CASO CLÍNICO
Rev Méd Urug 2023; 39(1): e703
doi: 10.29193/RMU.39.1.12

Dermatosis con infiltrados plasmocitarios, ¿secundaria a queratosis actínica?

Dermatosis with plasma cell infiltration, secondary to actinic keratosis?
Dermatose com infiltrados plasmocíticos, secundária a queratose actínica?

Nicolás Hermosilla[1], Sebastián Olivares[2], Gabriela Otero[3], María Eugenia Mazzei[4]

Resumen

Las dermatosis plasmocitarias son un conjunto de enfermedades inflamatorias poco frecuentes, cuyo diagnóstico definitivo se realiza mediante el hallazgo histopatológico de un infiltrado dérmico de células plasmáticas policlonales sin una causa subyacente demostrable. Presentamos el caso de una mujer de 89 años que desarrolló en la evolución de una queratosis actínica un infiltrado plasmocitario denso. Hasta esta publicación no se han encontrado reportes de casos de dermatosis plasmocitaria secundaria a queratosis actínica.

Palabras clave: Plasmacito
Queratosis actínica
Plasmocitosis cutánea

Key words: Plasmacyte
Keratosis, Actinic
Cutaneous plasmocytosis

Introducción

Las dermatosis plasmocitarias son un conjunto de enfermedades inflamatorias de causa desconocida. Este grupo de enfermedades ha sido escasamente clasificado en la literatura, organizado recientemente por Coringrato y colaboradores[(1)], clasificándose en dermatosis con infiltrados plasmocitarios, dermatosis plasmocitarias benignas (incluidas las plasmocitosis cutáneas y sistémicas) y dermatosis plasmocitarias malignas. El diagnóstico de plasmocitosis cutánea se realiza por la combinación de los hallazgos clínicos e histológicos y por la exclusión de otras dermatosis que provoquen infiltración de células plasmáticas en forma secundaria[(2)]. Dentro de éstas se plantean múltiples etiologías: infecciosas, autoinmunes, neoplásicas e inflamatorias. En este grupo no está descrita la queratosis actínica (QA). Presentamos el caso de una paciente con QA que evolucionó a una lesión ulcerada con infiltrado plasmocitario denso.

Caso clínica

Mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, múltiples cáncer de piel no melanoma y QA tratadas con cirugía y criocirugía. Consulta por lesión en región nasal izquierda de 4 años de evolución, caracterizada por una placa eritematosa con escama untuosa adherente. El planteo clínico fue QA hipertrófica versus carcinoma espinocelular, realizándose biopsia por punch, que se informó como queratosis actínica inflamada. La paciente no asiste a control posterior, por lo que no fue posible realizar tratamiento oportuno de esta lesión. Dos años después, vuelve a consultar por la misma lesión que al examen físico se describe como una lesión tumoral en ala nasal izquierda caracterizada por una placa erosionada con costra serohemática (figura 1a). Se realiza nueva biopsia que muestra un infiltrado inflamatorio denso con gran predominio plasmocitario en dermis sin

1. Posgrado de la Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas, UDELAR.
2. Posgrado de la Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas, UDELAR.
3. Profesora Adjunta de la Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, UDELAR. Dermatóloga CETEP-CHPR.
4. Ex Profesora Adjunta de la Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, UDELAR.
Correspondencia: Dr. Nicolás Hermosilla. Correo electrónico: nehermosilla@uc.cl
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.
Este artículo cuenta con el consentimiento informado del paciente para su publicación
Recibido: 11/7/2022
Aprobado: 26/11/2022

