

GRANULOMAS TELANGIECTATICOS MULTIPLES ASOCIACION CON LINFOMA DE HODGKIN

Dr. Glenda de Castro*
Dra. Luisa ,Marcano**
Dr. Benjamín Trujillo***
Dr. Rubén Darío Rondón****

Resumen

Se han descrito diversos tipos de Dermatitis tanto de carácter específico como inespecífico que pueden preceder o acompañar a los Linfomas tipo I Hodgkin. Presentamos un Caso Clínico de Enfermedad de I Hodgkin estadio III B, precedido por cuadro de Granulomas Telangiectáticos Múltiples, asociación hasta ahora no descrita. El propósito del trabajo es llamar la atención de los Dermatólogos acerca de la posibilidad que estos angiomas eruptivos puedan constituir un marcador cutáneo temprano de Linfomas u otras Neoplasias.

SUMMARY

A number of skin lesions specific or non-specific, preceding or appearing during the course of I-Hodgkin's disease. Have been described we present a case stage III B Hodgkin's disease, preceded by multiples granulomas pyogenicum, association not reported before. The purpose of this report is to call the attention of dermatologists about eruptive angiomatosis that can represent an early marker of lymphomas and other neoplasias.

Palabras Claves: Granulomas Telangiectáticos, Linfoma Hodgkin.

INTRODUCCION

Las manifestaciones cutáneas en la Enfermedad de Hodgkin se presentan en 13 a 40% de los pacientes.

En la mayoría de los casos se presentan como lesiones o síntomas

inespecíficos, tales como pigmentación, prurito, erupciones máculo papulares, urticaria, eritrodermia, eritema multiforme, lesiones ampollares y Herpes Zoster¹.

Un pequeño grupo de pacientes manifiestan invasión de la piel con células malignas relacionadas a afección linfática regional, expresándose como dermatitis exfoliativas, pápulas, placas, nódulos, infiltrados, úlceras y lesiones pigmentadas².

Nosotros describimos un paciente con Enfermedad de Hodgkin quien presenta, 10 meses antes de ser diagnosticado como tal, lesiones de aspecto vascular múltiples que afectaban cuero cabelludo, tronco y extremidades.

REPORTE DE UN CASO

En marzo de 1.990 es referido al Servicio de Dermatología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas "DR. CARLOS ARVELO" paciente masculino de 48 años de edad por presentar en cuero cabelludo y muslo derechos lesiones cutáneas que sangraban con facilidad con los traumatismos. Se realiza diagnóstico clínico de granulomas telangiectáticos múltiples, procediéndose a hacer afeitado, curetaje, biopsia y electrocoagulación de las lesiones, comprobándose por histología el diagnóstico.

Tres meses después acusa lesiones similares de nuevo en cuero cabelludo, tórax anterior, dorso de dedos de manos y muslos, conco-

* Adjunto del Servicio de Dermatología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas "Dr. Carlos Arvelo". Caracas.
** Residente de Postgrado, Dermatólogo.

*** Dermatólogo egresado del Servicio de Dermatología, Hospital Militar, Caracas.

**** Residente de Postgrado, Radioterapia

mitantemente pérdida de peso de 6 Kgs., fiebre no cuantificada y tos seca de 2 semanas de evolución, ingresándose para estudio.

Al examen físico. el paciente se encontraba en regulares condiciones generales, apreciándose múltiples pápulas eritemato violáceas y otras color rubí entre 3 a 5 mms. de diámetro en cuero cabelludo, tórax anterior, muñeca y 5to. dedo derecho y muslo izquierdo (Fotos N° 1, 2 y 3).

