



RELATO DE CASO

Linfocitoma cútis na região fronto- parietal: relato de caso

Front-parietal region lymphocytoma cutis: case report

Nilton Nasser¹, Nilton Nasser Filho², Thaiana Santoro C. Rosa³

Resumo

O linfocitoma cútis é uma doença rara, pode simular um linfoma de células B tanto histológica como clinicamente e ocorre de forma idiopática na maioria dos casos. É necessário diagnóstico preciso das lesões para uma orientação terapêutica e prognóstica corretas. Mesmo tratando-se de uma doença benigna, seu curso é crônico e é necessário o acompanhamento destes pacientes a longo prazo, a fim de diagnosticar e tratar precocemente os raros casos necessários. Descreve-se um caso de linfocitoma cútis na região fronto-parietal direita responsiva ao tratamento clínico. Os autores abordam em seguida os fatores etiológicos, o diagnóstico e a terapêutica.

Descritores: Pseudolinfoma. Linfócitos B. Corticoide.

Abstract

The lymphocytoma cutis is a rare disease, it can simulate a B-cell lymphoma, both, clinically and histologically, and it is idiopathic in most cases. Is necessary accurate lesions diagnosis to a correct therapeutics and prognostics. Even being a benign disease, its course is chronic and it is necessary a long term follow up of these patients, in order to an early diagnose and treatment when it is necessary due to its rare cases. A right front-parietal lymphocytoma cutis responsive to medical treatment case is described. The authors then discuss the etiologic factors, the diagnosis and the therapeutics.

Keyword: Pseudolymphoma. B-Lymphocytes. Corticosteroids.

Introdução

Linfocitoma cútis ou pseudolinfoma de células B é uma afecção linfoproliferativa B, consiste numa infiltração linfocitária na derme que se traduz na superfície cutânea por nódulo, tumor ou placa. É uma patologia rara e que de maneira geral predomina no sexo feminino, na proporção (3:1), na raça branca e antes dos 40 anos de idade ^(1,2).

Pode ser idiopático, o que ocorre na maioria das vezes, ou desencadeado por diversos estímulos, como picadas de insetos, infecção por *Borrelia burgdorferi*, vacinações, injeções, acupuntura, piercings, tatuagens e herpes zoster. Preferencialmente se localiza na face e membros superiores ^(3,4).

Clinicamente as lesões são pápulas ou nódulos, de consistência mole, coloração eritematosa, localizados preferencialmente na face e membros superiores ⁽⁵⁾.

A elucidação diagnóstica é de suma importância e se faz através da clínica, histopatologia, imunoistoquímica e acompanhamento do paciente. O curso da doença é crônico porém benigno e assintomático, com uma pequena tendência a resolução espontânea sem deixar cicatriz residual ^(6,7).

Caso clínico

Paciente feminina, 26 anos, embaladeira, relata o aparecimento de pequena "bola" há mais ou menos 1 ano na região frontoparietal direita, assintomática e com crescimento até o momento da consulta.

De acordo com a figura 1 a lesão é do tipo tumoral, eritematosa brilhante, superfície lisa, com teleangiectasias, de 3cm comprimento por 1,4 cm de largura por 0,5 cm de altura, localizada na região temporal direita.

Foi realizado biópsia da lesão, cujo exame histopatológico revelou em cortes corados pela hematoxilina-eosina (HE), epiderme normal e derma superficial e profunda com compostos inflamatórios de células lin-

1. Doutor em Dermatologia formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Professor titular da disciplina de Dermatologia da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC.

2. Médico Residente em Dermatologia da Policlínica do Rio de Janeiro, RJ.

3. Acadêmica de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC.

fóides com numerosos centros germinativos e presença de células atípicas que dissociam fibras colágenas e atingem o tecido fibro cutâneo, como mostra a figura 3

Foi solicitado exame imunohistoquímico para diferenciar Linfoma Folicular de Hiperplasia linfóide cutânea. O exame histoquímico revelou infiltrado linfóide misto de células B(CD20) e células T(CD3) correspondendo a Hiperplasia linfóide reacional (Pseudolinfoma cutâneo), como mostra a figura 4.

A conduta referente ao caso foi realizar infiltração com 0,3 ml de triancilonoma concentração 10 mg/ml e houve regressão da lesão em 30 dias do procedimento, como mostra a figura 2. Após 5 semanas do tratamento ocorreu recidiva da lesão na região frontoparietal direita e a paciente foi então submetida a uma nova infiltração com a mesma medicação havendo, desta vez regressão total da lesão.

Discussão

O linfocitoma cútis pode se apresentar de duas formas: a forma localizada, que ocorre em 72% dos casos e a forma disseminada, mais rara ocorrendo em 28% dos casos⁽⁸⁾. O caso relatado ilustra a forma localizada do linfocitoma cútis, apresentando uma lesão única, pápulo-nodular, elevada, de forma arredondada, consistência mole, de diâmetro variável(1 a 5 cm), cor violácea, superfície uniforme, não descamativa e não aderida a planos profundos^(2,9).

O linfocitoma cútis se caracteriza histologicamente por focos de linfócitos e histiócitos, com frequente arranjo folicular. Os infiltrados são compostos predominantemente por células B circundadas por células T nas formas que configuram centros germinativos, a infiltração predomina na derme papilar, podendo se estender ao subcutâneo em alguns casos^(10,7).

