



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ**

**Características histológicas, inmunofenotípicas y clínicas de los  
pseudolinfomas en el Departamento de Dermatopatología del Hospital  
General “Dr. Manuel Gea González”.**

**TESIS:**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN DERMATOPATOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**MIREN LOREA CÁRDENAS HERNÁNDEZ**

**TUTOR PRINCIPAL:**

**DRA. MARÍA ELISA VEGA MEMIJE**

**CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

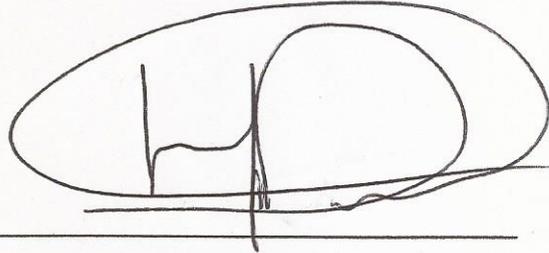
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

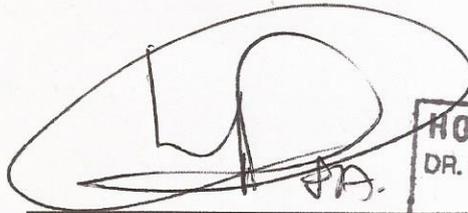
**HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**AUTORIZACIONES**



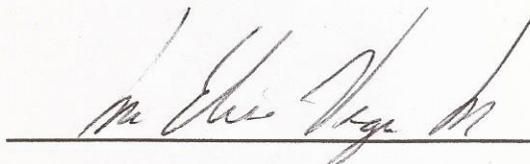
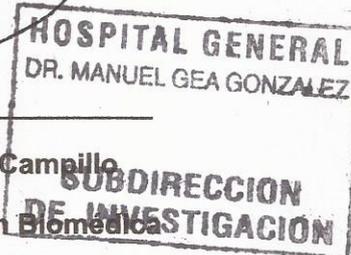
**Dr. Héctor Manuel Prado Calleros**

**Director de Enseñanza e Investigación**



**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**

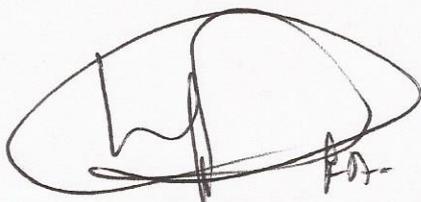
**Subdirector de Investigación Biomédica**



**Dra. María Elisa Vega Memije**

**Jefa del Servicio de Dermatopatología e Investigador Principal**

Este trabajo de tesis con No. 06-114-2017 presentado por la alumna Miren Lorea Cárdenas Hernández, se presenta en forma, con visto bueno por el Tutor principal de la tesis Dra. María Elisa Vega Memije, con fecha 03 de agosto de 2018 para su impresión final.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a horizontal line at the bottom, enclosed within a large, irregular oval shape.

Dr. José Pablo Maravilla Campillo  
Subdirector de Investigación Biomédica

A handwritten signature in black ink, written in a cursive style with a prominent initial 'M' and 'E'.

Dra. María Elisa Vega Memije  
Tutor Principal

**Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el servicio de Dermatopatología, bajo la dirección de la Dra. María Elisa Vega Memije y la Dra. Sonia Toussaint Caire.**

## **DEDICATORIA**

**Dedico el presente trabajo a mi esposo e hijo por su presencia constante, por su infinita paciencia y su confianza en mí. Les dedico esta tesis con cariño, respeto y el más grande agradecimiento por permitirme continuar alcanzando mis metas.**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco a Dios, que nunca me deja, y en los momentos más difíciles me da la esperanza y fuerza necesarias para continuar.**

**A la Dra. María Elisa Vega Memije por su apoyo y por compartir su conocimiento conmigo durante todo este proceso. Sin ella, esto no habría sido posible.**

**A Juan José, por estar ahí en todo momento, por ser mi mayor crítico y también mi mayor aliado.**

**A Juan Pablo, por impulsarme a superarme cada día.**

# Características histológicas, inmunofenotípicas y clínicas de los pseudolinfomas en el Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Cárdenas-Hernández Miren Lorea<sup>1</sup>, Vega-Memije María Elisa<sup>2</sup>, Toussaint-Caire Sonia<sup>3</sup>, Trinidad-Bibiano Héctor<sup>4</sup>.

**Introducción:** El pseudolinfoma cutáneo es un grupo heterogéneo de procesos linfoproliferativos reactivos benignos de células T o B, con etiologías diversas, y en los cuales los infiltrados linfoides pueden ocasionalmente simular un linfoma (1,2). Tradicionalmente se dividen en pseudolinfomas de células T y de células B, de acuerdo con sus características histológicas e inmunofenotípicas (1).

**Objetivo:** Caracterizar a los pseudolinfomas revisados en el Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de acuerdo con los hallazgos histológicos, inmunofenotípicos y clínicos.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, prolectivo y transversal, en el que se revisaron los reportes histopatológicos de pseudolinfomas; con CD3, CD4, CD8, CD20, CD21, CD1a, Bcl-2, Bcl-6 y Ki 67; y/o con bloque de parafina con tejido viable, y se obtuvieron datos clínicos completos. Se identificó la localización histológica del infiltrado linfoide, distribución, formación de folículos linfoides, infiltrado asociado, y la presencia de macrófagos con cuerpos teñibles. Se clasificaron utilizando la clasificación de Rijlaarsdam & Willemze.

