

Manifestaciones cutáneas en el curso de los linfomas malignos

REPORTE DE DOS CASOS

Por el Profesor Dr. Fidel Ilizastegui el
DR. HÉCTOR RODRÍGUEZ SILVA

La proliferación de los elementos del S. R. E. cutáneo origina cuadros polimorfos, que se están conociendo mejor en los últimos años, englobados con el nombre de Reticulosis Cutáneas.

Es bien conocida la gran frecuencia de lesiones cutáneas en el curso de linfomas malignos, siendo en las leucosis linfoides crónicas donde más frecuentemente están reportados.

La llamada por Kaposi linfadenosis cutánea difusa ya fue calificada a fines del siglo pasado de perniciosa, dada la fatalidad pronostica de la afección fundamental en que se desarrollaba.¹ Se trata de una lesión específica denominada genéricamente Eritrodermia, dentro de las cuales se describen tres formas clínicas: la ya citada de Kaposi, la forma sub-aguda de Wilson Brocq y la Pitiriasis Rubra de Hebra Jadassohn.

Generalmente las lesiones comienzan por los pliegues en forma de placas rojizas que rápidamente se generalizan, presentando la piel un color rojo vivo o rojo violáceo; desprendiéndose la epidermis en forma de pequeñas escamas secas; el cuero cabelludo muestra los mismos caracteres. A la palpación, la piel

se encuentra infiltrada y liquenificada en los pliegues; subjetivamente el paciente aqueja prurito.

En el linfoma linfocítico y linfoblástico, en general son más frecuentes las lesiones generalizadas. No obstante, no son raras las formas cutáneas difusas como ocurrió en los dos casos vistos por nosotros.

En nuestros dos casos hay invasión de células linfoides hacia el torrente sanguíneo, siendo prácticamente indistinguible de una leucosis linfocítica crónica, cuadro denominado por Steniberg en 1905 como leucosarcoma.²

Resulta en ocasiones difícil poder hacer un diagnóstico diferencial entre estas eritrodermias y las observadas en el curso de dermatitis por ingestión de medicamentos o irritantes locales, sobre todo si tenemos en cuenta que estos últimos pueden acompañarse de adenopatías reaccionales secundarias.

Paciente M. C. N. masculino, de 57 años, casado y empleado público.

Motivo de Ingreso: Enrojecimiento difuso de la piel con descamación.

H. E. A. Nos refiere el paciente que con historia de salud anterior hace aproximadamente 9 meses acudió al médico por presentar várices en extremidades inferiores y ulceración en la región malar interna del pie derecho. Por es

¹ Médico Residente del Hospital docente "Gral. Calixto García".

te motivo le indicaron unas tabletas cuyo nombre no recuerda y después de haberlas tomado durante 2 días, comenzó a presentar rubicundez en miembros inferiores y pabellones auriculares. Esta coloración se fue extendiendo a todo el resto de la superficie cutánea, acompañándose de prurito intenso y progresivamente la piel se le engrosaba y se cubría de escamas. Por este motivo vió varios facultativos y hace varios meses fue ingresado en el Hospital de Guanabacoa, siendo tratado con Prednisona, la cual según nos manifiesta lo mejoró aunque no desaparecieron sus lesiones cutáneas. Allí permaneció dos meses. La dosis de Prednisona fue al principio de 40 mlg. y posteriormente fue disminuyendo progresivamente hasta 10 días antes de su ingreso en este Hospital, en que dejó de tomarla.

En los dos últimos meses el prurito ha disminuido hasta casi desaparecer, notándose por primera vez la presencia de glándulas agrandadas en ambas regiones inguinales, por todo lo cual es ingresado en el Servicio.

No fiebre, conserva su peso y el apetito.

I. por Aparatos.

A. Respiratorio: tos con escasa expectoración.

A. Cardiovascular: nada a señalar.

A. Digestivo: digestiones lentas.

A. Genitourinario: nada a señalar.

S. Nervioso: disminución de la audición en ambos oídos.

A. P. P.: Sarampión y difteria.

A. P. F.: sin importancia.

E. Físico General.

Enfermo normolíneo que deambula libremente y no guarda decúbito preferido.

Mucosas: normocoloreadas.

Piel: coloración rojo violáceo generalizada con gruesas escamas que caen fácilmente. A la palpación constatamos una piel gruesa, seca infiltrada, con formación de costras en miembros inferiores. Estas lesiones toman la totalidad de la piel. (Fig. 1).

