

Adenopatía dermatopática simulando quiste branquial

Dermatopathic lymphadenopathy mimicking brachial cyst

Isabel Granada M.¹, María Lutgarda Riasol R.², Olga Ferrer A.¹, Klaus Recher¹, Rafael Vera L.¹

¹Servicio de

Otorrinolaringología. Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, España.

²Servicio de Anatomía

Patológica. Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, España.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 7 de septiembre de 2021. Aceptado el 2 de marzo de 2022.

Correspondencia:

Isabel Granada M.

Servicio de

Otorrinolaringología.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi.

Camí Vell de la Colònia, 25.

08830 Sant Boi de Llobregat.

Barcelona, España.

Email: isabel.granada@sjd.es

Resumen

La adenopatía dermatopática es una entidad histopatológica que consiste en un aumento del tamaño ganglionar en respuesta a enfermedades cutáneas crónicas. En el análisis histopatológico se observa una hiperplasia paracortical con presencia de células dendríticas, células de Langerhans e histiocitos. La presentación clínica más habitual es la aparición de adenopatías de características benignas con o sin prurito en pacientes con antecedentes de enfermedad cutánea. La aparición de masas laterocervicales es un motivo de consulta frecuente en otorrinolaringología. Presentamos el caso de un paciente exfumador de 41 años que consultó por aparición brusca de una masa cervical quística, sugestiva de quiste braquial o de una adenopatía quística. Una vez descartada malignidad, se procedió a realizar exéresis de la lesión mediante cervicotomía para diagnóstico patológico. El estudio de la muestra confirmó el diagnóstico de adenopatía dermatopática en un paciente sin antecedente de enfermedad cutánea previa.

Palabras clave: adenopatía dermatopática, adenopatía cervical, quiste braquial.

Abstract

Dermatopathic lymphadenopathy is a histopathologic entity which consists on reactive lymphadenopathy in the setting of chronic cutaneous diseases. The histologic examination is characterized by paracortical hyperplasia with presence of dendritic cells, Langerhans cells and histiocytes. The most common clinical presentation is the presence of lymphadenopathy with benign characteristics with or without pruritus in patients with prior history of cutaneous disease. The appearance of laterocervical masses is a frequent reason for consultation in otorhinolaryngology. We present the case of a 41-year-old ex-smoker who consulted due to the sudden appearance of a cystic cervical mass, suggestive of a brachial cyst or cystic adenopathy. Once malignancy had been ruled out, excision of the lesion within cervicotomy was performed in order to reach a pathological diagnosis. The histologic study confirmed the diagnosis of dermatopathic adenopathy in a patient with no history of previous skin disease.

Keywords: Dermatopathic lymphadenopathy, cervical adenopathy, brachial cyst.

Introducción

La linfadenopatía dermatopática es una entidad histopatológica que consiste en el aumento del tamaño ganglionar en contexto de una enfermedad cutánea crónica inflamatoria. Comúnmente se ha relacionado con dermatitis atópica, pero puede asociarse tanto a enfermedades cutáneas benignas como psoriasis o malignas como micosis fungoide o síndrome de Sézary. En ocasiones, puede aparecer sin patología cutánea como es el caso de nuestro paciente.

Fue descrita inicialmente en 1937 por Pautrier y Woringer como “reticulosis lipomelánica”, ya que detectaron colecciones de melanina y grasa con histiocitos en pacientes con linfadenopatías¹. Posteriormente, en 1942, Hurwitt establece el término “adenopatía dermatopática”. Se trata de una entidad benigna que clínicamente se manifiesta como aparición de adenopatías habitualmente móviles no adheridas a planos profundos y que puede acompañarse de prurito.

Microscópicamente, se observa un ganglio linfático de arquitectura preservada y con

hiperplasia paracortical reactiva con unas regiones de aspecto más claro. Estas regiones corresponden a cúmulos de células de Langerhans, células dendríticas e histiocitos que contienen pigmento melanocítico o hemosiderina. También pueden identificarse linfocitos. En el estudio inmunohistoquímico, las células de Langerhans se identifican como positivas para S100 y CD1a, mientras que las células dendríticas son positivas para S100².

Caso Clínico

A continuación, presentamos el caso de un varón de 41 años, exfumador y sin antecedentes de interés, que consulta por aparición brusca de una tumoración cervical derecha con febrícula sin signos flogóticos. En la palpación, destacaba una lesión redondeada bien definida, ligeramente indurada sin otras adenopatías. Se realizó una exploración otorrinolaringológica completa que fue normal. El diagnóstico diferencial se realizó entre una adenopatía (inflamatoria o metastásica) o una lesión benigna (por ejemplo, quiste branquial). Se solicitaron pruebas complementarias para caracterizar la lesión y descartar malignidad: una resonancia magnética (RM) y una ecografía con punción con aguja fina (Eco-PAAF) para obtener muestra citológica de la lesión. La RM mostró una masa quística subplatismal

anterior al esternocleidomastoideo y lateral al paquete yugulo-carotídeo, con signos inflamatorios asociados sugestiva de quiste branquial de segundo arco (Figura 1).