**Resultados:** De los 26 casos estudiados, 8 fueron hombres (30.7 %), 18 mujeres (69.23 %); en un rango de edad de 7 a 70 años. 23 casos se presentaron en cabeza, 1 en cuello, y 3 en extremidades superiores. Se identificaron 5 casos con un patrón de infiltrado dérmico difuso, 13 dérmicos nodulares, 1 dérmico e hipodérmico nodular, 6 dérmicos difusos y nodulares; y 1 dérmico e hipodérmico difuso y nodular. En 6 (23.07 %) el infiltrado se localizó en dermis reticular superficial, en 4 (15.38 %) hasta dermis reticular media, en 10 (38.46 %) hasta dermis reticular profunda, y en 6 (23.07 %) hasta hipodermis. En 18 (69.23 %) se identificaron folículos linfoides; y 6 (23.07 %) con macrófagos con cuerpos teñibles. 26 casos (100 %) fueron positivos para CD3, 18 casos (69.23 %) fueron positivos para CD4, 24 casos (92.3 %) fueron positivos para CD8, 26 casos (100 %) fueron positivos para CD20, 15 casos (57.69 %) fueron positivos para CD21, 8 casos (30.76 %) fueron positivos para CD1a, 24 casos (92.3 %) fueron positivos para Bcl-2, 9 casos (34.61 %) fueron positivos para Bcl-6; y el índice de proliferación celular medido por Ki 67, fue de más del 50 % en 5 casos (19.23 %), y de menos del 50 % en 21 casos (80.76 %).

**Conclusión:** Los pseudolinfomas abarcan una variedad amplia de patologías, con presentación tanto clínica, etiológica, histológica e inmunofenotípica diversa; en cuyo abordaje debe incluirse siempre el estudio histopatológico para la orientación etiológica y descartar la presencia de linfomas. Un panel básico como el realizado en este estudio, es de utilidad para clasificar los infiltrados linfoides reactivos en B o T, y para orientar en algunos casos la etiología de los mismos.

**Palabras clave:** pseudolinfoma, linfocitoma cutis, hiperplasia linfoide, foliculitis pseudolinfomatosa.

<sup>1</sup>Médico Residente de Segundo año de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Ciudad de México.

<sup>2</sup>Jefe del Servicio de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Ciudad de México.

<sup>3</sup>Adscrito al Servicio de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Ciudad de México.

<sup>4</sup>Histotecnólogo de la División de Anatomía Patológica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Ciudad de México.

Correspondencia a: Miren Lorea Cárdenas Hernández, Servicio de Dermatopatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, 14080, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: mirenloreach@gmail.com

## Introducción

Los pseudolinfomas cutáneos se refieren a un grupo heterogéneo de procesos linfoproliferativos reactivos benignos de células T o B, con etiologías diversas, y en los cuales los infiltrados linfoides son muy densos (1,2). La principal preocupación en este tipo de casos, es el diagnóstico diferencial histológico con linfoma, más que la progresión misma de la lesión a un linfoma (1).

Algunos pseudolinfomas pueden presentarse clínicamente como pápulas, placas infiltradas, o nódulos; que pueden ser indistinguibles de un linfoma cutáneo (1).

El principal hallazgo para diferenciar un pseudolinfoma de otros infiltrados inflamatorios celulares reactivos benignos en piel, es la presencia de un número variable de linfocitos de tamaño mediano o grande, los cuales pueden ser atípicos (1, 2, 3, 4).

Los pseudolinfomas cutáneos tradicionalmente se dividen en pseudolinfomas de células T y de células B, de acuerdo con sus características histológicas (1). La mayoría de los pseudolinfomas, consisten de mezclas de células B y T, además de células inflamatorias como macrófagos, neutrófilos y eosinófilos, células dendríticas, y solo algunos tipos están conformados en su totalidad por células T (pseudolinfomas cutáneos clonales de células T) (1).

Basado en la presentación clínica y/o histológica, pueden distinguirse 4 principales grupos de pseudolinfomas cutáneos: 1) pseudolinfoma nodular, 2) pseudo- micosis fungoides, 3) otros pseudolinfomas (representan entidades clínicas específicas), y 4) pseudolinfoma intravascular (1).

El pseudolinfoma nodular representa una de las formas más comunes de pseudolinfoma. Se caracteriza por lesiones nodulares solitarias o múltiples, que simulan linfomas cutáneos de células T o B, clínica y/o histológicamente. Puede clasificarse de acuerdo con el predominio del infiltrado en pseudolinfoma nodular de células T, B o mixto (células B y T) (1). El pseudolinfoma de tipo pseudo-micosis fungoides se refiere a lesiones habitualmente producidas por fármacos, que histológicamente presentan un infiltrado en banda en dermis superficial de linfocitos pequeños y reactivos, así como epidermotropismo (5).

Hasta la fecha, existen muchas clasificaciones de pseudolinfomas cutáneos. Una de las más claras y más frecuentemente usada es la de Rijlaarsdam & Willemze basada en criterios clínicos y morfológicos (6).

El pseudolinfoma cutáneo de células B, también llamado linfocitoma cutis o hiperplasia cutánea linfoide; puede presentarse como un nódulo localizado (solitario) de hasta 4 cm; y hasta un tercio de los pacientes desarrollan lesiones múltiples (generalizada, agminada o miliar) (7). Histológicamente se caracteriza por un infiltrado nodular denso, localizado en dermis reticular y tejido celular subcutáneo; compuesto predominantemente por linfocitos B pequeños (CD20+, PAX-5+, CD19+, CD79a+, CD23-, CD5-, CD43-), con núcleos de cromatina densa, y formación de centros germinales reactivos (Bcl-6+, CD21+, Ki-67 elevado, Bcl-2) y macrófagos con cuerpos teñibles (CD68+). Entremezcladas pueden encontrarse algunas células plasmáticas (CD79a+, CD138+, sin restricción de cadenas ligeras), eosinófilos y componente granulomatoso. En la mayoría de los pseudolinfomas cutáneos de células B, pueden encontrarse células dendríticas plasmocitoides (CD123+); además de una cantidad variable de células T (CD3+, CD4+, CD8+) en <30 % del infiltrado (7, 8). Los diagnósticos diferenciales del pseudolinfoma de células B incluyen principalmente al Linfoma Cutáneo Primario de la Zona Marginal, y el Linfoma Cutáneo Primario Centrofolicular (7).