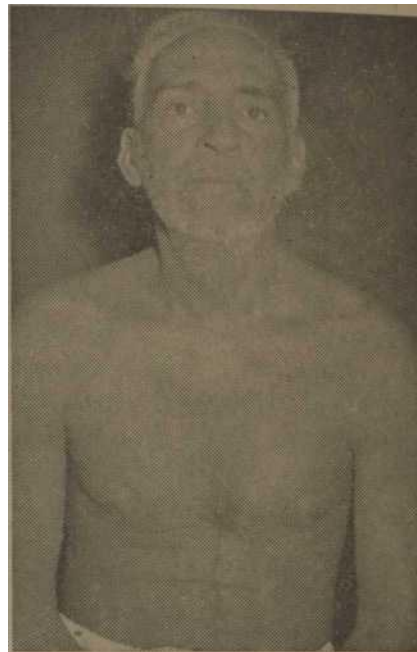


Fig. 1.—Aspecto que toma la piel en una eritrodermia en el curso de linio- sarcoma linfocítico.

T C. S.: Edemas en miembros inferiores que ascienden hasta el muslo, blando que deja huella.

Fañeras: uñas y panículo adiposo nada a señalar.

S. O. M. A.: nada a señalar.

E. Físico Regional.

Cabeza: nada a señalar.

Cuello: nada a señalar.

Tórax: flácido difícil de palpar por el engrosamiento de la piel. *Extremidades:* nada a señalar.

E. Físico por aparatos.

Respiratorio: nada a señalar

Cardiovascular:

Inspección y palpación: choque de la punta no visible ni palpable.

Auscultación:

Ruidos algo apagados, ritmo normal.
Pulso: 80/min. Tensión: 110/70 Arterias periféricas: todas palpables. S. Venoso: no se aprecian várices. *Digestivo:* Faltan algunas piezas. Orofaringe normal. Hígado: borde superior: quinto espacio intercostal. Hígado: borde superior: quinto espacio reborde costal

Génito-urinario: riñones no palpables.

Puntos renoureterales no dolorosos.

H. L. P. Bazo no percutible ni palpable. A nivel de las regiones supraclaviculares, axilares, inguinales y crurales se palpan adenopatías, unas alcanzan el tamaño de una nuez, otras más pequeñas, de consistencia firme, no adheridas a planos superficiales ni profundos, ni entre sí. No dolorosas.

Nervioso: Lo único positivo: disminución de la audición en oído izq. Resto normal.

Exámenes complementarios.

Hemogramas: Enero 11 1962

H. : 5.280,000; Leu.: 70,000;
Seg.: 24; Linfo: 72; Mono: 4.
Hg. 15.3; Hematocrito: 48%.

Febrero 5 1962

H:5,150,000; L: 50,000; Seg.: 16; Linfo:
79; Mono: 5.

Hg. 15; Hematocrito: 47%

Febrero 1962

H:5,670,000; L: 72,000; Seg: 10%; Linfo:
80%; Prolinfo: 07%. Mono: 2%; Eo: 1%
Plaquetas: 210,000.

Hg. 16.3

Medulogramas: enero 29 1962 *En*

esternón:

1. —Integridad del sistema megacario-poyético

2. —Integridad del sistema granulopoyético.

3. Discreta hiperplasia del sistema eritropoyético con desviación derecha.

Conclusión: Médula con déficit de hierro.

Febrero 5 1962

En cresta iliaca:

L Integridad del sistema megacariopoyético

2. —Integridad del sistema granulopoyético.

3. —Discreta hiperplasia del sistema eritropoyético.

Aumento del porcentaje de células reticulares.

Heces fecales: nada a señalar.

Kahn: negativo

Urea: 29 *Glicemia:* 92

Orina: normal.

Metabolismo Basal: 41

Biopsia de ganglio: Linfosarcoma linfocítico. (Fie. 2).

Biopsia de piel: infiltración linfomatosa en dermis medio y superior. (FIG. 3).

Paciente I. G. P., masculino, 60 años, de ocupación carpintero.

M. I. Enrojecimiento de la piel y prurito.

H. E. A. Nos refiere el paciente que su enfermedad comenzó hace 7 años aproximadamente, por aumento de volumen de los miembros inferiores, acompañado de prurito y más tarde formación de ampollas que rompían dejando salir un líquido amarillo sanguinolento. Acude a un facultativo que le indica unos medicamentos que lo mejoran. El prurito persiste acompañado de gran resequedad de la piel por lo que fue visto por un dermatólogo que le indica dieta sin sal y esteroides mejorando marcadamente su sintomatología.

