

**ARTICULO ORIGINAL**

**REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA**

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

# ¿Cuál es su diagnóstico?

**¿WHAT IS YOUR DIAGNOSIS?**



**Ene - Mar 2011 | Vol. 92 N°1**

Artículo Original  
Rev. argent. dermatol. 2011; 92 (1): 49 - 54  
Publicado en línea 2011, Marzo/ Published online 2011 March  
¿Cuál es su diagnóstico?

#### Autores | Contacto

S Dupuy \*, RE Achenbach \*\* y GF Sanchez \*\*\*

\* Médica Concurrente. Unidad Dermatología. Hospital I Pirovano.

\*\* Jefe de Unidad Dermatología. Hospital I Pirovano.

\*\*\* Médica Patóloga. Hospital I Pirovano.

Hospital Dr. Ignacio Pirovano.  
Av. Monroe 3551 (1430) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

**Correspondencia:** rachenbach@hotmail.com

**Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés**

#### RESUMEN

Se comunica el caso de un varón de 61 años, que nos consultó por lesiones presentes sobre un tatuaje.

#### SUMMARY

A 61 years-old man who consulted for infiltrated lesions on the red area of a tattoo is reported.

## INTRODUCCIÓN

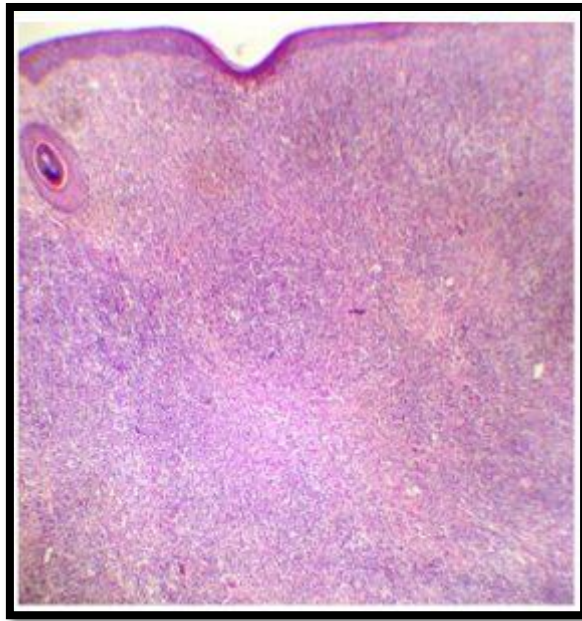
Paciente varón, de 61 años, sin antecedentes patológicos conocidos. Consulta en nuestro servicio por presentar unos elementos acordonados e infiltrados eritemato-violáceos, asintomáticos, de consistencia firme, localizados sobre el área de color rojo del tatuaje. Las lesiones aparecieron unos dos meses posteriores a la realización del mismo.

## CLÍNICA

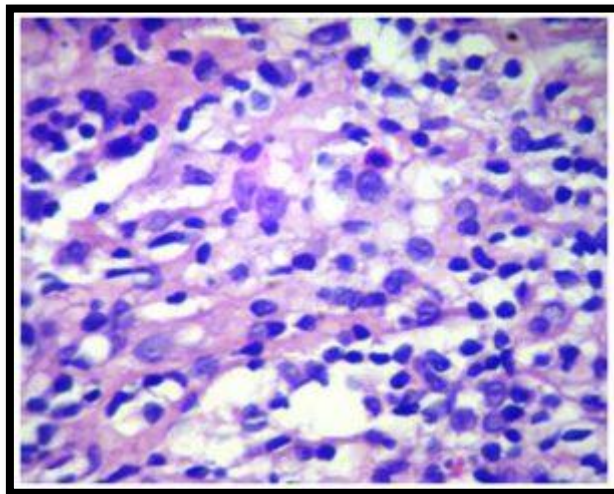


## HISTOPATOLOGÍA

Se observa un infiltrado inflamatorio que ocupa todo el espesor dérmico, con discreta tendencia a la disposición folicular.



A mayor aumento se observan linfocitos pequeños, escasos histiocitos y algunos eritrocitos extravasados, también algún eosinófilo. Vasos dilatados en relación con el infiltrado y escaso pigmento pulverulento en un histiocito.