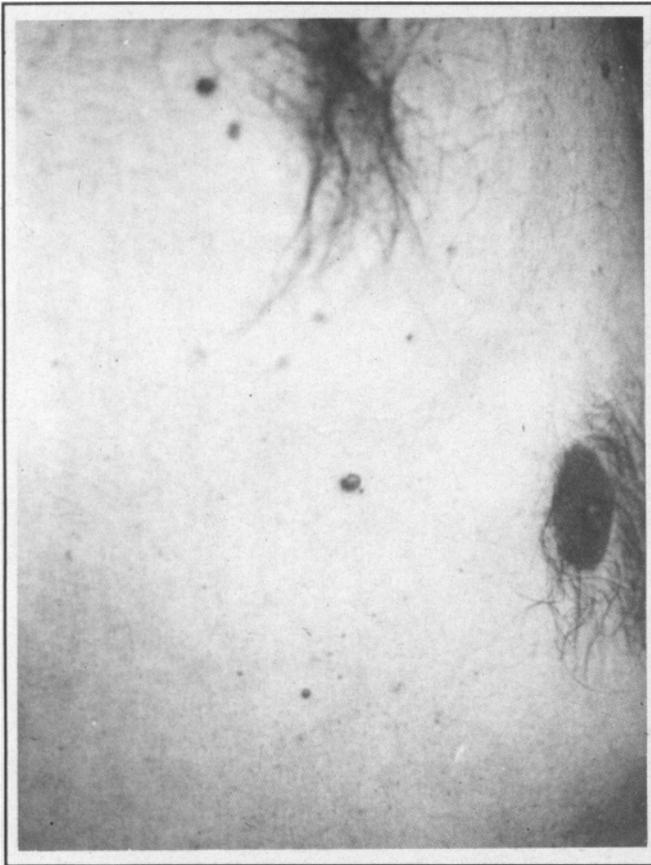


Foto 1: Granulomas telangiectásicos múltiples en tronco



Foto 2: Granuloma piogénico en muslo derecho.

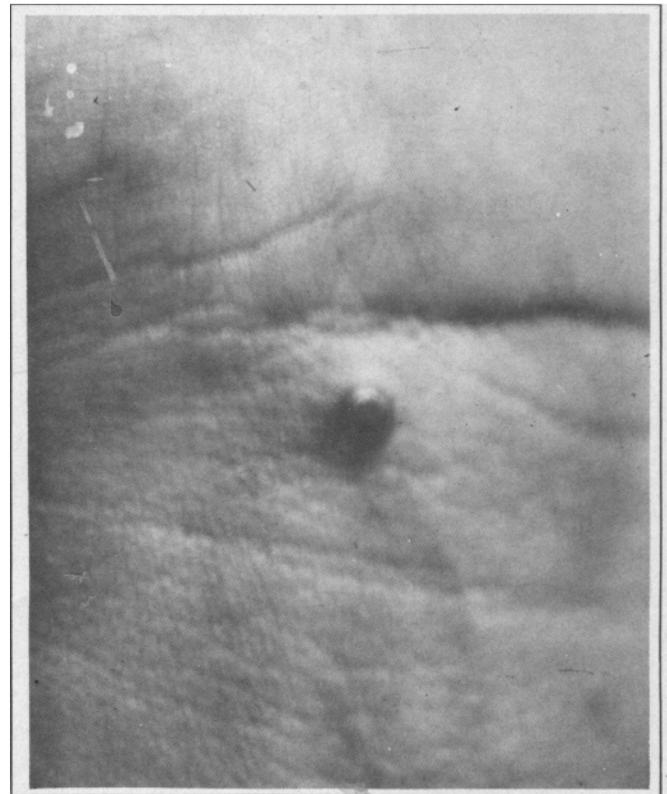


Foto 3: Lesión vascular en muñeca derecha.

Disminución del murmullo vesicular en 2/3 inferiores de hemotórax izquierdo y crepitantes bilaterales en 2/3 inferiores.

Se hacen los siguientes diagnósticos:

1. Granulomas Telangiectáticos Múltiples Vs. Angioma Bacilar.
- 2.- Sarcoma de Kaposi a descartar.
3. Proceso Bronco-Neumónico.

Se le practica nueva biopsia de lesiones cutáneas reportando Granuloma Telangiectático.

LABORATORIO

Rutina y pruebas hepáticas D.L.N.