Permanece bien hasta fines del año 58 en que tiene recaída de su enfermedad, esta vez con fiebre, la piel toma un color rojo

en forma difusa, con gran prurito y descamaciones por lo cual es ingresado en el Servicio de Piel de este Hospital. Durante este ingreso empieza a notar caída del pelo, tanto del cuero cabelludo como del resto del cuerpo. Es tratado con varios medicamentos siendo dado de alta mejorado.

Posteriormente ingresa varias veces, mejorando con tratamiento, pero empeorando cuando lo abandona.

En una ocasión ingresó en el Servicio de

Hematología siendo tratado con TEM
E. Físico General.

Paciente normolíneo que deambula sin dificultad y que guarda decúbito indiferente.

Mucosas: normocoloreadas.

Piel: Coloración rojo violácea generalizada; lustrosa y delgada. En miembros inferiores presenta color violáceo oscuro con extensa descamación. (Fie. 4-A y B).

T. C. S. Edemas fríos y blandos que dejan huellas en miembros inferiores y

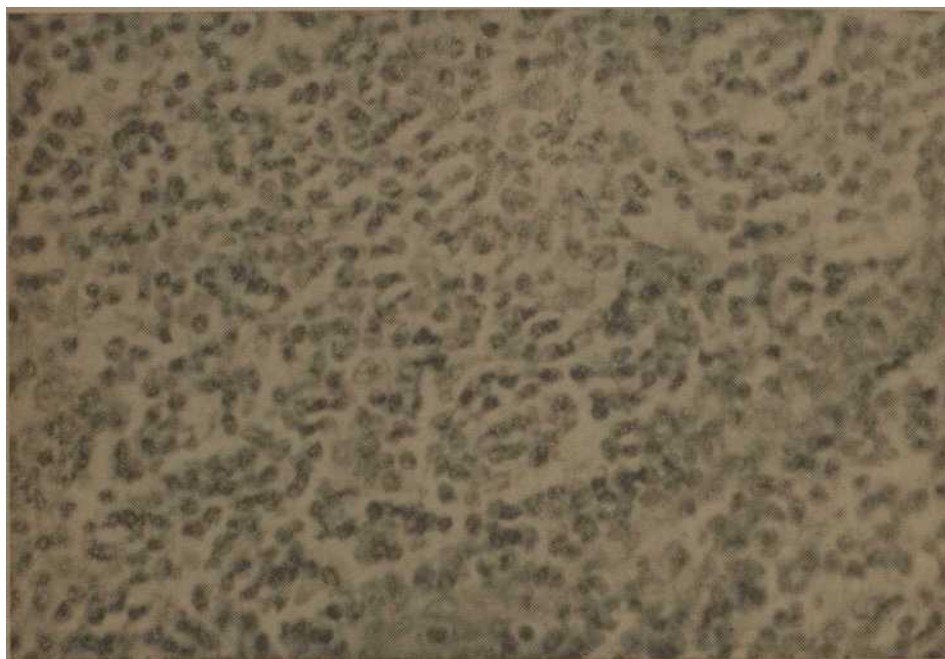


Fig. 2.—Biopsia de ganglio: Infiltración

notando mayor alivio que en veces anteriores.

I. por aparatos.

Nada a señalar.

A. P. P.

Ictericia hace seis años. Chancro en 1925 tratado con Neosalvarsán. Traumatismo abdominal con intervención quirúrgica.

A. P. F.

Nada a señalar.

H. Tóxicos.

Nada a señalar.

de células linfomatosas, a mediano aumento. _____

que asciende hasta la rodilla (las dos). P. adiposo: nada a señalar.

Faneras: Pelos: pérdida del pelo en forma generalizada.

Uñas: Onicomycosis de pies y manos. S. O.

M. A. Nada a señalar.

Examen físico regional y por aparatos.

Aparato Respiratorio:

Inspección: Configuración torácica normal.

Palpación: Vibraciones vocales normales.

Percusión: Sonoridad normal.

Auscultación: Normal.

Aparato Cardiovascular:

Inspección y palpación: Choque de la punta visible y palpable en quinto espacio intercostal a nivel de la línea medio clavicular izq.

Auscultación: Latidos cardíacos normales.

Pulso: 88/min. Tensión: 140/90

Arterias y venas: nada a señalar.

Adenopatías cervicales pequeñas.

S. Nervioso:

Facies actitud y marcha normal. Motilidad; reflejos y sensibilidad normal.

Exámenes complementarios.

Agosto 2 1961 *Hemo gramas:*

H.4,250,000; L.24,000; Seg. 22; Linio. 77;

Alono. 1. Hg. 80%, 12 gms. Hematocrito. 39%.