Un subtipo relativamente común de los pseudolinfomas que demuestra folículos reactivos de células B, se ha llamado pseudolinfoma con patrón de crecimiento folicular, linfocitoma

cutis, linfadenosis benigna cutis, linfoplasia cutánea, y pseudolinfoma de Spiegler-Fendt (1). Una distinción clara de pseudolinfoma con patrón de crecimiento folicular del linfoma centrofolicular, puede ser difícil. La ausencia de la zona del manto, pérdida de la polaridad de las células del centro germinal, y confluencia de los folículos linfoides, se consideran hallazgos sugestivos de linfoma centrofolicular (9). La presencia de macrófagos con cuerpos teñibles o tingibles, células dendríticas foliculares CD21+ distribuidas de forma uniforme, así como Bcl-2 negativo, apoyan el diagnóstico de un pseudolinfoma con patrón folicular de crecimiento (9, 10). La presencia de eosinófilos y granulomas de células epitelioides, favorecen el diagnóstico de pseudolinfoma, ya que en pocas ocasiones se observan en linfoma cutáneo de células B (11). La ausencia de clonalidad de células plasmáticas, demostrada por inmunomarcación para cadenas ligeras policlonales  $\kappa$  (K) y  $\lambda$  (L), y receptor de células T negativo, apoyan el diagnóstico de pseudolinfoma (9, 10). Algunos pseudolinfomas pueden presentar hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares que se sobreponen con los de linfoma (1). Las características que muestran una mayor sobreposición, son la ausencia de zona del manto, pérdida de la polaridad de las células de centros germinales, y la confluencia de los folículos linfoides (1). Las que se encuentran con menor frecuencia en sobreposición, son agregados interfoliculares de linfocitos CD10+ y/o Bcl-6+, y rearrreglos del gen IgH (9).

Otra variante del pseudolinfoma se caracteriza por infiltrados mixtos de células T y B entremezcladas con abundantes histiocitos, algunos agregados de histiocitos CD68+, y ocasionalmente granulomas de células epitelioides pequeñas (12). La reacción granulomatosa es rara en linfomas cutáneos, considerando que una reacción granulomatosa prominente (> 25 % del total del infiltrado dérmico) se ha encontrado hasta en el 1.8 % de los pacientes con linfoma cutáneo T o B (13). Un componente histiocítico importante se ha encontrado con mayor frecuencia en linfoma cutáneo nodular pseudo-T, y rara vez en linfomas cutáneos pleomórficos de células T (14), en los que los histiocitos pueden encontrarse muy cerca entre ellos, o formando células gigantes multinucleadas (15). La hiperplasia cutánea linfoide frecuentemente contiene abundantes células reactivas de linaje histiocítico, como células de Langerhans, células dendríticas dérmicas, y macrófagos (16).

El pseudolinfoma inducido por inmunizaciones se caracteriza por un componente histiocítico importante y una proliferación folicular reactiva de células B. Los histiocitos pueden encontrarse de forma individual o en agregados, con un citoplasma eosinofílico granular abundante que representa depósitos de aluminio secundarios a las soluciones de las vacunas (17). Por sí misma, la presencia de numerosos histiocitos no distingue entre el pseudolinfoma y linfoma cutáneo, sin embargo la presencia de agregados de histiocitos CD68+ o granulomas epitelioides, así como histiocitos con citoplasma eosinofílico granular, son criterios más específicos para la diferenciación de estas dos entidades (17).

El pseudolinfoma asociado a hipersensibilidad a artrópodos, se caracteriza por la presencia de numerosos eosinófilos. El diagnóstico diferencial con linfoma cutáneo se dificulta cuando no existe un antecedente claro de exposición a artrópodos; o cuando histológicamente se encuentran linfocitos medianos a grandes, o linfocitos tipo blastos (18).

La foliculitis pseudolinfomatosa es una entidad relativamente reciente, la cual se presenta habitualmente como una lesión nodular solitaria en la cara, la cual se autolimita y remite espontáneamente secundario a la toma de biopsia (19). Histológicamente se presenta como un infiltrado linfoide denso en dermis y tejido celular subcutáneo, entremezclado con abundantes linfocitos atípicos, con infiltración del epitelio del folículo piloso. Mediante inmunohistoquímica, se observa un predominio de células T o B, y todas las lesiones muestran un aumento en el número de células dendríticas perifoliculares asociadas a células T, frecuentemente en agregados que expresan proteína S-100 y CD1a. La llamada

“activación del folículo piloso” es considerada una característica distintiva de esta variante de pseudolinfoma (19).

El linfoma de la zona marginal es una entidad que frecuentemente es confundida con infiltrados linfoides B no neoplásicos o reactivos. Los factores más importantes para hacer la diferenciación entre estas dos entidades, son la presencia de células de la zona marginal o mantos de células plasmáticas, con una relación células B/T de 3:1 o mayor, y células plasmáticas monotípicas (20).

Algunos pseudolinfomas están compuestos en su mayoría por linfocitos T, los cuales pueden ser grandes, con núcleos cerebriformes, hipercromáticos, además de mezclas con moderados histiocitos, macrófagos, células plasmáticas, y algunos eosinófilos. La autorregresión de pseudolinfomas de células T, se ha encontrado en relación con suspensión de desencadenantes, como fármacos, o tras el tratamiento con esteroides tópicos o intralesionales; o espontáneamente en casos clasificados como idiopáticos (21). El pseudolinfoma cutáneo de células T histológicamente presenta un patrón nodular y en banda. El nodular se caracteriza por un infiltrado celular mixto con células T blásticas, y linfocitos con núcleos medianos o grandes cerebriformes, entremezclados con linfocitos reactivos pequeños e histiocitos (15, 21).

La extensión de la utilización de anticuerpos monoclonales como marcadores linfocíticos, el desarrollo de técnicas moleculares para la determinación de clonalidad en trastornos linfoproliferativos, y los avances en los sistemas de clasificación de linfomas cutáneos, ha mejorado la capacidad para diferenciar pseudolinfomas de linfomas cutáneos. Ningún criterio clínico, histológico, inmunohistoquímico, ni molecular es absoluto para el diagnóstico de pseudolinfoma, sino que es necesaria una constelación de hallazgos (1).