VSG: 74 mms. HIV. Negativo

Rayos X de tórax: Sin evidencias de proceso Pleuroparenquimatosa activo.

EVALUACION POR NEUMONOLOGIA:

Cultivo y antibiograma de secreción bronquial.

Streptococo Pneumoniae; BK: Seriado negativo.;

PPD: 0 mm.

Funcionalismo Pulmonar: Patrón obstructivo discreto.

Recibe tratamiento antibiótico y antitusígeno con mejoría de su cuadro respiratorio, egresando por mejoría, recomendándose controles sucesivos por Dermatología y Medicina Interna, el paciente no regresa a control y en enero de 1.991 reingresa por Medicina Interna por hiporexia, fiebre no cuantificada con escalofríos a predominio nocturno, prurito generalizado y pérdida de 12 Kgs. de peso, al examen físico se apreciaba palidez acentuada, pápulas color rubí de 5 mm. de diámetro en cuello y dedo medio izquierdo, placas eritemato violáceas infiltradas en cara anterior de muslo derecho de 3 mms. de diámetro.

Adenomegalias submaxilares,

infraclaviculares dolorosas, firmes y adheridas a planos profundos.

Los diagnósticos de ingreso son de:

- 1.- Síndrome febril prolongado.
- 2.- Síndrome adenomegálico.

Se realizan los siguientes exámenes:

- 1.- Biopsia de pápulas: granulomas telangiectáticos.
- 2.- Biopsia de la placa de piel muslo derecho presencia de linfocitos.
- 3.- TAC Abdominal: adenomegalias retropancreáticas pericava, periaórticas en hilio hepático y esplénico, hepatoesplenomegalia leve.

4. Biopsia: de ganglio cervical: linfoma de Hodgkin tipo celularidad mixta.

5. Biopsia de médula ósea: sin evidencia de infiltración por linfoma.

Con el diagnóstico definitivo de Linfoma de Hodgkin tipo celularidad mixta estadio III B se inicia tratamiento con quimioterapia.

Histología de biopsia de piel: las biopsias correspondientes a granulomas telangiectáticos mostraron lesiones circunscritas con proliferación endotelial, tendencia a la formación de luces vasculares variando entre hendiduras a verdaderas ectasias, en algunas zonas con células endoteliales prominentes, que tienden a hacer proyección hacia la luz vascular (Foto N° 4).

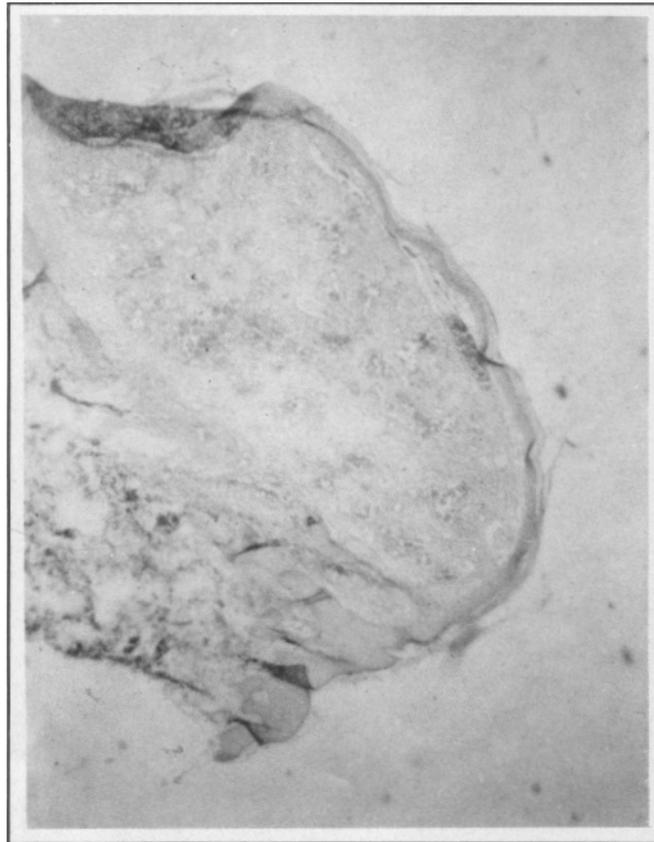


Foto 4: Lesiones circunscritas con proliferación endotelial, tendencia a la formación de luces vasculares con células endoteliales prominentes que tienden a hacer proyección hacia la luz vascular

El estroma tiende a ser edematoso y la epidermis intenta crecer hacia la base de las lesiones produciendo un collarite epidérmico.