Sept. 16, 1961.

H.4,800,000; L.23,000; Seg. 22; Linfo.



Fig. 3.—Aspecto microscópico a menor aumento con infiltración linfomatosa del dermis medio y superior.

Aparato digestivo:

Boca: Sepsis oral. Faltan la mayoría de las piezas.

Lengua: Depilada en el centro.

Orofaringe: normal.

Hígado: borde superior: quinto espacio intercostal derecho; borde inferior: no rebasa reborde costal.

Aparato genitourinario:

Nada a señalar.

S. Hernatolinjopoyético:

Submatidez del área esplénica.

76; Mono. 2. Hg. 89%, 13.3 gms. Hematocrito: 44%.

Octubre 18, 1961.

H.4.500,000; L.20,000; Seg. 18; Linfo. 79;

Mono. 3. Hg. 82%, 12.3 gms. Hematocrito: 42%.

Varios hemogramas más con cifras similares.

Feb. 12 1962

H. 4,580,000; L.15,200; Seg.

23; Linfo. 69; Mono. 6; Eo. 2. Hg. 80%, 12 gms. Hematocrito: 42%

Eritros: 28 mms.

Agosto 2, 1961.

Feb. 6 1962; 20 mms.

Kahn: Agosto 2, 1961: negativo *Urea:*

Agosto 2, 1961: 21 *Glicemia:* Agosto

2, 1961: 92 mlgs. *Medulograma:* Dic.

6, 1961.

1. —Discreta
disminución del Sistema
Megacariopoyético.
2. —Integridad del
Sistema Eritropoyético.
3. —Integridad
del Sistema Granulo-
poyético.

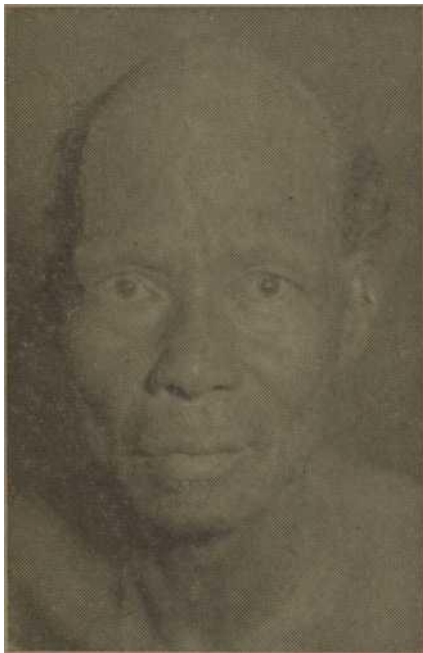


Fig. 4.—Coloración rojo-violácea generalizada, lustrosa y delgada.

Con el fin de resaltar lo difícil que resulta en ocasiones hacer el diagnóstico diferencial de una eritrodermia con síndrome adénico acompañante, presentamos un tercer caso similar a los dos anteriores reportados y en el cual se hizo el mismo planteamiento clínico de linfoma maligno, y que al estudio histopatológico de piel y ganglio se comprobó la presencia de un proceso inflamatorio benigno de piel con adenopatías reaccionales secundarias.

Paciente L. M. L., de 61 años de la raza blanca, casado.

M. I. Prurito generalizado y descamación de la piel.

H. E. A. Refiere el paciente que hace unos 4 meses comienza a presentar prurito, el cual se inicia por los miembros superiores y que se le fue generalizando respetando solamente la cara, notando además que la piel se le descamaba, se



Fig. 4-A.—En miembros inferiores presenta color violáceo obscuro con extensa descamación.

tornaba seca y áspera y tomaba un tinte violáceo. Visitó varios facultativos que le indicaron un tratamiento a base de azufre (lavados con jabón de azufre) y unas pomadas, así como terapia mejorando con esta última.

En el curso de los últimos días antes de su ingreso presentó lo que él refiere como una gripe que se caracteriza por opresión torácica con tos y expectoración con pintas de sangre y aumento de volumen del cuello y cara. Además refiere la aparición de adenopatías junto con el prurito, las cuales se aumentaban

de tamaño cuando se violentaba o cuando hacía fiebre.

Viendo que no mejoraba decide venir a este centro hospitalario donde es ordenado su ingreso.