Por muitos anos a classificação de doenças linfoproliferativas cutâneas baseou-se somente em critérios clínicos e histopatológicos, porém novas técnicas surgiram, como a imunoistoquímica, permitindo dar um diagnóstico mais preciso e fazer a diferenciação das formas benignas e malignas^(4,9).

Uma análise geral permite, de acordo com os achados clínicos, histopatológicos e imunoistoquímicos classificar o caso relatado como linfocitoma cútis idiopático⁽²⁾.

O diagnóstico diferencial pode ser feito, com erupção polimorfa à luz, sarcoidose e hiperplasia angiolinfóide. Contudo, a mais importante diferenciação se faz com os linfomas, pois estes têm prognóstico e terapêutica reservados; ao contrário do linfocitoma cútis,

que pode recidivar, porém tem evolução benigna e raro comprometimento sistêmico^(1,7).

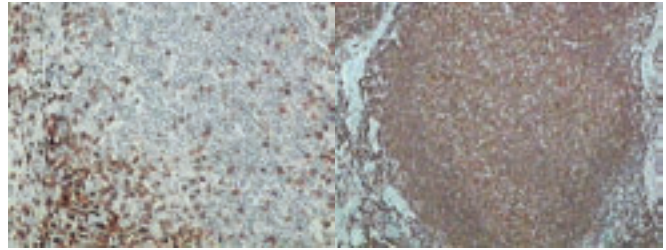
Existe controvérsia quanto a uniformidade terapêutica na literatura. A infiltração com corticóides, criocirurgia, PUVA terapia, radioterapia e cirurgia são relatados como opções terapêuticas para aqueles casos que requeiram, por algum motivo, um tratamento imediato (4,6). No caso relatado a infiltração com corticóide resultou em boa resposta terapêutica.

Referências

- 1- Cerroni L, Borroni RG, Massone C, Chott A, Kerl H. Cutaneous B-cell pseudolymphoma at the site of vaccination. *Am J Dermatopathol.* 2007 Dec;29(6):538-42.
- 2- Lackey JN, Xia Y, Cho S, Sperling LC. Cutaneous lymphoid hyperplasia: a case report and brief review of the literature *Cutis.* Washington, DC, USA. 2007 Jun;79(6):445-8.
- 3- Khaled A, Sassi S, Fazaa B, Ben Hassouna J, Ben Romdhane K, Kamoun MR. Primary cutaneous marginal zone B-cell lymphoma: clinical and histological aspects.- *Dermatol Online J Tunis, Tunisia.* 2008 Oct 15;14(10):12.
- 4- Watanabe R, Nanko H, Fukuda S. Watanabe R, Nanko H, Fukuda S. Lymphocytoma cutis due to pierced earrings. *J Cutan Pathol.* Tokyo, Japan 2006 Sep;33 Suppl 2:16-9
- 5- Case RC, Jordan JR, McCowan NK. Lymphocytoma cutis of the face treated with corticosteroids-Laryngoscope. *Mississippi, USA* 2010;120 Suppl 4:S231.
- 6- Van Vloten WA, Willemze R. The many faces of lymphocytoma cutis. *Am J Dermatopathol.* 2004 Feb;26(1):4-13.
- 7- Colic C, Leinweber B, Mulleger R, et al: Borrelia Burgdoferi associated lymphocytoma cutis: clinicopathologic, immunophenotypic and molecular study of 106 cases. *J Cutan Pathol* 2004;31 232-40.
- 8- Wood G. Enfermidades inflamatorias que simulan linfomas: pseudolinfomas cutaneos. Ed. 14 *Interamericana.* 2001: 1323-39.
- 9- 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.* Japan. 2005 May; 36 (5):505-11.
- 10- Leinweber B, Colli C, Chott A, Kerl H, Cerroni L. Di-

fferential diagnosis of cutaneous infiltrates of B lymphocytes with follicular growth pattern Am J Dermatopathol. Austria 2004 Feb; 26(1):4-13.

Figura 4: Infiltrado linfoide misto linfocítico T(CD3) E B(CD20) (HE 200x).



Figuras

Figura 1: Antes da infiltração com corticoide.



Figura 2: Após infiltração com 0,3 ml de triancilonoma concentração 10 mg/ml .

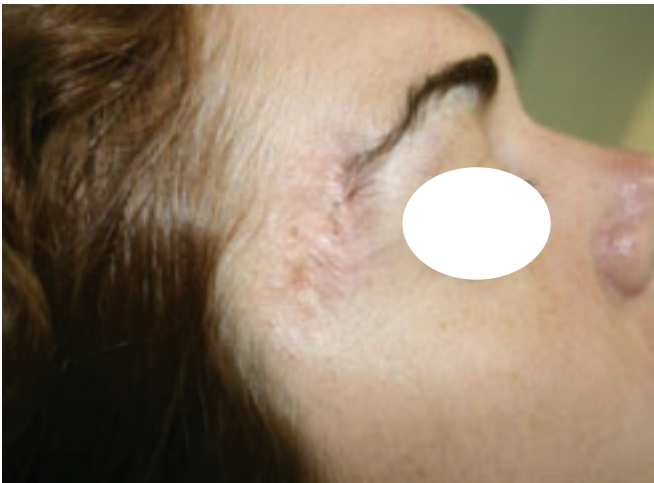


Figura 3: Denso infiltrado linfoide em derme superficial e profunda com arranjo nodular (HE 200x).