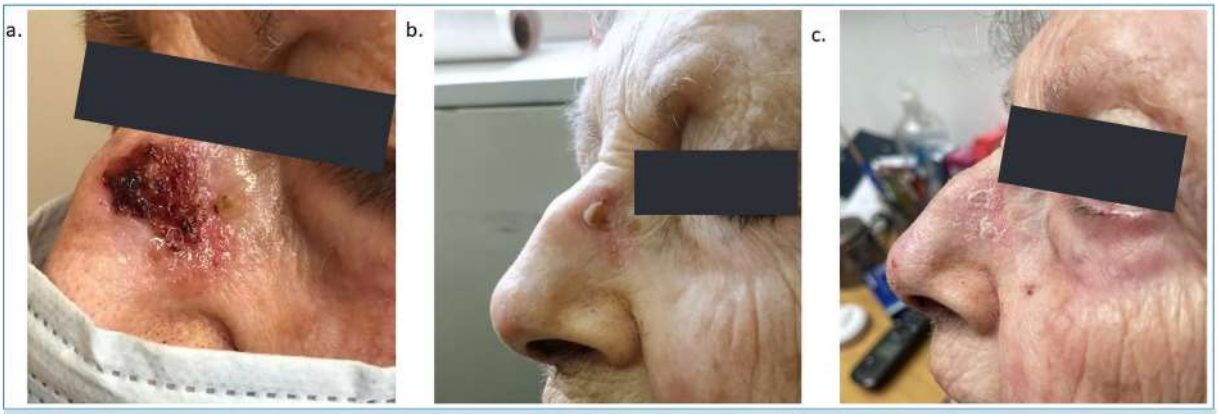


Figura 1. a. Placa erosionada con costra serohemática en puente nasal. b. Respuesta clínica al mes de tratamiento. c. Seguimiento clínico después de 4 años.

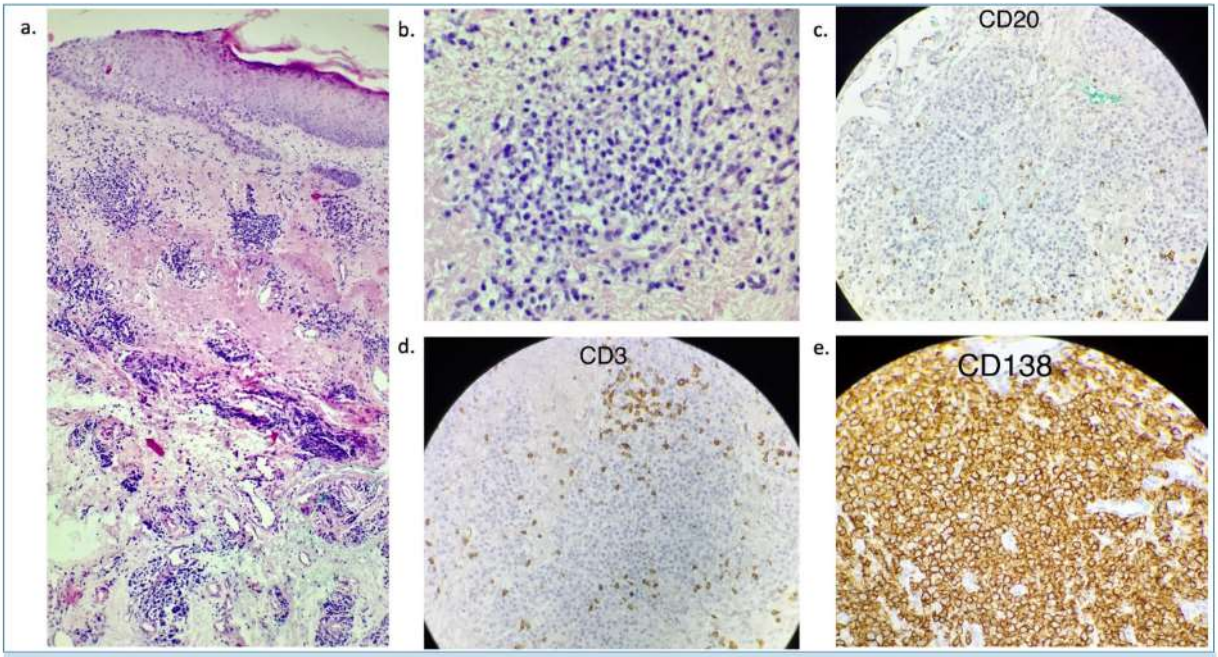


Figura 2. a. y b. Tinción de hematoxilina y eosina, se observa un infiltrado inflamatorio denso con gran predominio plasmocitario en dermis, sin evidencia de queratosis actínica previa. c. Inmunohistoquímica para CD20 negativa. d. Inmunohistoquímica para CD3 negativa. e. Inmunohistoquímica para CD138 positiva.

evidencia de QA previa (figura 2a y b). La inmunohistoquímica mostró CD3 y CD20 negativo y CD138 positivo (figura 2c, d y e). El examen de cadenas ligeras informó kappa y lambda positivas, manifestando un patrón de policlonalidad. Ante el hallazgo de este proceso plasmoproliferativo, con la policlonalidad mostrada y el descarte de compromiso sistémico por hematología, se planteó una dermatosis con infiltrados plasmocitarios. Se realizó tratamiento tópico con corticoides de mediana potencia, obteniendo una excelente respuesta. En la figura 1b y 1c se observa la respuesta clínica postratamiento, al mes y a los 4 años respectivamente.