La citología del contenido quístico fue negativa para células malignas. Dada la persistencia de la lesión y ausencia de diagnóstico, se realizó una cervicotomía con exéresis de la lesión. El análisis histológico de la pieza demostró que se trataba de un ganglio con cambios de hiperplasia paracortical y nódulos de aspecto claro (Figura 2).

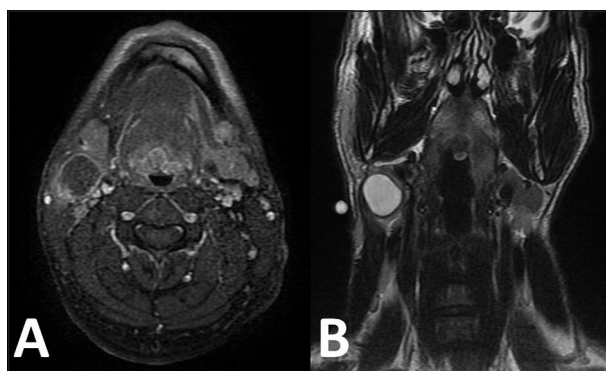


Figura 1. Resonancia magnética cervical. **(A)** Corte axial en secuencia T1 con contraste. **(B)** Corte coronal en secuencia T2. Se observa una lesión quística redondeada y bien definida y con signos inflamatorios asociados. La lesión tiene una localización subplatismal, anterior al esternocleidomastoideo y lateral al paquete yugulo-carotídeo. El aspecto es similar al de un quiste branquial.

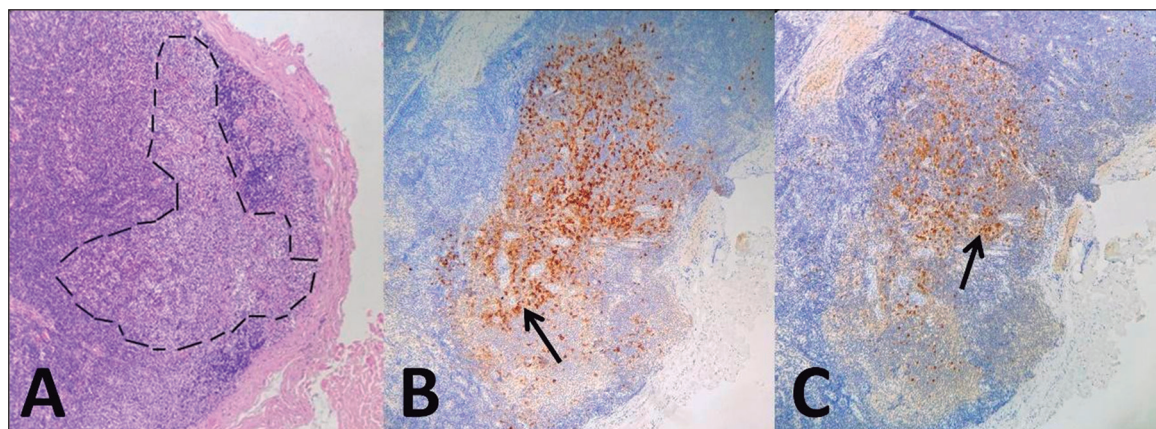


Figura 2. Imagen microscópica. **(A)** Tinción hematoxilina-eosina, 10x. Se observan zonas claras en la región paracortical (delineado con línea discontinua) que contienen las células dendríticas, células de Langerhans e histiocitos. **(B)** Inmunohistoquímica, 10x. Tinción CD1a que muestra células de Langerhans (flecha). **(C)** Inmunohistoquímica, 10x. Tinción 100S que demuestra presencia de células dendríticas (flecha).

CASO CLÍNICO

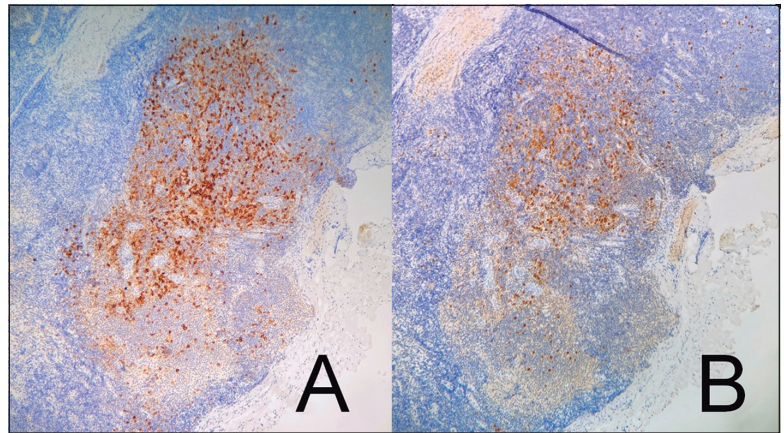


Figura 3. Imagen microscópica, análisis inmunohistoquímico.