Además ligero a moderado infiltrado inflamatorio mixto (Foto N° 5).

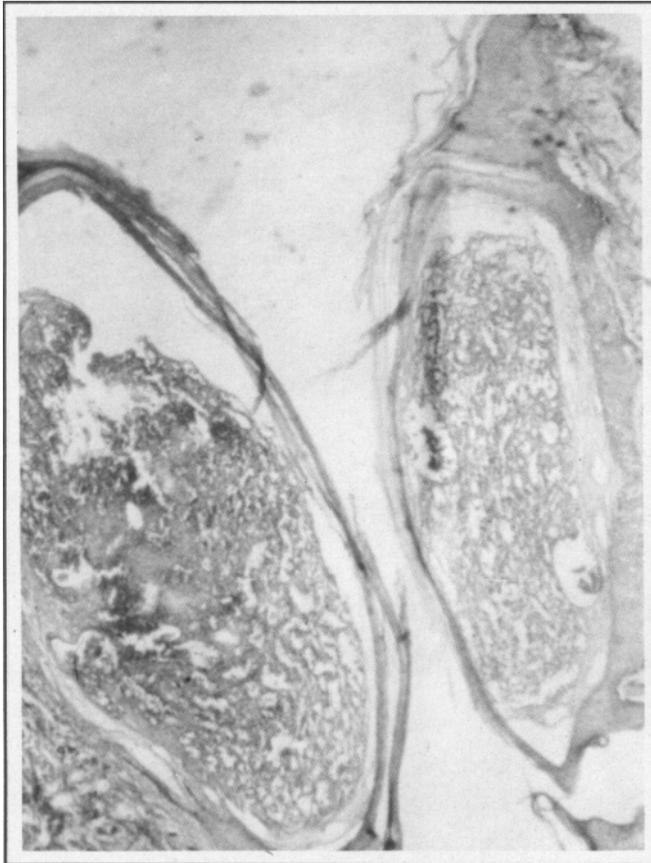


Foto 5: Estroma edematoso y la epidermis intenta crecer hacia la base de las lesiones produciendo un collarite epidérmico. Ligero a moderado infiltrado inflamatorio mixto.

DISCUSION

La invasión de la piel por células malignas ha sido encontrada en 0,5 a 7,5%, ocurre en casos de Enfermedad de Hodgkin avanzada y está asociada con un pronóstico grave³, considerándose en general que la afección cutánea usualmente representa un grado IV de la enfermedad⁴.

Sin embargo, la Enfermedad de Hodgkin iniciándose en la piel es

muy rara⁵. El I er. caso de afección cutánea específica fue descrito por Grosz en 1906 en un paciente con múltiples nódulos ulcerados⁶.

En 1.982 Silverman y Col. reportaron un caso de un paciente con una placa en glúteo cuyo estudio histológico reportó cambios de Enfermedad de Hodgkin quien desarrolló 7 meses después la afección ganglionar¹.

En algunas series se ha reportado un 5 a 12% de pacientes con enfermedad cutánea tanto específica como inespecífica⁷.

El inicio de la Enfermedad de Hodgkin en la piel es sumamente raro, para que una lesión o tumor sea aceptada como Enfermedad de Hodgkin cutánea primaria debe satisfacer los criterios aplicados a los linfomas en localización extranodal:

Primero: un infiltrado cutáneo compatible con la enfermedad debe estar presente y además el toque ganglionar debe presentarse como mínimo 3 meses después del desarrollo de la lesión¹.