El análisis histológico representa un papel crucial en el abordaje diagnóstico de los pseudolinfomas cutáneos. Pueden distinguirse diferentes patrones del infiltrado (nodular, epidermotropo), el tamaño de los linfocitos (pequeños, ocasionalmente medianos o grandes), y el inmunofenotipo (células T o células B) (7).

Los estudios moleculares para clonalidad (aunque la presencia de clonalidad no necesariamente indica la presencia de un linfoma) y agentes infecciosos (ej. *Borrelia burgdorferi*), son auxiliares para el diagnóstico (7).

El abordaje diagnóstico incluye: antecedentes médicos (exposición a artrópodos, alérgenos, material exógeno, fármacos), y exploración física (búsqueda de adenopatías). Puede agregarse el estudio de sangre periférica (biometría hemática, y serología para *Borrelia burgdorferi*, sífilis, VIH) (1).

El presente estudio se realizó con el objetivo de caracterizar a los pseudolinfomas revisados en el Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de acuerdo con los hallazgos histológicos, inmunofenotípicos y clínicos; identificar los tipos más frecuentes y las características demográficas de los pacientes con pseudolinfomas.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, prolectivo y transversal, en el que se revisaron todos los reportes histopatológicos utilizando los siguientes términos: “pseudolinfoma”, “linfocitoma”, “linfocitoma cutis”, “foliculitis pseudolinfomatosa”, “cuerpos teñibles”, “cuerpos tingibles” e “hiperplasia linfoide cutánea” en el archivo electrónico File Maker del Departamento de Dermatopatología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del 01 de enero del año 2000, al 31 de diciembre del 2017.

Se encontraron 35 casos, de los cuales solo 26 contaron con inmunohistoquímica en laminillas que incluyera CD3, CD4, CD8, CD20, CD21, CD1a, Bcl-2, Bcl-6 y Ki 67; y/o bloque de parafina con tejido viable para la realización de mismo panel de inmunohistoquímica; así como datos clínicos completos, que incluyeron edad, sexo, topografía y morfología de la dermatosis, y tiempo de evolución.

De cada caso por medio de microscopia de luz en el corte teñido con hematoxilina y eosina, se identificó la localización histológica del infiltrado linfoide y se expresó como variable cualitativa nominal (epidermis, dermis, hipodermis); la distribución del infiltrado la cual se expresó como variable cualitativa nominal (epidermotropismo, dérmico nodular, dérmico difuso, hipodérmico nodular, hipodérmico difuso, hipodérmico septal, hipodérmico lobulillar, perianexial, perifolicular o folicular), la formación de folículos linfoides que se expresó como variable cualitativa dicotómica (Sí/No), el tipo de infiltrado asociado el cual se expresó como variable cualitativa nominal (histiocitos, granulomas epitelioides, células gigantes multinucleadas, linfocitos, eosinófilos, células plasmáticas y células dendríticas foliculares); así como la presencia o ausencia de macrófagos con cuerpos teñibles que se expresó como variable cualitativa dicotómica (Sí/No).

De los 26 casos referidos, se completó panel de inmunohistoquímica con el tejido de los bloques de parafina disponibles, el cual fue realizado en la División de Anatomía Patológica por un mismo histotecnólogo, e incluyó: CD3, CD4, CD8, CD20, CD21, CD1a, Bcl-2, Bcl-6 y Ki 67; y del que se reportó localización de las células marcadas, relación entre células B y T, y presencia de células de Langerhans CD1a positivas.

Se clasificaron los casos de acuerdo con criterios clínicos, histológicos e inmunofenotípicos, utilizando la clasificación de Rijlaarsdam & Willemze (6, 14):

- (1) Pseudolinfomas cutáneos T
  - (a) Infiltrado en banda
    - (i) Erupción linfomatoide por fármacos
    - (ii) Dermatitis por contacto linfomatoide
    - (iii) Reticuloide actínico
    - (iv) Escabiasis nodular
    - (v) Idiopáticos
    - (vi) Pseudolinfomas cutáneos clonales de células T
  - (b) Infiltrado nodular
    - (i) Inducido por fármacos
    - (ii) Nódulos persistentes tras picaduras de insectos
    - (iii) Escabiasis nodular
- (2) Pseudolinfomas cutáneos B (con infiltrado nodular)
  - (a) Linfocitoma cutáneo por *Borrelia burgdorferi*
  - (b) Linfocitoma cutáneo por inmunizaciones
  - (c) Linfocitoma cutáneo por tatuaje
  - (d) Linfocitoma cutáneo tras Herpes zóster
  - (e) Idiopáticos
  - (f) Pseudolinfomas cutáneos clonales de células B

## Resultados

De los 26 casos estudiados, 8 fueron hombres (30.7 %), 18 mujeres (69.23 %); en un rango de edad de 7 a 70 años, con un promedio de 41 años.

En cuanto a la topografía de las lesiones considerando que algunos casos presentaron lesiones múltiples en diferentes topografías, 23 se presentaron en cabeza; de esta 1 en pabellón auricular, 5 en piel cabelluda, 2 en región retroauricular, 19 en cara; de esta 3 en región malar, 2 en párpados, 2 en región frontal, 6 en mejillas, 8 en nariz, 2 en mentón y 1 en cigomático, 1 en cuello, y 3 en extremidades superiores; de estas 1 en brazo y 2 en manos.

En cuanto a la presentación clínica de las lesiones, en 1 caso no fue referida, 5 se describieron como neoformaciones en forma de placa, 3 como neoformaciones de aspecto papular, 2 como neoformaciones maculares eritematosas, 4 como neoformaciones

nodulares infiltradas, 1 como neoformación subcutánea, 2 como neoformaciones translúcidas ovoides y 1 como alopecia difusa (**Tabla 1**).

En cuanto a los diagnósticos histológicos en los reportes del archivo clínico, se encontraron 4 pseudolinfomas de los cuales 2 se reportaron indistintamente con el diagnóstico de linfocitoma, 7 linfocitomas, 1 infiltrado linfoide atípico, 3 infiltrados linfoides nodulares, 1 hiperplasia linfoide folicular, 1 foliculitis pseudolinfomatosa, 1 infiltrado dérmico mixto superficial y profundo con folículos linfoides, y 6 como infiltrados linfoides varios (que incluyeron: infiltrado linfoide dérmico superficial y medio, infiltrado linfocitario perivascular y perianexial superficial y media, infiltrado linfoide mixto con compromiso folicular, dermatitis perivascular superficial e intersticial por linfocitos, infiltrado linfoide mixto con células poligonales, e infiltrado linfoide mixto e hiperplasia linfoide nodular focal).

