

## CASO CLÍNICO

### LEUCEMIA CUTIS: REPORTE DE UN CASO

Autores

*Dra. Katty Méndez (1), Dra. Diana Cañarte (1), Dr. Stalin Moreno V. (2),  
Dra. Bolivia Bayancela (3)*

#### RESUMEN

Se denomina Leucemia Cutis (LC) a la infiltración de células leucémicas en la piel. Es una presentación clínica inusual en los pacientes diagnosticados con Leucemia, siendo mayor su incidencia en aquellos con Leucemia Mieloide Aguda. Por lo general, la LC es una presentación posterior al compromiso en sangre periférica, aunque hay casos, en los que la manifestación cutánea es el primer indicio de afectación hematopoyética, la mayoría representan un signo de mal pronóstico, recaída, evolución agresiva y/o resistencia al tratamiento. Al ser una manifestación de una enfermedad sistémica, su tratamiento se basa en la erradicación de la misma.

Se expone el caso clínico de una paciente femenina de 62 años de edad con antecedente de Leucemia Mieloide Aguda, que 8 meses posteriores a su diagnóstico presenta manifestaciones cutáneas en tórax anterior acompañadas de prurito. Se realiza Biopsia tipo Punch, por el servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades de las FF.AA. N°1 y estudios inmunohistoquímicos, con lo que se confirma el diagnóstico de LC.

**Palabras clave:** *Leucemia cutis, Leucemia Mieloide Aguda.*

#### ABSTRACT

Leukemia Cutis (LC) is the infiltration of leukemic cells in the skin. It is an unusual clinical presentation in patients diagnosed with Leukemia, its incidence being higher in those with Acute Myeloid Leukemia. In general, LC is a presentation after peripheral blood involvement, although there are cases in which cutaneous manifestation is the first sign of hematopoietic involvement. It represents a sign of poor prognosis, relapse, aggressive evolution and / or resistance to treatment. Being a manifestation of a systemic disease, its treatment is based on the eradication of it.

We presents the clinical case of a 62-year-old female patient with a history of acute myeloid leukemia, who 8 months after diagnosis has skin manifestations in the anterior chest accompanied by pruritus. Punch biopsy was performed by the dermatology service of the Specialties Hospital of the FF. AA. No. 1 and immunohistochemistry studies, confirming the diagnosis of LC.

**Keywords:** *Leukemia cutis, Acute Myeloid Leukemia.*

1) Residente Asistencial Departamento de Dermatología Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No.1.

2) Dermatólogo, jefe de Servicio de Departamento de Dermatología Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No.1.

3) Dermatólogo, Médico tratante del Departamento de Dermatología Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No.1.

**Autor Correspondencia:** Bolivia Bayancela

**Dirección:** Montserrat Quito - Ecuador.

**Teléfono:** 593- 998106648

**Correo electrónico:** [bbayancelag@gmail.com](mailto:bbayancelag@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Se denomina LC a la infiltración cutánea por células leucémicas (1,2,3,6,8,9). Puede presentarse antes o después del diagnóstico de leucemia en sangre o médula ósea <sup>4</sup>.

Las manifestaciones cutáneas de la leucemia sugieren recaída o resistencia al tratamiento, aunque también puede constituir la manifestación inicial de la enfermedad <sup>3</sup>.

La fisiopatología de la LC no se conoce con claridad, sin embargo se cree que intervienen varios factores entre ellos: ciertas citocinas, integrinas y moléculas de adhesión <sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas de la LC son variadas, pueden ser pápulas, nódulos múltiples o placas infiltradas, por lo general eritematosas o violáceas, gomosas al tacto y asintomáticas <sup>3</sup>.

La biopsia de piel es una herramienta importante para el diagnóstico y la diferenciación con otras dermatosis <sup>5</sup>.

Se describe el caso clínico de una paciente femenina con antecedente de Leucemia Mieloide Aguda que presentó manifestaciones cutáneas durante su internación.

## ANTECEDENTES

Paciente femenino de 62 años de edad, nacida en Guayaquil y residente en Quito, casada, ama de casa. Con antecedentes de Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo y Leucemia Mieloide Aguda.

Recibe el primer ciclo de quimioterapia a base de Citarabina en institución particular y segundo ciclo de consolidación con Citarabina y Mitoxantrona.

