

CASOS CLÍNICOS

Verruga peruana en fase involutiva presentándose como pseudolinfoma

Involution Phase Peruvian Wart presenting as pseudolymphoma

Claudia Béjar¹, Winston Maldonado¹, Wenceslao Castillo², Aldo Ayaipoma², María del Carmen Castro², Marianela Moreyra², Elizabeth Mayeshiro², Cesar Chian³

RESUMEN

El espectro clínico de la infección por *Bartonella bacilliformis* varía ampliamente desde una infección subclínica hasta una enfermedad aguda fulminante, con hemólisis severa o desarrollo insidioso de tumores vasculares de la piel, con poca o ninguna sintomatología. Se reporta un caso enfermedad de Carrion presentándose como una tumoración única de aspecto angiomaso, sin antecedente de enfermedad aguda previa, y con hallazgos histológicos compatibles con pseudolinfoma cutáneo, en la que la coloración de Warthin Starry nos permitió visualizar al agente infeccioso.

Palabras clave: Enfermedad de Carrion, Pseudolinfoma, Bartonella.

SUMMARY

The clinical spectrum of *Bartonella bacilliformis* infection varies widely from subclinical infection to acute fulminant disease with severe hemolysis or insidious development of vascular tumors of the skin, with little or no symptoms. We report a case of Carrion's disease presenting as a single angiomasous tumor, with no history of previous symptoms, and histological findings consistent with cutaneous pseudolymphoma in which Warthin Starry staining allowed us to visualize the infectious agent.

Keywords: Carrion's disease, Pseudolymphoma, Bartonella.

INTRODUCCIÓN

El pseudolinfoma es una entidad descrita inicialmente por Spiegler en 1894 y que se caracteriza por presentarse como lesiones únicas o múltiples en cara, cuello, espalda o tórax en forma de pápulas o placas eritematosas o marrones con aclaración central y aspecto circinado¹. Se ha demostrado su asociación con entidades tan diversas como infecciones por *Borrelia*, picadura de insectos, infección por virus Herpes zoster, tatuajes, metales pesados, vacunas y por el uso de fenitoína, antihistamínicos y antidepresivos²⁻⁴. Existen también reportes aislados de leishmaniasis que se presentan como pseudolinfoma⁵.

La enfermedad de Carrion o bartonelosis es una infección general exclusivamente humana, endémica en nuestro país, no contagiosa, inoculable al hombre, transmitida por flebotomus y causada por *Bartonella bacilliformis*. Los síntomas iniciales

suelen ser fiebre, dolores osteoarticulares y mialgias. Después del estadio inicial, el paciente desarrolla en algunos días o meses una de las dos variedades típicas y muy diferentes de la enfermedad: la fiebre de la Oroya y la verruga peruana. La fiebre de la Oroya es una variedad altamente letal, caracterizada clínicamente por fiebre y anemia hemolítica. La verruga peruana es una variedad crónica no letal que se desarrolla, ya sea en personas que se han recuperado de la fiebre de la Oroya o bien en casos sin evidencias clínicas previas de bartonelosis, y se caracteriza por la presencia de verrugas angiomasos localizadas o generalizadas de tamaño variable⁶⁻⁸.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 26 años procedente de Huaral, agricultor, con tiempo de

¹ Médico residente de Dermatología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú.

² Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú.

³ Médico patólogo. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. SUA Dermatopatología UPCH. Lima-Perú.

enfermedad de dos meses, que presenta una tumoración de crecimiento rápidamente progresivo, no dolorosa y sangrante. Niega sintomatología asociada. Al examen físico se aprecia paciente en buen estado general, con tumoración protruyente, redondeada, de 5cm de diámetro, de superficie eritematosa, exudativa y con ulceración central, cubierta por costra hemática, ubicada en región supraciliar derecha (**Fotografías 1 y 2**). Todos los exámenes auxiliares solicitados se encontraron en límites normales.



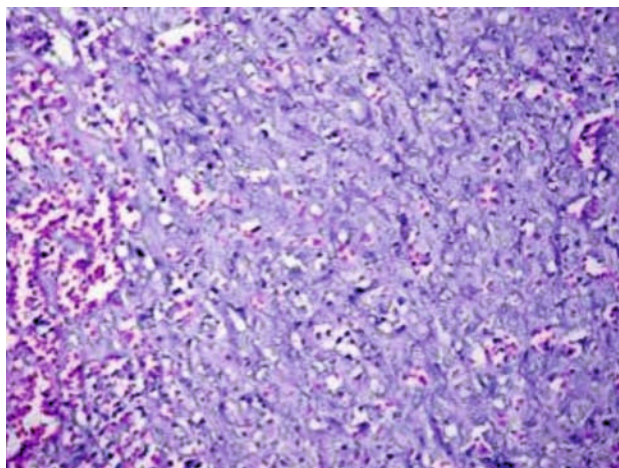
Fotografía 1. Tumoración exofítica, eritematosa, de superficie ulcerada y fácilmente sangrante.



Fotografía 2. Vista lateral de la tumoración en región supraciliar derecha.