En nuestro paciente se encontró 3 meses antes, la presencia en piel de Granulomas Talangiectáticos Múltiples, autores como: Haree y Wolf⁹ han dado una importancia manifiesta a una relación hipotética de un factor tumoral angiogénico en pacientes con enfermedades malignas y granulomas telangiectáticos múltiples.

Las formas eruptivas de angiomias se han reportado en pacientes con enfermedad tiroidea activa y angioqueratoma corporis diffusum, la importancia de reconocer estas formas eruptivas es que ellas puedan representar una condición patológica más seria¹⁰.

Durante el curso de la enfermedad el paciente presentó, además, placas eritemato violáceas infiltradas en el muslo derecho en cuya histología reportó la presencia de linfocitos atípicos.

Desde el punto de vista inmunológico los pacientes con Hodgkin conservan la capacidad de producir anticuerpos excepto en casos terminales; sin embargo, la inmunidad mediada por células generalmente está afectada, la anergia a la tuberculina que presentó nuestro caso fue demostrada por Parker y Col. en 1.932¹¹.

CONCLUSIONES

La presencia en nuestro paciente de angiomas eruptivos precediendo en meses al cuadro clásico de Enfermedad de Hodgkin nos llama poderosamente la atención y queremos hacer énfasis en la posibilidad que puedan representar un marcador cutáneo temprano a considerar en enfermedades malignas tipo linfomas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Silverman C.L., Strayer, D.S. and Wasserman T. Cutaneous Hodgkin's disease. Arch Dermatol 118:918-921, 1982,
- 2.- Rubens J. Cutaneous Hodgkin's disease. Cancer, 42: 1219-21, 1978.
- 3.- Slur L., Harrison C.V., Lavere G.M., et al: Primary cutaneous Hodgkin's disease. Lancet. 1:1016-20, 1970,
- 4.- Smith J.L., Butler J.J. Skin involvement in Hodgkin's disease. Cancer. 45:354-63, 1980.
- 5.- Hayes T.G., Rabin Vicki R., et al. Hodgkin's disease presenting in the skin. Case report and review or the literature. J AM ACAD Dermatol 22:944-47, 1990.
- 6.- Grosz S. Uber Eine Bisher Nicht Beschriebene Hauterkrankung (Lympho Granulomatosis Cutis). Beiter Path Anat. 39:405-430, 1906,
- 7.- White R. And Patterson J. Cutaneous involvement in Hodgkin's Disease. Cancer. 55: 1136-45, 1.985.
- 8.- Hare P.J. Granuloma Pyogenicum. Br. J. Dermatol. 83:513-15, 1970.
- 9.- Wolf J.E. Jr. Origen and evolution of pyogenc granuloma Arch Dermatol. 110:958-9, 1974.
- 10.- Colver G.B. And Kemmett D. Eruptive Capillary Hemangiomas Correspondence. Arch. Dermatol. Vol 12729, 1991.
11. Parker, F. Jackson, H. Fitz Hugh G. Spies T.D.J. Inmunon, 22:277, 1932,

CURSOS AUSPICIADOS POR LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE DERMATOLOGIA 1992

ENERO
17-18-19**Avances en Dermatología Pediátrica VIII**

Colegio de Médicos del Estado Miranda
Dr. Luis Alfredo González Aveledo

MAYO
23**Curso de Educación Dermatológica para médicos generales**

Tucupita, Territorio Delta Amacuro
Dr. Arévalo Salazar

JUNIO
12-18**18 Congreso Mundial de Dermatólogos**
New York - U.S.A.**JULIO**
25**Curso de Educacion Dermatológica para médicos generales**

Clarines Edo. Anzoátegui
Dr. Antonio José Rondón
Dra. Luz Salazar
Dr. Alfredo Lander Marcano

SEPTIEMBRE**12 Curso Educación Dermatológica para médicos generales**

Coro, Estado Falcón
Dra. Maigualida Pérez Blanco

OCTUBRE**24 Curso de Educación Dermatológica**

Maturín, Estado Monagas
Dr. Carlos Riobueno Zurita
