p106.pdf)
7. LeBoit PE. "Magic bullets" in immunohistochemistry. *Am J Dermatopathol.* 2002;24(6):518-20.
8. Cerroni L, Kerl H. Diagnostic immunohistology: cutaneous lymphomas and pseudolymphomas. *Semin Cutan Med Surg.* 1999;18(1):64-70.
9. Willemze R. Linfomas cutâneos de células T. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatologia.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 1867-86.
10. Bloom T, Kuzel TM, Querfeld C, Guitart J, Rosen ST. Cutaneous T-cell lymphomas: a review of new discoveries and treatments. *Curr Treat Options Oncol.* 2012;13(1):102-21.
11. Willemze R, Drevling M; ESMO Guidelines Working Group. Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2010;21 Suppl 5:177-80.
12. Plaza JA, Comfere NI, Gibson LE, Colgan M, Davis DM, Pittelkow MR, et al. Unusual cutaneous manifestations of B-cell chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(5):772-80.