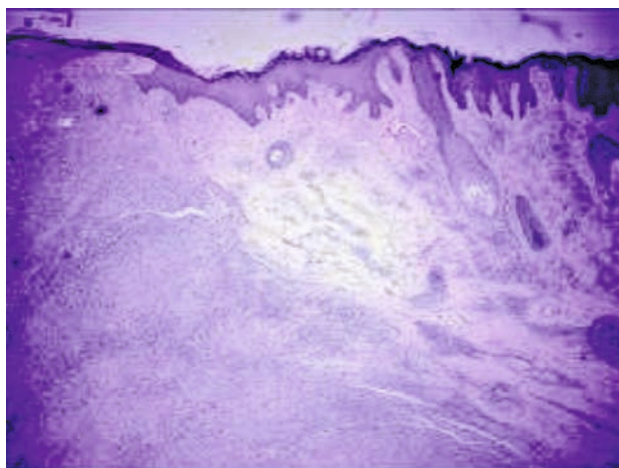
Se realizó una biopsia inicial y posteriormente una escisión completa de la lesión. El intervalo entre ambos procedimientos fue de dos semanas, lapso en el cual la lesión aumentó de tamaño hasta presentarse como se ve en las fotos clínicas.

La biopsia inicial (**Fotografía 3**) mostró una proliferación angiomatosa compacta de células endoteliales de citoplasma amplio y núcleos prominentes, con un índice mitótico incrementado y discreto infiltrado inflamatorio concomitante.

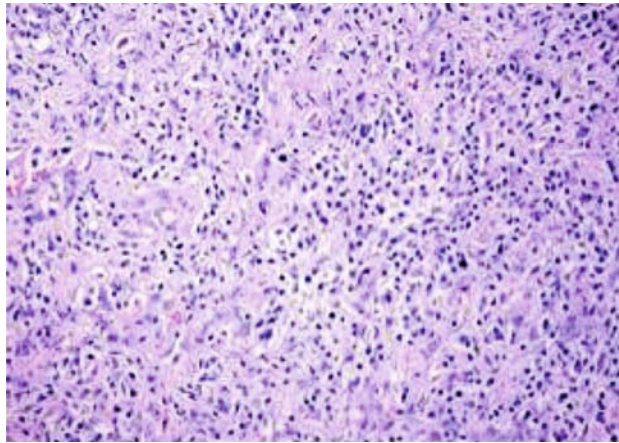


Fotografía 3. Proliferación angiomatosa, índice mitótico incrementado e infiltrado inflamatorio. HE 40X.

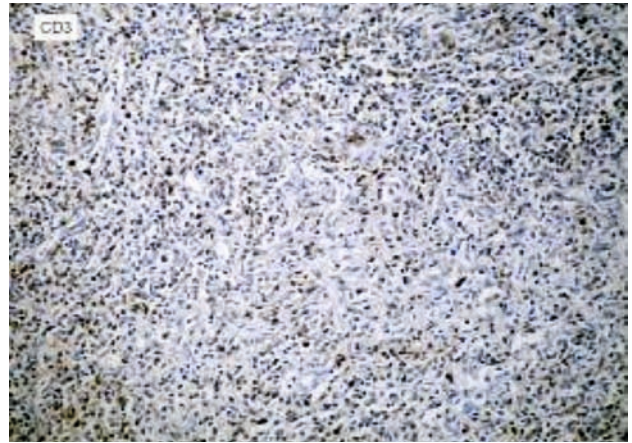
En las láminas de la escisión de la lesión (**Fotografías 4 y 5**) se notó un dramático cambio en la histología, con predominio de un denso infiltrado inflamatorio linfocítico, sin atipia nuclear significativa, en medio del cual se podía distinguir una proliferación vascular endotelial. Este infiltrado era más prominente en la periferia y se extendía profundamente en el tejido subcutáneo.



Fotografía 4. Infiltrado inflamatorio linfocítico con proliferación vascular endotelial. HE 10X.



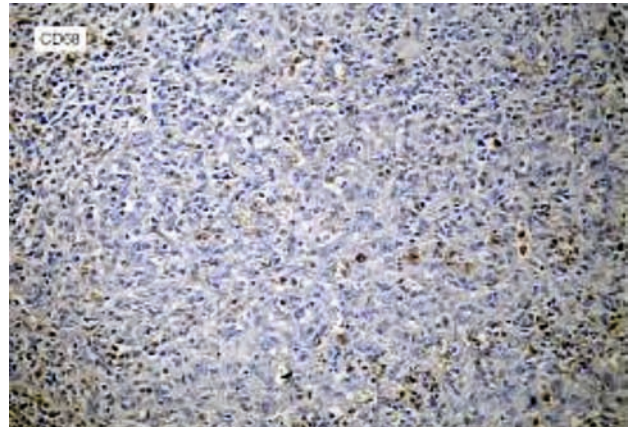
Fotografía 5. Infiltrado inflamatorio linfocítico. HE 40X.



