

LEUCEMIA CUTIS: EXPRESIÓN CLÍNICA DE RECAÍDA DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

LEUKAEMIA CUTIS: CLINICAL MANIFESTATION OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKAEMIA RELAPSE

Nadia C. Sureda, María P. Bosch, María Kurpis, Alejandro Ruiz Lascano

RESUMEN

Presentamos un paciente varón de 71 años con lesión tumoral en piel y antecedente de LLC. Los estudios histopatológicos y de inmunohistoquímica confirman el diagnóstico de Leucemia Cutis. Se realiza tratamiento con Clorambucilo y corticoides vía oral, remitiendo su enfermedad hematológica y cutánea. Actualmente luego de ocho meses del diagnóstico de LC, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Palabras clave: leucemia cutis, leucemia linfocítica crónica de células B, clorambucilo, corticoides sistémicos

ABSTRACT

We present a 71 year old male patient with previous records of Chronic Lymphocytic Leukaemia who presented with a tumoral skin lesion. Histological and immunohistochemical studies confirmed the Leukaemia Cutis diagnosis. The patient underwent treatment with clorambucil and systemic steroids with remission of both haematological and skin manifestation.

The patient is still under close clinical follow up and remission continues eight months so far.

Key words: leukaemia cutis, B-cell chronic lymphocytic leukaemia, clorambucil, systemic steroids.

INTRODUCCIÓN

La Leucemia Cutis (LC) constituye la infiltración de células leucémicas a la piel, con proliferación local, produciendo lesiones clínicamente identificables (1, 2, 3). Representa la forma específica de manifestación cutánea de procesos linfoproliferativos malignos.

La incidencia de LC es baja (entre el 2 y el 10% de todas las leucemias) y varía según el tipo de leucemia (4). Es más frecuente en la Leucemia Mieloide Aguda (10-31%) aunque ha sido reportada en un 4 al 20% de pacientes con Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) (5).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 71 años con antecedentes de Leucemia Linfocítica Crónica de extirpe B, de 11 años de evolución, actualmente en remisión.

Consulta a nuestro servicio por presentar lesión tumoral eritemato-violácea de 5 cm. de diámetro, localizada en antebrazo derecho, de seis meses de evolución, sin síntomas acompañantes (Figura 1).

Fecha de envío: junio de 2007 • Fecha de aceptación: 17 de agosto de 2007
POST GRADO EN DERMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
Dirección postal: HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, Naciones unidas 346. CP 5016.
E-mail: dermatología@hospitalprivadosa.com.ar

El examen físico completo no arrojó datos relevantes.

Ante la sospecha de manifestación en piel de su enfermedad de base, se decide la toma de biopsia de dicha lesión y laboratorio de control.

El informe histopatológico e inmunohistoquímico describe: infiltración dérmica difusa de LLC: CD 20(+), CD5 (+).CD30 (-) (Biopsia P: 4073/06) (Figuras 2 y 3).



Figura 1. Lesión tumoral eritemato-violácea de 5 cm. de diámetro, antebrazo derecho.

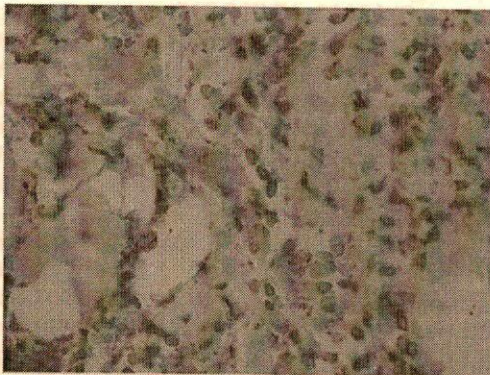


Figura 2. Inmunohistoquímica CD20+.

El laboratorio informó: Leucocitos: 45.100/mL, fórmula leucocitaria (con observación de sombras de Gumprecht) Linfocitos 93% Neutrófilos segmentados 6%, Eosinófilos 0%, Basófilos 0% y Monocitos 1%, plaquetas 144.000/mL.

Se realiza en conjunto con el servicio de Oncohematología, tratamiento con clorambucilo 15mg/día y corticoterapia sistémica, con respuesta evolutiva favorable y progresiva, tanto de la lesión cutánea como de su enfermedad de base (Figura 4).

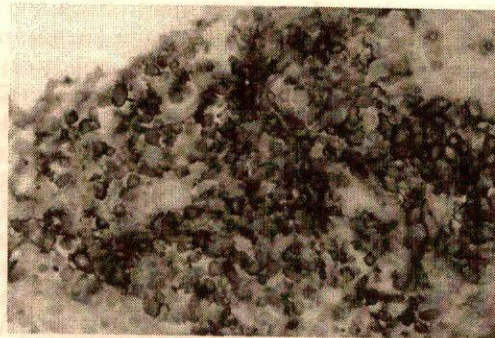


Figura 3. Inmunohistoquímica CD5+.



Figura 4. Placa eritematoparduzca secuelar.

DISCUSIÓN

La Leucemia Linfocítica Crónica de estirpe B, es un desorden linfoproliferativo de células B clonales de bajo grado que corresponde al 25% de todos los casos de Leucemia.