De los resultados histológicos, se identificaron 5 casos con un patrón de infiltrado dérmico difuso, de estos 1 con epidermotropismo; 13 dérmicos nodulares, 1 dérmico e hipodérmico nodular, 6 dérmicos difusos y nodulares; y 1 dérmico e hipodérmico difuso y nodular.

En cuanto a la topografía histológica del infiltrado, en 6 casos (23.07 %) se localizó en dermis reticular superficial, en 4 casos (15.38 %) hasta dermis reticular media, en 10 casos (38.46 %) hasta dermis reticular profunda, y en 6 (23.07 %) hasta hipodermis.

En 18 (69.23 %) casos de los 26, se identificó la formación de folículos linfoides; y solo 6 (23.07 %) casos con presencia de macrófagos con cuerpo teñibles.

En cuanto a las células inflamatorias asociadas al infiltrado linfoide, en 17 casos (65.38 %) se identificaron solo histiocitos, en 5 casos (19.23 %) se identificaron eosinófilos, en 7 casos (26.92 %) se identificaron células plasmáticas, en 2 casos (7.69 %) se identificaron neutrófilos, y solo en 1 caso (3.84 %) células gigantes multinucleadas (**Tabla 2**).

En relación a la inmunohistoquímica, los 26 casos (100 %) fueron positivos para CD3, de estos 10 (38.46 %) presentaron positividad en los folículos linfoides identificados, 2 (7.69 %) rodeando a los folículos linfoides, 7 (26.92 %) en el infiltrado difuso y en los folículos linfoides; y 7 (26.92 %) únicamente en el infiltrado difuso.

18 casos (69.23 %) fueron positivos y 8 (30.76 %) negativos para CD4. De los positivos, 8 (44.44 %) presentaron positividad débil en linfocitos en folículos linfoides (con expresión menor que CD3); 7 (38.88 %) presentaron positividad difusa débil (solo 1 presentó expresión más intensa que CD3); y 3 (16.66 %) con positividad focal débil.

24 casos (92.3 %) fueron positivos y 2 (7.69 %) negativos para CD8. De los positivos, 14 (58.33 %) presentaron positividad débil en folículos linfoides (con expresión mayor que CD4 y menor que CD3); 9 (37.5 %) presentaron positividad difusa o multifocal débil (con expresión mayor que CD4 y menor que CD3); y 2 (8.33 %) con positividad focal débil.

26 casos (100 %) fueron positivos para CD20. De estos, 18 (69.23 %) presentaron positividad en los folículos linfoides (11 con expresión intensa); 7 (26.92 %) presentaron positividad difusa (2 con expresión igual o mayor que CD3); y 1 (3.84 %) con expresión débil focal.

15 casos (57.69 %) fueron positivos y 12 (46.15 %) negativos para CD21. De los positivos, 11 (73.33 %) presentaron positividad en los folículos linfoides con expresión variable; y 4 (26.66 %) presentaron positividad focal débil.

8 casos (30.76 %) fueron positivos y 18 (69.23 %) negativos para CD1a. De los positivos, 3 (37.5 %) presentaron positividad en la zona periférica o dentro de los folículos linfoides; y 5 (62.5 %) positividad multifocal o difusa débil en células dendríticas.

24 casos (92.3 %) fueron positivos y 2 (7.69 %) negativos para Bcl-2. De los positivos, 14 (58.33 %) presentaron positividad con expresión variable en los folículos linfoides; 5 (20.83 %) presentaron positividad difusa y en folículos linfoides, con expresión variable; 4 (16.66 %) presentaron positividad difusa con expresión variable; y 1 (4.16 %) fue no valorable por perderse el infiltrado linfoide en los rebajes del tejido para las inmunohistoquímicas.

9 casos (34.61 %) fueron positivos y 17 (65.38 %) negativos para Bcl-6. De los positivos, 6 (66.66 %) presentaron positividad débil en folículos linfoides; y 3 (33.33 %) presentaron positividad débil en aisladas células.

El índice de proliferación celular medido por Ki 67, fue de más del 50 % en 5 casos (19.23 %), y de menos del 50 % en 21 casos (80.76 %) (**Tabla 3**).

## **Discusión**

En este trabajo los 26 casos pudieron caracterizarse como pseudolinfomas, de los cuales 24 presentaron un inmunofenotipo T (Pseudolinfomas cutáneos T), y solo 2 con un inmunofenotipo B (Pseudolinfomas cutáneos B); ninguno cumplió criterios para considerarse linfoma (**Tabla 4**).

En cuanto a la distribución de los infiltrados linfoides, a diferencia de lo reportado por Arai y colaboradores en 2005 quienes identificaron 3 patrones histológicos: difuso, en parches y en banda (8); en nuestros casos predominó el patrón nodular, seguido del difuso, con ninguno descrito como en banda o en parches. Bakels y colaboradores en 1997, describieron 3 diferentes patrones histológicos, que incluyeron el patrón en banda, nodular y difuso; siendo estos últimos dos los que se identificaron en nuestros casos. Respecto de la presentación clínica, 16 de nuestros casos presentaron lesiones únicas o solitarias, 8 con lesiones múltiples y 1 referido como alopecia difusa; datos que correlacionan con lo descrito por los mismos autores, en los que dentro del grupo de pseudolinfomas predomina la presentación con lesiones únicas o solitarias (6). De los 11 pseudolinfomas que reportaron, el 100 % presentó un inmunofenotipo cooperador (CD2+, CD3+, CD4+, CD5+ y CD8-) (6), inmunofenotipo que no se encontró en ninguno de nuestros casos.