## HALLAZGOS CLÍNICOS

Dermatosis de 48 horas de evolución, diseminada en tórax anterior y abdomen, caracterizada por placas redondeadas y ovaladas de bordes definidos eritematosas, algunas marrones, con descamación fina, Fig.1, y en la espalda maculas hiperpigmentadas marrón claro.



**Figura No. 1**  
Placas redondeadas y ovaladas de bordes definidos, eritematosas, algunas marrones.

## CRONOLOGÍA

12/04/2017	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA (INSTITUCIÓN PARTICULAR)
14/06/2017	RECIBE PRIMER CICLO DE QUIMIOTERAPIA CON CITARABINA (INSTITUCIÓN PARTICULAR)
17/06/2017	INGRESO ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGÍA POR PANCITOPENIA Y NEUTROPENIA FEBRIL. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
17/06/2017	VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA E INICIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON CEFEPIME Y VANCOMICINA
07/07/2017	EGRESO HOSPITALARIO
11/10/2017	INGRESO DE SEGUNDO CICLO DE CONSOLIDACIÓN CON CITARABINA + MITOXANTRONA
19/10/2017	INTERCONSULTA A INFECTOLOGÍA, INICIO DE VANCOMICINA + CEFEPIME POR NEUTROPENIA FEBRIL PROFUNDA
23/11/2017	INICIA VORICONAZOL
29/11/2017	INICIA LEVOFLOXACINA 750 MG
03/12/2017	LESIONES EN TÓRAX Y ABDOMEN
05/12/2017	INTERCONSULTA REALIZADA A ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGÍA. LESIONES EN TÓRAX ANTERIOR Y ABDOMEN QUE SE ACOMPAÑAN DE PRURITO DE MODERADA INTENSIDAD, ADEMÁS PRESENCIA DE MASAS EN CARA POSTERIOR DE MISLO DERECHO. IDG: REACCIÓN MEDICAMENTOSA + XEROSIS TTO: DESONIDE (DERMOSUPRIL) BID + MANTECA DE KARITE (SECALIA BALM) BID
08/12/2017	TOMA DE BIOPSIA PUNCH DE TÓRAX ANTERIOR
22/12/2017	EGRESO HOSPITALARIO
26/12/2017	INGRESO A HEMATOLOGÍA
26/12/2017	RESULTADO DE HISTOPATOLÓGICO: -MICROSCÓPICO: PIEL QUE PRESENTA A NIVEL DE DERMIS INFILTRACIÓN DE CÉLULAS HEMATOLINFÓIDES CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS, QUE FORMA CÚMULOS -DG HISTOPATOLÓGICO: INFILTRACIÓN DE NEOPLASIA HEMATOLINFÓIDE, SE SOLICITA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CD34, CD10, CD5, CD20, CD3, LCA
29/12/2017	EGRESO HOSPITALARIO
02/01/2018	INGRESO A HEMATOLOGÍA SOPORTE TRANSFUSIONAL
03/01/2018	I/C INFECTOLOGÍA POR NEUTROPENIA FEBRIL PROFUNDA Y D/C INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA INICIO DE QUIMIOTERAPIA CON CITARABINA + ACIDO TRANEXAMICO INICIO DE MEROPENEM + VANCOMICINA
18/01/2018	EGRESO HOSPITALARIO
23/01/2018	INGRESO A HEMATOLOGÍA (NAC Y REAGUDIZACIÓN DE LMA)
24/01/2018	I/C UCI POR DIFICULTAD RESPIRATORIA PRIORIDAD IV B (NO SE BENEFICIA DE UCI) SIN PRONÓSTICO KARNF: 80% BRADICARDIA EXTREMA. FALLECE A LAS 13:55 SE SOLICITA A TRABAJO SOCIAL INMUNOHISTOQUÍMICA REALIZADA FUERA DE LA INSTITUCIÓN

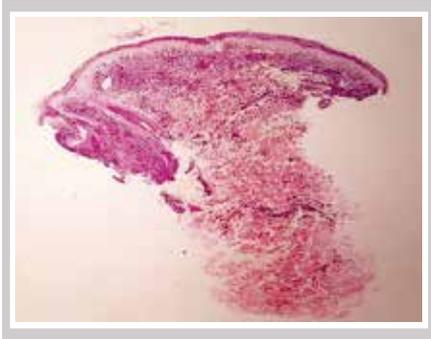
## EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

Por las lesiones descritas, inicialmente se considera el diagnóstico de Reacción Medicamentosa, por lo que se inicia tratamiento tópico con Desonide 0.1% BID, al tercer día, al no haber mejoría clínica, se decide realizar biopsia tipo PUNCH de una lesión del tórax anterior. Luego de un mes, las lesiones de tórax anterior se tornaron violáceas e infiltradas, aunque menos pruriginosas. Fig.2.