I. por aparatos.

A. Respiratorio: tos con expectoración hemoptoica.

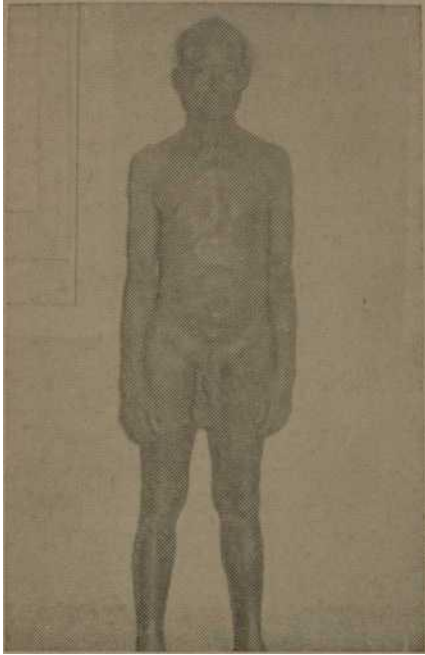


Fig. 4-B.—Nótese la piel lisa y deseamativa y ausencia del vello pubiano.

A. Cardiovascular: nada a señalar.

A. Digestivo: nada a señalar.

A. Genitourinario: refiere orinas muy turbias.

Hemolinfopoyético: ha notado ganglios del tamaño de un garbanzo.

Otros datos: refiere que hace tres días antes de su ingreso tuvo fiebre (38 a 39 grados).

A. P. P.

Sarampión, paludismo.

A. P. Familiares.

Madre muerta de paludismo; padre muerto; hijos 12 vivos y sanos.

H. Tóxicos.

Tabaco XXX; café XXX; alcohol 0; drogas 0.

Hora de trabajo: 10 a 12 horas

Alimentación: regular

Vivienda: regular.

Examen físico.

Enfermo normolíneo que deambula sin dificultad, que guarda decúbito indiferente.

Facies: no característica.

Mucosas normocoloreadas.

Piel: Presenta una piel gruesa, coarceada sobre todo en las extremidades y escroto y de aspecto brillante en el tórax, con un tinte violáceo más acentuado en miembros inferiores y superiores, con descamación (escamas secas y furfuráceas), prurito y formación de costras a nivel de miembros inferiores. La piel de la cara luce respetada. Hiperqueratosis de coloración verdosa en la palma de ambas manos y pies. (FIG. 7)

Faneras: Uñas: nada a señalar.

Pelos: disminución del vello en las extremidades, axila y pubis.

T. C. S. infiltrado en miembros inferiores, que deja fácil godet.

S. O. M. A. nada a señalar.

E. regional y por aparatos.

Cabeza: nada a señalar.

Cuello: aumento de volumen de ambas fosas supraclaviculares.

Tórax: engrosamiento de ambas tetillas.

Abdomen: globuloso con piel engrosada.

Extremidades: lo señalado en la historia.

Aparato respiratorio.

Inspección: nada a señalar.

Palpación: nada a señalar.

Percusión: nada a señalar.

Auscultación: estertores subcrepitantes en base pulmonar derecha.

Aparato circulatorio.

Latido de la punta no visible ni palpable.
Auscultación: Ruidos cardíacos apagados.
Tensión: 110/80 Pulso: 76/min. Arterias periféricas palpables.

Aparato digestivo.

Boca: Sepsis oral.
Lengua: algo saburral Orofaringe: algo enrojecida.
Hígado: borde superior: sexto espacio intercostal; borde inferior: no rebasa el reborde costal.
más pequeñas con iguales características en el cuello y región epitroclear.

Exámenes complementarios.

Hemogramas: Feb. 20 de 1962.
H. 3,600,000; L. 6,900; Seg. 63; Stab. 2; Eo. 3; linf. 30; Mono. 2. Hg. 60%
9 gms. Hematocrito: 32%.
Marzo 19, 1962.
H. 3,720,000; L. 16,000;
Seg. 70; Stab. 3; Eo. 10; Linf. 15; Mono. 2. Hg. 10.75 gms. Hematocrito: 34%.
Eritro: Feb. 20, 1962: 116 Mm.
Marzo 19, 1962: 10 Mm.
Feb. 20, 1962: Urea: 64 Mlg.



Fig. 5.—Biopsia de piel a mediano aumento. Nótese el infiltrado de linfocitos.

Aparato genitourinario.

Nada a señalar.

Aparato H/L/P.

Bazo ni percutible ni palpable. Se palpan adenopatías de tamaño variable entre una nuez y un garbanzo, de consistencia firme, no adherentes entre sí ni a los planos profundos ni superficiales, no dolorosas en región axilar e inguinocrural. Se palpan también adenopatías

Glicemia: 92.

Serología: negativa.

Heces fecales: negativo.

Orina: albúmina: vestigios marcados; hematíes: campo cubierto; leucocitos: campo cubierto.