En este trabajo, solo se identificaron 2 casos con predominio de infiltrado linfoide B, y de estos uno con positividad para CD21 y Bcl-6, sugestivo de pseudolinfoma cutáneo B (linfocitoma cutis o hiperplasia linfoide cutánea), probablemente idiopático ya que en los datos clínicos no se hace referencia a exposición a garrapatas (infección por *Borrelia burgdorferi*), inmunizaciones recientes, tatuajes o brote de herpes zoster. Los diagnósticos diferenciales histológicos de los pseudolinfomas de células B incluyen al linfoma cutáneo primario de la zona marginal, y al linfoma cutáneo primario centrofolicular (7, 8).

Veinticuatro de nuestros casos se clasificaron como infiltrados linfoides de predominio T, que pueden clasificarse como pseudolinfomas cutáneos T, la mayoría con infiltrado con distribución únicamente nodular (14 casos, 58.33 %), los cuales pueden encontrarse en relación a fármacos, persistencia de nódulos tras picaduras de insectos o a escabiasis nodular (6); sin embargo, estos antecedentes no fueron referidos en los antecedentes clínicos. Ninguno de nuestros pseudolinfomas T presentó un patrón de infiltración en banda. En un caso se identificó la presencia de células gigantes multinucleadas, las cuales pueden encontrarse en infiltrados mixtos de células T y B entremezcladas con abundantes histiocitos. Este hallazgo puede asociarse con linfoma en aquellos casos con reacción granulomatosa en > 25 % del infiltrado dérmico, el cual no se encontró en este caso (12, 13). En el caso de los infiltrados linfoides con gran cantidad de histiocitos asociados (17 casos, 65.38 %), pueden presentarse en las hiperplasias linfoides cutáneas, que pueden contener abundantes células reactivas de linaje histiocítico, como células de Langerhans, células dendríticas dérmicas, y macrófagos (16).

Un componente histiocítico importante puede encontrarse en el linfoma cutáneo nodular pseudo-T, y en ocasiones en linfomas cutáneos pleomórficos de células T (14, 15).

En 5 casos, se encontró un infiltrado asociado por eosinófilos, el cual puede relacionarse al pseudolinfoma asociado a hipersensibilidad a artrópodos, cuyo diagnóstico diferencial histológico debe realizarse con linfoma cutáneo cuando no existe un antecedente claro de picadura por artrópodos, o cuando hay evidencia de linfocitos medianos, grandes, o blastos (18). En los casos encontrados con infiltrado por eosinófilos, si bien no se encontró referido

el antecedente de exposición a artrópodos en el expediente clínico, no hubo evidencia histológica de linfocitos atípicos grandes ni blastos que apoyaran el diagnóstico de linfoma cutáneo.

Ocho casos presentaron infiltrados linfoides T y B de manera indistinta, hasta dermis reticular profunda e hipodermis, con células dendríticas CD1a positivas asociadas a linfocitos T, con lesiones en cara en la mayoría de los casos; hallazgos que pueden encontrarse en las foliculitis pseudolinfomatosas (19).

### **Conclusión**

En este estudio se unificó la nomenclatura de los pseudolinfomas estudiados para homogeneizar los diagnósticos histológicos en el archivo clínico del Departamento de Dermatopatología, y facilitar el abordaje, así como la búsqueda de los casos en el archivo electrónico.

Se considera que el abordaje de este tipo de lesiones tiene como mayor implicación clínica y práctica la diferenciación con infiltrados linfoides malignos (linfomas), y que aun cuando existen otros estudios de inmunohistoquímica útiles y específicos de algunos subtipos de pseudolinfomas, un panel básico como el realizado en este estudio, es de suficiente utilidad para clasificar de forma sencilla los infiltrados linfoides en reactivos, ya sean B o T, y para orientar en algunos casos la etiología de los mismos.

### **Referencias**

1. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous pseudolymphoma: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. Elsevier. 2010;28:568-574.
2. Nihal M, Mikkola D, Horvath N, Gilliam AC, Stevens SR, Spiro TP, Cooper KD, Wood GS. Cutaneous lymphoid hyperplasia: a lymphoproliferative continuum with lymphomatous potential. *Hum Pathol* 2003;34:617-22.
3. LeBoit PE. Cutaneous lymphocytic infiltrates. *Am J Dermatopathol* 2005;27:182-4.
4. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood* 2005;105:3768-85.
5. Álvarez-Ruiz S, Delgado Y, Aragües M, Fraga J, Sánchez-Pérez J, Fernández-Herrera J. Mycosis fungoides- type eruptions induced by carbamazepine. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:43-7.
6. Bakels V, van Oostveen JW, van der Putte S, Meijer C, Willemze R. Immunophenotyping and Gene Rearrangement Analysis Provide Additional Criteria to Differentiate between Cutaneous T-Cell Lymphomas and Pseudo-T-Cell Lymphomas. *Am J Pathol* 1997;150:1941-1949.
7. Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous Pseudolymphoma. *Surg Path Clin*. 2017;10(2):455-476.
8. 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. *Human Pathology* 2005;36:505-511.
9. Leinweber B, Colli C, Chott A, Kerl H, Cerroni L. Differential diagnosis of cutaneous infiltrates of B lymphocytes with follicular growth pattern. *Am J Dermatopathol* 2004;26:4-13.
10. Burg G, Kempf W, Kazakov DV. Cutaneous pseudolymphomas. In: Burg G, Kempf W, editors. *Cutaneous lymphomas*. London, UK: Taylor & Francis; 2005. p. 317-50.
11. Rijlaarsdam JU, Meijer CJ, Willemze R. Differentiation between lymphadenosis benigna cutis and primary cutaneous follicular center cell lymphomas. A comparative clinicopathologic study of 57 patients. *Cancer* 1990;65:2301-6.