Discusión

La plasmocitosis cutánea es un trastorno linfoplasmocítico reactivo poco común de etiología desconocida, descrita principalmente en pacientes de ascendencia japonesa. Hasta 2018 se habían reportado alrededor de 50 casos en todo el mundo. La edad de aparición oscila entre 20 y 62 años, con una mediana de 37 años y una relación hombre mujer 1:0,6. Para el diagnóstico de plasmocitosis cutánea debe existir una infiltración dérmica primaria por células plasmáticas policlonales sin una causa subyacente demostrable[2].

Debido a la rareza de esta enfermedad, la mayor parte de la literatura se compone de reporte de casos, y el tratamiento sigue estando poco establecido.

En el caso de nuestra paciente se logró documentar el cambio de queratosis actínica a una lesión con infiltrado plasmocitario, por lo que se trataría de una dermatosis con infiltrados plasmocitarios.

Las dermatosis con infiltrados plasmocitarios pueden tener múltiples causas: infecciones como sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide, granuloma inguinal, leishmaniasis; autoinmunes como morfea o lupus eritematoso; neoplasias como sarcoma de Kaposi, siringocistoadenoma, linfomas B; inflamatorias como linfocitoma cutis, enfermedad cutánea de Rosai-Dorfman, rinoescleroma, granuloma facial y amiloidosis nodular de la piel[1].

No existen casos descritos en la literatura de dermatosis con infiltrado plasmocitario secundario a queratosis actínica. Antônio AM y colaboradores describieron el caso de una paciente que presentaba una placa ulcerada en mejilla izquierda de 3 meses de evolución, además de queratosis actínicas en área cigomática y nasal, pero no en la periferia de la lesión[3]. Esto fue interpretado como una rara manifestación de una plasmocitosis cutánea primaria. Creemos que nuestro caso apoyaría la teoría que, previo a esa placa ulcerada, existía una queratosis actínica que sufrió una transformación a una dermatosis con infiltrados plasmocitarios reactiva a esta misma. Al igual que en nuestro caso, respondió favorablemente a corticoides tópicos.

Conclusión

Se presentó el caso de una paciente con una dermatosis con infiltrados plasmocitarios, secundaria a una queratosis actínica. A nuestro saber, este es el primer caso descrito en la literatura, pero creemos que el caso de Antônio AM y colaboradores podría corresponder a la misma patología en donde, al no lograr identificar la queratosis actínica previa, no pudo ser planteado. El tratamiento tópico con corticoides y antibióticos tuvo una excelente respuesta en esta paciente, pero dada la falta de casos reportados, desconocemos la eficacia de otros tratamientos.

Abstract

Cutaneous plasmacytosis is an uncommon cutaneous disorder, the final diagnosis of which is done when cutaneous polyclonal plasma cell skin infiltrations without underlying proven causes are found. The study presents the case of an 89-year-old patient with actinic keratosis who developed dense plasma cell infiltration. There were no case reports of cutaneous plasmacytosis secondary to actinic keratosis in literature until this study was published.

Resumo

As dermatoses plasmocitárias constituem um grupo de doenças inflamatórias raras, cujo diagnóstico definitivo é feito pelo achado histopatológico de um infiltrado dérmico de plasmócitos policlonais sem causa subjacente demonstrável. Apresentamos o caso de uma mulher de 89 anos que desenvolveu um infiltrado plasmocítico denso durante o curso de queratose actínica. Até esta publicação, não havia relato de caso de dermatose plasmocitária secundária a queratose actínica.

Bibliografía

1. Coringrato M, Belatti A, Martinetti C, Maronna E, Olivares L. Dermatosis plasmocitarias benignas, integración y revisión del tema. Rev Argent Dermatol 2010; 91(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2010000100001&lng=es [Consulta: 14 mayo 2022].
2. Bernat García J, Prats A, Barbera E, Marti ME, Marquina A. Plasmocitosis cutánea. Med Cutan Iber Lat Am 2013; 41(4):176-8. doi: 10.4464/MC.2013.41.4.5081.
3. António AM, Alves JV, Coelho R, Bártolo E. Solitary ulcerated plaque on the face - an unusual presentation of cutaneous plasmacytosis? An Bras Dermatol 2017; 92(3):410-2. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175355.

Contribución de autores

Nicolás Hermosilla, ORCID 0000-0002-1424-9515. Diseño y redacción.
Sebastián Olivares, ORCID 0000-0002-7954-040X. Diseño y redacción.
Gabriela Otero, ORCID 0000-0001-9232-6419. Concepción y revisión crítica.
María Eugenia Mazzei, ORCID 0000-0001-6066-6945. Interpretación de resultados y revisión crítica.