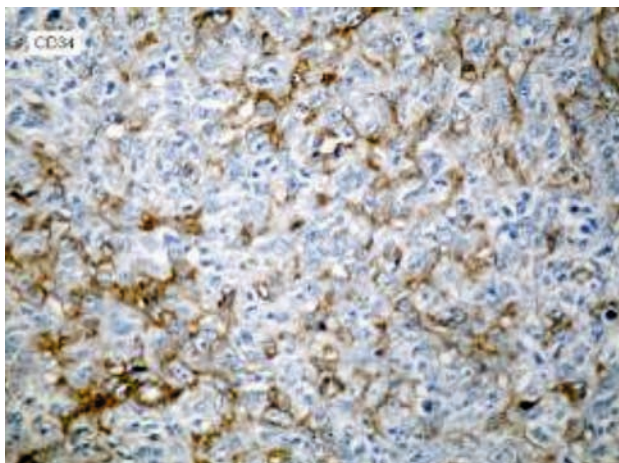
Fotografía 6. Población celular mixta con linfocitos T. Inmunohistoquímica CD3 10X.



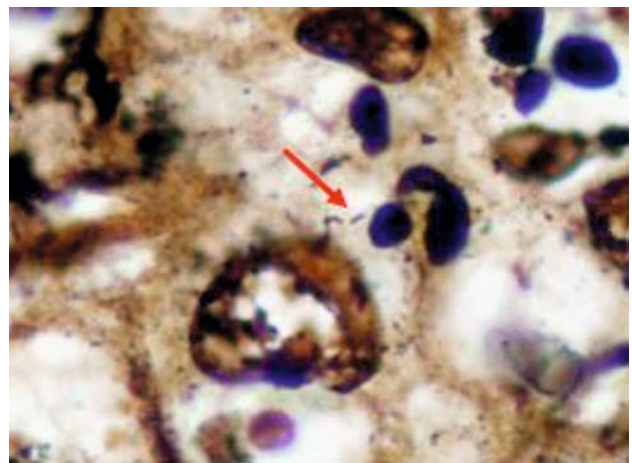
Fotografía 7. Población celular mixta con linfocitos B. Inmunohistoquímica CD20 10X.



Fotografía 8. Población celular mixta con macrófagos. Inmunohistoquímica CD68 20X.



Fotografía 9. Células endoteliales. Inmunohistoquímica para CD34 40X.



Fotografía 10. Bacilos alargados (flecha). Warthin Starry 100X.

Al realizar la caracterización inmunohistoquímica del infiltrado se encontró población celular mixta con linfocitos T (Fotografía 6), linfocitos B (Fotografía 7), macrófagos (Fotografía 8) y numerosas células endoteliales (Fotografía 9). Con la tinción de Warthin Starry se identificó bacilos alargados (Fotografía 10).

DISCUSIÓN

Bajo la denominación de pseudolinfoma se agrupa a entidades que tienen en común la presencia de un denso infiltrado predominantemente linfocítico que, cuando llega a realizarse la inmunohistoquímica tiene un componente mixto (células T y B). Muchas veces los pseudolinfomas representan entidades definidas, pero que se presentan de modo peculiar debido especialmente a dos factores: el estado inmune del paciente y el estadio de la lesión. Es importante tener en cuenta que en algunas lesiones involutivas, como en halo nevus, el infiltrado linfoide puede ser muy denso y oscurecer

el escaso remanente de melanocitos.

El caso que presentamos corresponde a una verruga peruana mular. La naturaleza angiomatosa de la lesión quedó en evidencia en la primera biopsia y la tinción de Whartin Starry permitió demostrar la presencia de los bacilos. Es probable que, en nuestro medio, algunos pseudolinfomas puedan representar estadios involutivos de verruga peruana, por lo que un adecuado correlato clínico y una observación cuidadosa de la biopsia son claves para establecer el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STEIGLEDER GK. Differential diagnosis of pseudolymphomas. *Z Hautkr.* 1984;59(14):937-50.
2. SCHEINFELD N. Phenytoin in cutaneous medicine: its uses, mechanisms and side effects. *Dermatol Online J.* 2003;9(3):6.
3. DADBAN A, TRUCHETET F. Cutaneous lymphoid hyperplasia on a preexistent melanocytic nevus. *Dermatology.* 2008;217(3):199-200.
4. SHIN JB, SEO SH, KIM BK, KIM IH, SON SW. Cutaneous T cell pseudolymphoma at the site of a semipermanent lip-liner tattoo. *Dermatology.* 2009;218(1):75-8.
5. MORSY TA, EL-NASR MS. A case of oriental sore diagnosed as pseudolymphoma cutis. *J Egypt Soc Parasitol.* 1983;13(2):485-9.
6. HUARCAYA E, MAGUIÑA C, TORRES R, RUPAY J, FUENTES L. Bartonellosis (Carrion's Disease) in the pediatric population of Peru: an overview and update. *Braz J Infect Dis.* 2004;8(5):331-9.
7. MAGUIÑA C, GUERRA H, VENTOSILLA P. Bartonellosis. *Clin Dermatol.* 2009;27(3):271-80.
8. BASS JW, VINCENT JM, PERSON DA. The expanding spectrum of Bartonella infections: I. Bartonellosis and trench fever. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16(1):2-10.