Feb. del 62:

Biopsia de ganglio: Linfadenitis dermatopática. (FIG. 8)

Biopsia de piel: Linfadenitis crónica. (Fig. 9).

Feb. 22, 1962:
Medulograma:

1. —Integridad del sistema megacario-poyético.
2. —Hiperplasia del sistema granulopo-yético con desviación derecha.
3. —Integridad del sistema eritropoyético.
4. —Aumento del porcentaje de eosinófilos.

Conclusiones:

Médula infecciosa.

fermedad subyacente. En este grupo tenemos lesiones generalizadas y lesiones localizadas. Entre las primeras están comprendidas las eritrodermias que a su vez caen en el grupo de las hematodermias (término genérico utilizado por la escuela francesa para designar las múltiples manifestaciones cutáneas que pueden verse en el curso de las diversas hemopatías). Kaposi describió una forma clínica a la que llamó linfadenosis cutánea difusa a la cual pertenecen los dos casos aquí reportados.

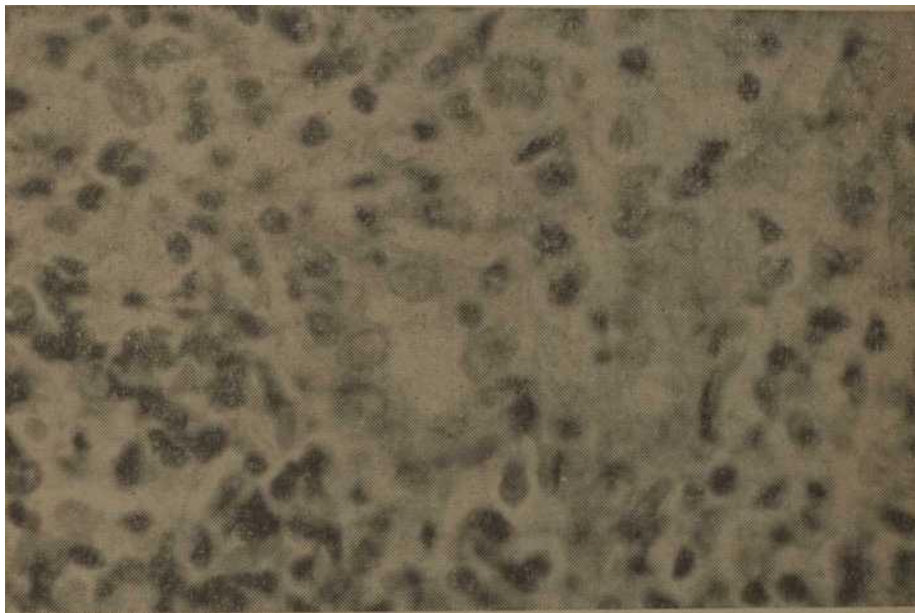


Fig. 6.—Biopsia de ganglio a mayor aumento. Nótese el infiltrado de células linfomatosas.

COMENTARIOS

En relación con estos casos presentados, haremos unos breves comentarios sobre las distintas lesiones cutáneas observadas en el curso de los linfomas malignos, sus caracteres morfológicos y lo observado en nuestros casos.

Siguiendo el esquema de Tappeiner,³ las lesiones cutáneas en el curso de los linfomas malignos podemos clasificarlas en:

A) —Lesiones específicas, que muestran el tipo celular específico de la en-

En el segundo grupo de lesiones específicas localizadas tenemos nódulos, placas y tumores.

B) —Lesiones con estructuras histológicas inespecíficas. (Reacción tóxica o de "ide").

Estas lesiones inespecíficas son muy variadas, incluyendo placas liquenificadas, lesiones eritematosas, escamosas, psoriasiforme, erupciones papulosas, vesiculosas y ampollosas; síndrome que recuerda dermatitis herpetiforme, derma-

titis exfoliativa, eritema generalizado y múltiples lesiones más. En ocasiones la única manifestación cutánea la constituye un prurito feroz "sine materia".

C.—Se incluye por algunos un tercer grupo heterogéneo que ocurre con cierta frecuencia: lesiones purpúricas producto de la trombopenia consecutiva a la enfermedad subyacente, herpes simple, herpes zóster, parapsoriasis en placa y parapsoriasis liquenoide.