12. Bergman R, Khamaysi Z, Sahar D, Ben-Arieh Y. Cutaneous lymphoid hyperplasia presenting as a solitary facial nodule. Clinical, histopathological, immunophenotypical, and molecular studies. *Arch Dermatol* 2006;142:1561-6.
13. Scarabello A, Leinweber B, Ardigó M, Rütten A, Feller AC, Kerl H, Cerroni L. Cutaneous lymphomas with prominent granulomatous reaction. *Am J Surg Pathol* 2002;26: 1259-68.
14. Rijlaarsdam JU, Willemze R. Cutaneous pseudo-T-cell lymphomas. *Semin Diagn Pathol* 1991;18:102-3.
15. Rijlaarsdam JU, Scheffer ET, Meijer CJLM, Willemze R. Cutaneous pseudo-T- cell lymphomas. A clinicopathologic study of 20 patients. *Cancer* 1992;69:717-24.
16. Carbonnelle A, Martín García N, Ortonne N, Laroche L, Bagot M, Molinier-Frenkel V, Wechsler J. Study of the reactive dendritic cells in small B-cell lymphoproliferations of the skin. *Virchows Arch* 2007;450:441-7.
17. Cerroni L, Borroni RG, Massone C, Chott A, Kerl H. Cutaneous B-cell pseudolymphoma at the site of vaccination. *Am J Dermatopathol* 2007;29:538-42.
18. Ploysangam T, Breneman DL, Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:877-95.
19. McNutt NS. Cutaneous lymphoid infiltrates simulating malignant lymphoma. In: Murphy GF, Mihm MC, editors. *Lymphoproliferative disorders of the skin*. Boston: Butterworths; 1986. p. 256-85.

| Caso | Sexo (M/H) | Edad (años) | Topografía                                 | Morfología              | Diagnóstico clínico de envío                    |
|------|------------|-------------|--|-------------------------|---|
| 1    | M          | 69          | Frontal                                    | No referida             | Linf. en piel cabelluda                         |
| 2    | M          | 7           | Región malar                               | N. en placa             | LC  |
| 3    | M          | 32          | Párpados superiores                        | Ns. en placa            | Siringomas vs verrugas planas                   |
| 4    | M          | 53          | Mejilla izquierda                          | N. en placa             | Linf. vs TA vs DF                               |
| 5    | H          | 40          | Mejilla derecha                            | N. macular              | Linfoma   |
| 6    | M          | 34          | Párpados superiores                        | Ns. papulares           | LP vs Linf.                                     |
| 7    | H          | 34          | Cigomático, nariz, piel cabelluda, manos   | Ns. en placa            | Sar. vs LES                                     |
| 8    | M          | 42          | Mejilla derecha                            | N. papular              | LC vs GF  |
| 9    | H          | 44          | Malar izquierdo                            | Ns. en placa            | Angioqueratoma                                  |
| 10   | H          | 60          | Nariz, mejillas                            | Ns. nodulares           | HC vs MC vs Rinofima                            |
| 11   | M          | 32          | Nariz                                      | N. macular              | Hemangioma vs Linf.                             |
| 12   | H          | 70          | Mejillas, nariz, mentón                    | Ns. en placa            | Linfoma centrofolicular vs lepra lepromatosa    |
| 13   | M          | 11          | Mejilla izquierda                          | N. nodular              | HLC vs XJ                                       |
| 14   | H          | 29          | Nariz                                      | N. nodular              | LC vs GF vs Sar.                                |
| 15   | M          | 49          | Piel cabelluda retroauricular              | N. nodular              | NID vs QS vs TA                                 |
| 16   | H          | 45          | Nariz                                      | N. nodular              | RG vs linfoma centrofacial vs CCM               |
| 17   | M          | 40          | Mentón                                     | N. nodular              | LC  |
| 18   | M          | 42          | Espalda                                    | N. subcutánea           | QE  |
| 19   | M          | 35          | Nariz                                      | Ns. traslúcidas ovoides | HC vs TA  |
| 20   | M          | 35          | Nariz                                      | Ns. traslúcidas ovoides | HC  |
| 21   | M          | 36          | Cuello                                     | N. nodular              | Angioleiomioma vs SK                            |
| 22   | M          | 69          | Retroauricular izquierda, pulgar izquierdo | N. nodular              | LiC vs infiltración cutánea de linfoma primario |
| 23   | M          | 57          | Brazo derecho                              | N. nodular              | Neuroma vs TA                                   |
| 24   | M          | 48          | Piel cabelluda frontal y parietal          | Alopecia difusa         | Liquen plano pilar                              |
| 25   | M          | 37          | Piel cabelluda temporal                    | N. en placa             | Granuloma a cuerpo extraño                      |
| 26   | H          | 19          | Región frontal                             | N. nodular              | QE vs Lipoma                                    |

**Tabla 1.** Datos epidemiológicos y clínicos (N.= neoformación, Ns.= neoformaciones, Linf.= linfocitoma, LC= linfocitoma cutis, LiC= linfoma cutáneo, TA= tumor de anexos, DF= dermatofibroma, LP= liquen plano, GF= granuloma facial, HC= hidrocistoma, MC= millium coloide, HLC= hiperplasia linfoide cutánea, Sar.= sarcoidosis, NID= nevo melanocítico intradérmico, QS= queratosis seborreica, RG= reacción granulomatosa, CCM= carcinoma de células de Merkel, QE= quiste epidermoide, SK= sarcoma de Kaposi, XJ= xantogranuloma juvenil, LES= lupus eritematoso sistémico).