Al realizar análisis inmunohistoquímico se detectaron células de Langerhans (CD1a+, S100+) (Figura 3A), células dendríticas (S100+) (Figura 3B) e histiocitos (CD68+) con pigmento, todo ello compatible con adenopatía dermatopática.

Discusión

La linfadenopatía dermatopática es un fenómeno histopatológico en el cual se observan cambios reactivos en el ganglio linfático, tales como aumento del tamaño ganglionar y presencia de células de Langerhans, células dendríticas e histiocitos en el tejido ganglionar, que se encuentran en áreas más claras de la región paracortical.

El papel de las células presentadoras de antígenos podría explicar la presencia de estas células en los ganglios linfáticos. En el contexto de una enfermedad cutánea inflamatoria, las células de Langerhans y las células dendríticas migran hacia las regiones de los ganglios linfáticos donde se encuentran los linfocitos T para iniciar una respuesta inmune. En la piel inflamada se produce un fenómeno de melanofagocitosis y una migración de melanofagocitos hacia los ganglios que podría explicar la presencia de depósitos de melanina en las adenopatías. En el caso presentado anteriormente llama la atención la presentación súbita con signos de flogosis de una lesión quística, que junto con la localización de la lesión en la prueba de imagen, simulaba un quiste branquial.

Al hacer diagnóstico diferencial de lesiones laterocervicales hay que considerar tanto patología benigna como maligna. En cuanto a la patología benigna se incluyen lesiones congénitas como los quistes branquiales, lingangiomas, etc., pero también adenopatías de procesos granulomatosos como sarcoidosis, tuberculosis u otras infecciones (VIH, toxoplasmosis, mononucleosis infecciosa). En cuanto a la patología maligna, hay que considerar los procesos linfoproliferativos y las metástasis de neoplasias sólidas de cabeza y cuello³. En ocasiones, éstas pueden tener una apariencia quística tanto en la exploración física como en las pruebas de imagen que dificulta distinguir las de patología benigna.

Las adenopatías quísticas cervicales se han relacionado con carcinoma escamoso orofaríngeo relacionado con virus del papiloma humano (VPH), carcinoma indiferenciado nasofaríngeo, carcinoma papilar de tiroides e incluso con adenopatía de un primario desconocido o Tx⁴. En consecuencia, en pacientes adultos, se debe realizar una exploración de otorrinolaringológica exhaustiva en búsqueda de otras lesiones y solicitar pruebas de imagen (TC o RM) y una Eco-PAAF para obtener una muestra de celularidad de la lesión.

Conclusión

Se presenta un caso clínico de un paciente adulto con aparición súbita de una lesión quística laterocervical unilateral que final-

mente fue diagnosticado de linfadenopatía dermatopática. En primer lugar, se concluye que la linfadenopatía dermatopática debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de adenopatía periférica persistente, en el cual también se incluyen procesos inflamatorios, infecciosos y malignos (neoplasias sólidas o linfoproliferativas). Por tanto, se debe prestar atención e interrogar al paciente sobre patología cutánea durante la anamnesis. En segundo lugar, las lesiones quísticas cervicales en los adultos pueden corresponder a metástasis ganglionares de neoplasias de cabeza y cuello y que requiere un estudio más exhaustivo.

Bibliografía

1. Pautrier LM, Woringer F. Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée: a propos d'un aspect histo-pathologique nouveau du ganglion lymphatique: réticulose lipo-mélanique accompagnant certaine dermatoses généralisées- Les échanges entre la peau et le ganglion. *Ann Dermatol Syphiligr.* 1937;8:257-73.
2. Garces, Sofia; Yin, C. Cameron; Miranda, et al. Clinical, histopathologic, and immunoarchitectural features of dermatopathic lymphadenopathy: an update. *Mod Pathol.* 2020;33(6):1104-1121.
3. Bueno-Rodriguez A, Ruiz-Villaverde R, Caba-Molina M, Tercedor-Sánchez J. Dermatopathic Lymphadenopathy: Is Our Diagnostic Approach Correct?. Linfadenopatía dermatopática: ¿realizamos una correcta aproximación diagnóstica?. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2018;109(4):361-363. doi: 10.1016/j.ad.2017.05.018.
4. Mouawad F, Rysman B, Russ G, et al. Cystic form of cervical lymphadenopathy. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery (SFORL). Part 1: Diagnostic procedures for lymphadenopathy in case of cervical mass with cystic aspect. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2019;136(6):489-496. doi: 10.1016/j.anorl.2019.05.015.