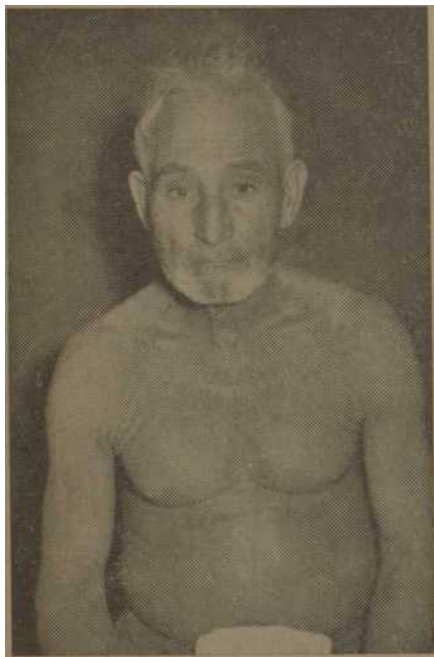


Fig. 7.—Aspecto de la piel del tercer caso con dermatitis generalizada. Compárese la similitud con los casos anteriores.

En la práctica puede resultar difícil hacer la diferenciación entre lesiones específicas y lesiones inespecíficas. Tanto unas como las otras no son patognomónicas, ni hay correlación notable entre entidades morfológicas y determinados tipos de linfomas.

En nuestros casos, la característica clínica fundamental la constituía una eritrodermia generalizada con piel engrosada de color rojo violáceo y descamativa y pruriginosa, que de hecho nos llevó al planteamiento diagnóstico de linfoma

maligno y dentro de este grupo consideramos la leucosis linfoide crónica como primera posibilidad por la frecuencia con que se observa la eritrodermia en esta entidad. Sin embargo, el estudio histopatológico mostró en ambos casos un linfosarcoma linfocítico.

No obstante, el tercer caso señalado, presentaba lesiones cutáneas muy semejantes a las referidas y si además tenemos en cuenta las adenopatías que presentaba, comprenderemos lo difícil que resulta hacer el diagnóstico diferencial entre las lesiones cutáneas de los linfomas y las eritrodermias secundarias a otros procesos. En relación con este caso señalaremos el cuadro descrito por Pautrier-Worringer en 1932 con el nombre de reticulosis lipomelanótica, hecho por una eritrodermia acompañada de adenopatía superficial en el curso de dermatitis crónicas generalizadas, neurodermitis, eczema recurrente, y que, desde el punto de vista histopatológico, se caracteriza por una proliferación reticulocitaria en los folículos de la corteza de ganglios superficiales o acúmulo de grasa y melanina y que ellos interpretaron como una reacción no específica del tejido linfoide, secundario a un proceso inflamatorio de piel y no como una entidad clínica.⁴

Lo importante es tener presente, que frente a un paciente sobre todo de edad avanzada que aqueje prurito generalizado sin lesiones cutáneas o muestre algunas de las lesiones cutáneas señaladas resistentes al tratamiento acostumbrado, debemos sospechar el diagnóstico de linfoma y practicar los análisis necesarios para descartarlos.⁵

De estos tres grupos señalados, los que más caracteres clínicos presentan que nos hacen sospechar linfoma malicioso son las específicas, las cuales tienen tendencia a localizarse en la cara (párpados, mejillas, labios, pabellón auricular), cuero cabelludo y dorso de las manos.