| Caso | Topografía del infiltrado | Distribución del infiltrado    | Folículos linfoides (Sí/No) | Infiltrado inflamatorio asociado | Macrófagos con cuerpos teñibles (Sí/No) |
|------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|
| 1    | DRS a H                   | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 2    | DRP                       | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 3    | DRS                       | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 4    | DRP                       | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 5    | DRS a DRP                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 6    | DRS                       | D. difuso con epidermotropismo | No                          | Lin, His                         | No                                      |
| 7    | DRS a DRP                 | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His, Neu, CP                | Sí                                      |
| 8    | DRS a H                   | D. difuso                      | No                          | Lin, His                         | No                                      |
| 9    | DP a DRP                  | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 10   | DRS                       | D. nodular                     | No                          | Lin, His                         | No                                      |
| 11   | DRM a H                   | D. difuso                      | No                          | Lin, His                         | No                                      |
| 12   | DRS a DRP                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His, Eos                    | Sí                                      |
| 13   | DP a H                    | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His, CP, CGMN               | No                                      |
| 14   | DRS a DRP                 | D. difuso                      | No                          | Lin, His, CP                     | No                                      |
| 15   | DRS a H                   | D. e H. nodular y difuso       | No                          | Lin, His                         | Sí                                      |
| 16   | DRS a DRM                 | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His, CP, Eos, Neu           | No                                      |
| 17   | DRS a DRP                 | D. nodular y difuso            | Sí                          | Lin, His, CP, Eos                | No                                      |
| 18   | DRS a H                   | D. e H. nodular                | Sí                          | Lin, His                         | Sí                                      |
| 19   | DP a DRM                  | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 20   | DRS                       | D. difuso                      | No                          | Lin, His                         | No                                      |
| 21   | DRS                       | D. difuso                      | No                          | Lin, His, CP                     | No                                      |
| 22   | DRS a DRP                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 23   | DRS a DRM                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His, CP, Eos                | Sí                                      |
| 24   | DRS a DRM                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 25   | DRS                       | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His                         | No                                      |
| 26   | DRS a DRP                 | D. nodular                     | Sí                          | Lin, His, Eos                    | Sí                                      |

**Tabla 2.** Datos histopatológicos (DP= dermis papilar, DRS= dermis reticular superficial, DRM= dermis reticular media, DRP= dermis reticular profunda, Hip= hipodermis, D= dérmico, H= hipodérmico, Lin= linfocitos, His= histiocitos, CP= células plasmáticas, Eos= eosinófilos, Neu= neutrófilos, CGMN= células gigantes multinucleadas).

| Caso | CD3<br>(+/-) | CD4<br>(+/-) | CD8<br>(+/-) | CD20<br>(+/-) | CD21<br>(+/-) | CD1a<br>(+/-) | Bcl-2<br>(+/-) | Bcl-6<br>(+/-) | Ki 67<br>(<50 %/ >50 %) |
|------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|-------------------------|
| 1    | +            | -            | -            | +             | +             | -             | +              | +              | <50 %                   |
| 2    | +            | -            | +            | +             | +             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 3    | +            | -            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 4    | +            | +            | +            | +             | -             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 5    | +            | -            | +            | +             | +             | +             | +              | +              | <50 %                   |
| 6    | +            | +            | +            | +             | +             | +             | +              | +              | <50 %                   |
| 7    | +            | +            | +            | +             | +             | +             | +              | +              | >50 %                   |
| 8    | +            | +            | +            | +             | -             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 9    | +            | -            | +            | +             | -             | -             | +              | +              | >50 %                   |
| 10   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 11   | +            | +            | +            | +             | +             | -             | -              | -              | <50 %                   |
| 12   | +            | +            | +            | +             | +             | -             | +              | +              | >50 %                   |
| 13   | +            | +            | +            | +             | +             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 14   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | -              | -              | <50 %                   |
| 15   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 16   | +            | +            | +            | +             | +             | -             | +              | -              | >50 %                   |
| 17   | +            | +            | +            | +             | -             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 18   | +            | +            | +            | +             | +             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 19   | +            | -            | +            | +             | +             | -             | +              | +              | <50 %                   |
| 20   | +            | -            | +            | +             | +             | -             | +              | +              | <50 %                   |
| 21   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 22   | +            | +            | +            | +             | +             | +             | +              | -              | <50 %                   |
| 23   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 24   | +            | +            | +            | +             | +             | -             | +              | +              | <50 %                   |
| 25   | +            | +            | +            | +             | -             | -             | +              | -              | <50 %                   |
| 26   | +            | -            | -            | +             | +             | -             | +              | -              | >50 %                   |

**Tabla 3.** Datos inmunohistoquímicos.

| Caso | Diagnóstico histológico previo  | Diagnóstico actual             |
|------|---|--------------------------------|
| 1    | Linfocitoma   | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 2    | Pseudolinfoma con comedones   | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 3    | Dermatitis de interfaz e infiltración nodular                           | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 4    | Linfocitoma (pseudolinfoma)   | PsLCB (con infiltrado nodular) |
| 5    | Linfoma vs linfocitoma  | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 6    | Linfocitoma   | PsLCT (con infiltrado difuso)  |
| 7    | Linfocitoma cutis (pseudolinfoma)                                       | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 8    | Infiltrado de linfocitos atípicos                                       | PsLCT (con infiltrado difuso)  |
| 9    | Infiltrado linfocítico nodular  | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 10   | Proliferación linfoide nodular superficial                              | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 11   | Infiltrado linfocitario perivascular y perianexial medio y profundo     | PsLCT (con infiltrado difuso)  |
| 12   | Linfocitoma cutis   | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 13   | Hiperplasia linfoide folicular  | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 14   | Foliculitis pseudolinfomatosa   | PsLCT                          |
| 15   | Infiltrado linfoide dérmico superior y profundo                         | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 16   | Infiltrado dérmico mixto superficial y profundo con folículos linfoides | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 17   | Infiltrado linfoide mixto con compromiso folicular                      | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 18   | Linfocitoma cutis   | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 19   | Linfocitoma cutis   | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 20   | Infiltrado linfoide   | PsLCB (con infiltrado difuso)  |
| 21   | Dermatitis perivascular e intersticial por linfocitos                   | PsLCT (con infiltrado difuso)  |
| 22   | Infiltrado linfoide nodular reactivo mixto con foliculotropismo         | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 23   | Infiltrado linfoide mixto con células poligonales                       | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 24   | Infiltrado linfoide mixto e hiperplasia linfoide nodular focal          | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 25   | Dermatitis de interfaz y perianexial por linfocitos                     | PsLCT (con infiltrado nodular) |
| 26   | Hiperplasia linfoide folicular acentuada (linfocitoma cutis)            | PsLCT (con infiltrado nodular) |

**Tabla 4.** Diagnóstico histológico previo y diagnóstico actualizado (PsLCT= Pseudolinfoma cutáneo de células T, PsLCB= Pseudolinfoma cutáneo de células B).