La LLC es mas frecuente en el sexo masculino y en mayores de 60 años.

La Leucemia Cutis es una manifestación poco común de leucemia que se asocia a la presencia

de enfermedad extramedular. Los pacientes generalmente se presentan con LC concomitantemente con leucemia sistémica (38%) o luego de que la leucemia ha sido diagnosticada (57%). Las leucemias de extirpe monocítica (25-31%), mielomonocítica (10-20%) y la de células T presentan la mayor incidencia de leucemia cutis. Las manifestaciones cutáneas de leucemia se han dividido en lesiones específicas (leucemia cutis) y no específicas (leucemides). Estas últimas incluyen lesiones hemorrágicas, prurito generalizado, eritrodermia exfoliativa, pioderma gangrenoso, urticaria, eritema multiforme, eritema nodoso, dermatosis neutrofílica febril aguda, paniculitis, hiperpigmentación, erupciones morbiliformes, y vasculitis leucocitoclásticas. Las lesiones específicas (LC) muestran una morfología variada; pudiendo tomar la forma de pápulas, nódulos o placas violáceas o pardo-rojizas y hemorrágicas de tamaños variables, únicos o múltiples, siendo los sitios más afectados las piernas seguidos por los brazos, espalda y tronco. Lesiones son difíciles de distinguir tanto clínica como histopatológicamente de las lesiones cutáneas no específicas las cuales ocurren con mucha más frecuencia.

La anatomía patológica de la LC muestra un amplio espectro de cambios que dependen del tipo de leucemia y del grado de diferenciación de las células constituyentes. El cuadro habitual es un infiltrado difuso de células en la dermis que se acentúa alrededor de los vasos sanguíneos y anexos. Es común la afectación del tejido celular subcutáneo pero generalmente la epidermis no está afectada y hay una zona libre sub-epidérmica. En la LLC el infiltrado se compone de linfocitos pequeños y maduros, que expresan CD19, CD20, CD23 y CD5 positivos (8).

El pronóstico en las leucemias cutis es generalmente pobre; los mejores resultados han sido alcanzados con una combinación de terapia sistémica como el clorambucilo, análogos de nucleósidos como cladribine (2CdA), fludarabine (FAMP) y 2'-deoxicoformicina y terapéutica local, como radioterapia superficial (4, 9, 10).

Nuestro paciente presentó muy buena evolución clínica tanto cutánea como sistémica en forma progresiva tras el tratamiento con clorambucilo.

Actualmente luego de ocho meses del diagnóstico de LC, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

CONCLUSIÓN

La Leucemia Cutis es una entidad muy infrecuente en el grupo de las leucemias linfoides, y se asocia generalmente a un pronóstico ominoso a pesar de la terapéutica agresiva.

Presentamos un paciente con Leucemia Cutis como expresión clínica de recaída de leucemia Linfocítica crónica que logra una remisión hematológica e involución de su lesión en piel tras el tratamiento con clorambucilo y corticoterapia sistémica.

El dermatólogo debe estar alertado acerca de esta entidad para un diagnóstico y terapéutica precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agnew KL, Ruchlemer R, Catovsky D, Matutes E, Bunker CB. Cutaneous findings in chronic lymphocytic leukaemia. *Br J Dermatol.* 2004 Jun; 150(6):1129-35.
2. Watson KM, Mufti G, Salisbury JR, du Vivier AW, Creamer D. Spectrum of clinical presentation, treatment and prognosis in a series of eight patients with leukaemia cutis. *Clin Exp Dermatol.* 2006 Mar; 31(2):218-21.
3. Longacre T, Smoller B. Leucemia Cutis. Analysis of 50 biopsy-proven cases with an emphasis on occurrence in myelodysplastic syndromes. *Am J Clin Pathol* 1993;100:276-284.
4. Miranda MP, Olivares L, Rodríguez Tolosa M; Anaya J. Leucemia Cutis. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol Argent* 2006; 12 (4): 272-275.
5. Blázquez N, Fernandez Canedo I. Leucemia Cutánea. *Piel* 2002; 17:310-315.
6. Blázquez N, Fernandez Canedo I, Cardeñoso E, Morán M, Unamuno P, Antúnez P, Martín Pascual A. Leucemia cutánea aleucémica: presentación de un caso. *Actas Dermosifiliog.* 2002; 93(7):451-456.
7. Paydas S, Zorludemir S. Leukaemia Cutis and Leukaemic vasculitis. *Br J Dermatol* 2000;143:773-779.
8. Weedon D, Strutton G. Infiltrados cutáneos linfoides y leucémicos. *Piel Patología.* Editorial Marbán. Madrid. España. Año 2002. Pág 897-930.
9. Robak E, Robak T, Biernat W, Bartkowiak J; Krykowski E. Successful treatment of leukaemia cutis with cladribine in a patient with B-cell chronic lymphocytic leukaemia.
10. Ratnam KV, Khor CJ, Su WP. Leukemia Cutis. *Dermatol Clin.* 1994 Apr; 12 (2): 419-31.