**DIAGNÓSTICO:** Pseudolinfoma B sobre tatuaje.

#### COMENTARIO

El pseudolinfoma B originado sobre el rojo de un tatuaje, es una complicación infrecuente que hay que pensar para ofrecer datos clínicos al dermatólogo, con el fin de realizar una correcta correlación clínico-patológica.<sup>1,2,3,7</sup>

Posibles complicaciones de un tatuaje<sup>4,8</sup>:

¿Cuál es su diagnóstico? - S Dupuy y Cols.

- Enfermedades transmisibles: HIV, sífilis, hepatitis B y C, tuberculosis cutánea, piodermatitis, molusco contagioso, herpes simple, verrugas, lepra, micobacteriosis atípicas, entre otras.
- Enfermedades no transmisibles: dermatitis de contacto, liquen plano, reacciones granulomatosas, reacción sarcoidal, psoriasis, pseudolinfoma, lupus discoide, morfea, queratosis seborreicas, carcinoma espinocelular variante queratoacantoma, carcinoma basocelular.

La mayoría de las reacciones ocurren en respuesta al color rojo (mercurio y cadmio), siendo las más frecuentes: dermatitis de contacto, reacciones liquenoides, granulomas de tipo cuerpo extraño o sarcoidales 5, pseudolinfomas.

Entre los diagnósticos diferenciales más frecuentes se encuentran: queloides, sarcoidosis-reacciones sarcoidales, linfomas B, micobacteriosis, granulomas por cuerpos extraños, carcinoma espinocelular.

#### DIFERENCIAS HISTOPATOLÓGICAS <sup>6</sup>:

Pseudolinfoma	Linfoma
Prominente acantosis	Mínimo o sin acantosis
Mayor infiltrado en el tope (65%)	Mayor infiltrado en la parte inferior
Infiltrado mixto de células pequeñas	Infiltrado monomorfo de linfocitos, eosinófilos, medianos y grandes histocitos y células plasmáticas
No o pocas mitosis	Mitosis: pueden ser numerosas
65% con centros germinales	10% -20% con centros germinales
No hay necrosis en masa	Necrosis en masa (a veces)
Células gigantes multinucleadas	No se observan células gigantes multinucleadas
Células linfoides separadas	Linfocitos atípicos muy juntos por el edema
No se observan células apoptóticas	Células apoptóticas (a veces)
Preservación de anexos	Destrucción de anexos
Proliferación vascular	No proliferación vascular
Fibrosis del estroma	Poca o ninguna fibrosis estromal

## CONCLUSIÓN

La evaluación de los infiltrados linfoides cutáneos requiere una correcta correlación clínico-patológica; aún así, en ocasiones no es posible llegar a un diagnóstico certero y uno solo puede decir «no sé». La evolución será fundamental.<sup>2,9</sup>

## REFERENCIAS

1. Bluefarb SM. Lymphocytoma cutis. In: Cutaneous manifestations of the benign inflammatory reticuloses. Springfield (IL): Charles C Thomas. 1960; 131-199.
2. Kerl H y Ackerman AB. Inflammatory diseases that simulate lymphomas: cutaneous pseudolymphomas. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. Dermatology in general medicine. McGraw-Hill Editores. Cuarta Edición. New York. 1993; 1315-1327.
3. Caro WA y Helwig EB. Cutaneous lymphoid hyperplasia. Cancer 1969; 24: 487-502.
4. Verduzco JM y LLaryora SM. Tatuajes y piercing: consideraciones sobre el alcance de una ordenanza municipal en la ciudad de Córdoba. Rev Argent Dermatol 2008; 89:154-163.
5. Morales-Callaghan AM, Aguilar-Bernier M, Martínez García G y Miranda Romero A. Sarcoid granuloma on black tattoo. J Am Acad Dermatol 2006; 55: S71-S73.
6. Ploysangam T, Breneman DL y Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 877-895.
7. Kaofer P, El Shabrawi-Caalen L, Horn M, Kern T y Smolle J. Pseudolymphoma occurring in a tattoo. Eur J Dermatol 2003; 13 (2): 209-212.
8. Kazandjieva J y Tsankov N. Tattoos: dermatological complications. Clin Dermatol 2007; 25: 375-382.
9. Evans HL, Winkelmann RK y Banks PM. Differential diagnosis of malignant and benign cutaneous lymphoid infiltrates. Cancer 1979; 44: 699-717.