R. C. M.
Sept. -Oct 1961

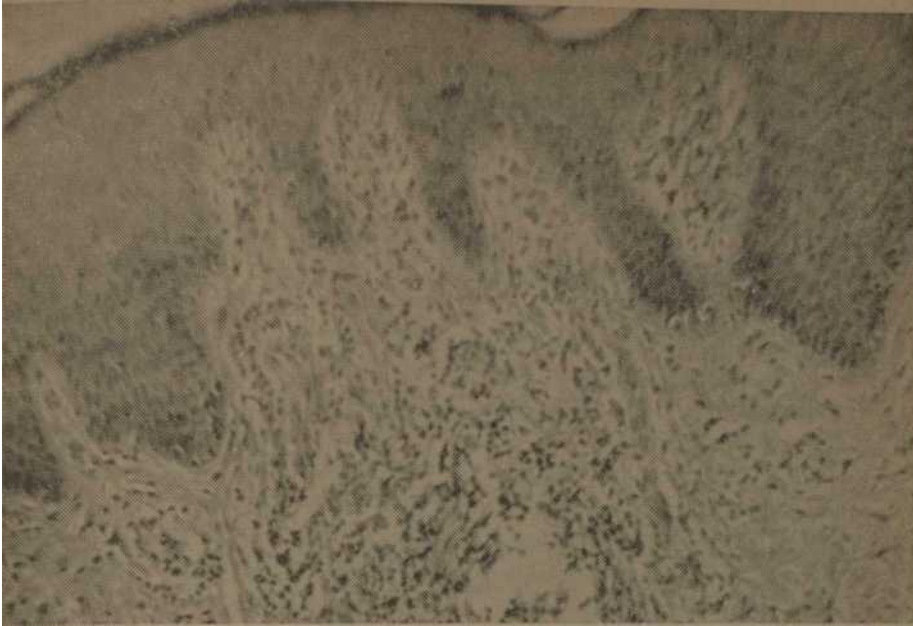


Fig. 8.—Corte de piel a menor aumento. *Linfadenitis crónica.*

Cuando sospechemos lesiones dérmicas en relación con un linfoma, la biopsia de piel nos dará el diagnóstico, siempre que se trate de una lesión específica. Sin embargo, identificar qué variedad de linfoma resulta más difícil, siendo el estudio histopatológico del ganglio quien nos dará el diagnóstico.



Fig. 9.—Corte de ganglio a mayor aumento. *Linfadenitis dermatopática.*

RESUMEN

Se presentan 2 casos de linfosarcoma con lesiones cutáneas predominantes, que clínicamente clasificamos dentro del grupo de lesiones específicas denominadas eritrodermias y dentro de éstas las llamadas por Kaposi linfadenosis cutáneas difusas.

En ambos casos reportados, las lesiones cutáneas fueron tan características que de hecho nos llevó de la mano al diagnóstico del linfoma maligno.

Uno de ellos presenta un síndrome adénico florido y generalizado.

Se comprobó en hemogramas seriados que en los dos casos había irrupción de células linfoides hacia el torrente sanguíneo, pero sin infiltrar médula ósea. Este cuadro fue denominado por Stenberg con el nombre de leucosarcoma, queriendo señalar con ello casos de linfosarcomas con cuadros hemáticos leucénjicos.

Hoy tales consideraciones sobre la naturaleza de estos procesos ha quedado "uperada, ya que se considera como pertenecientes todas a los linfomas malignos.

En uno de los casos se observó como un hecho evidente y mantenido edemas en miembros inferiores que respondieron a dieta sin sal e hidroclorotiazida.

Alopecia generalizada fue otro de los datos clínicos que presentaban ambos casos.

La terapéutica recomendada en estos procesos comprende: Irradiación con Rayos X, Córticoesteroides 20 a 40 mlgs. diarios y Quimioterapia: T. E. M. y Mostaza Nitrogenada.

El primer caso fue tratado primeramente con Mostaza Nitrogenada a razón

de 0.4 mlgs. por kilo de peso, con respuesta muy pobre. Posteriormente se hicieron sesiones de terapia superficial con poca mejoría cutánea. Con dosis de 40 mlgs. de esteroides diarios mejoraron sus lesiones cutáneas.

El segundo caso se mantiene mejorado con córticoesteroides.

Como tratamiento local se utilizó Cold-cream con lo cual mejoró la sequedad y la descamación de la piel.

Se presenta un tercer caso que tiene manifestaciones cutáneas muy semejantes a las señaladas y que se acompaña de un síndrome adénico generalizado, sin embargo, el estudio histológico de piel y ganglio muestra que se trata de una dermatitis generalizada con síndrome adénico reaccional.

CONCLUSIONES

1ro. Frente a todo paciente de edad avanzada que presente alguna de las lesiones específicas referidas o un prurito generalizado y rebelde, debe sospecharse la presencia de linfoma maligno.

2do. Las lesiones cutáneas no son en modo alguno patognomónicas, aunque sí muy sugestivas de estos procesos.

3ro. No es muy posible establecer correlación entre el tipo morfológico de lesión cutánea y la variante de linfoma.

4to. En caso de lesiones específicas la biopsia de la piel nos dará el diagnóstico de certeza de linfoma, aunque la variedad debe precisarse en biopsia de ganglio.

5to. Tener presente que una eritrodermia acompañada de síndrome adénico puede presentarse en el curso de un proceso inflamatorio benigno de piel.

BIBLIOGRAFIA

1. —PONS, PEDRO A.: "Patología y Clínica Médica". Tomo 5.
2. —*It inthrobe* "Hematología Clínica".
3. —PARDO CASTELLÓ, V.: "Dermatología y Sifilografía".
4. —So-Called "Linponelanotic Reticulosis" of Pautrice Woringer A. M. A. Archives of Dermatology and Syphilology, August 1954. Número 2.
5. —LORINEZ, R. A., D. F. MALKINSON, R. S. POTHMAN. Manifestaciones cutáneas de enfermedades incipientes. Clínicas Médicas de Norte América, Enero 1960.