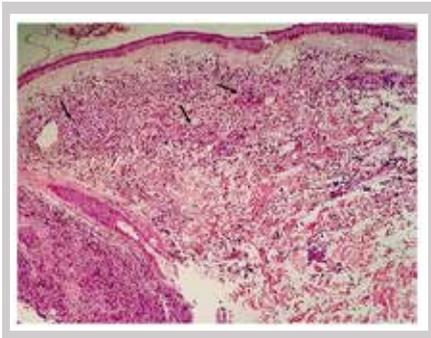
**Figura No. 2**  
Placa eritematoviolácea infiltrada.

El resultado del histopatológico de muestra tomada de piel de tórax anterior reporta: Fig: 3,4,5,6.



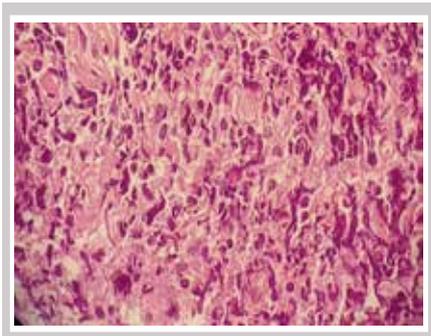
**Figura No. 3**

**Vista panorámica: Infiltrado hematolinfoide que ocupa la dermis y parte de la hipodermis**



**Figura No. 4**

**Mayor aumento: Epidermis sin afectación. El infiltrado tiene a formar cúmulos**



**Figura No. 5**

**Células atípicas, con núcleos hiper cromáticos**



**Figura No. 6**

**Epidermis conservada. Células blásticas perivasculares y perianexiale**

Microscópico: Piel que presenta a nivel de dermis infiltración de células hematolinfoides características atípicas, que forma cúmulos.

Diagnóstico patológico: infiltración de neoplasia hematolinfoide. Positivo para malignidad. Se solicita inmunohistoquímica.

Inmunohistoquímica: CD20 Negativo; CD34 Positivo en algunos vasos del estroma; CD3: Positivo en muy ocasionales células; Antígeno Leucocitario Común: Positivo en numerosas células.

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El manejo de la Leucemia Cutis, consiste en el tratamiento de la patología de base a cargo de especialidad de Hematología y seguimiento por Dermatología.

## SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente con mala respuesta a soporte transfusional, episodios de neutropenia febril a repetición e infecciones continuas que requieren antibioticoterapia de amplio espectro, con hospitalizaciones por largos periodos. Al mes de haber manifestaciones cutáneas de su enfermedad, la paciente fallece.

## DISCUSIÓN

De manera general, la leucemia es una enfermedad que afecta al sistema hematopoyético<sup>1</sup>, en la que los leucocitos y/o sus precursores pierden la capacidad para madurar y diferenciarse, proliferando de manera desordenada y reemplazando los elementos normales de la médula ósea<sup>2</sup>. Se clasifica en dos grupos: linfoides y mieloides<sup>2</sup>. Se denomina leucemia cutis a la infiltración de células leucémicas en la piel, se puede presentar posterior a la enfermedad sistémica como una manifestación clínica de recaída o resistencia al tratamiento, o como una manifestación inicial sin diagnóstico de leucemia en sangre o médula ósea, denominándose en ese caso como leucemia cutis aleucémica<sup>3</sup>. Se desconoce la incidencia y prevalencia de la leucemia cutis<sup>4</sup>, sin embargo, se observa en el 2 al 10% de todas las leucemias, con más frecuencia en la Leucemia Mielocítica Aguda (10-15%), sobre todo en las formas monocíticas y mielomonocíticas.

Su explicación es la afinidad del monocito por la piel <sup>6</sup>. En la Leucemia Linfocítica Crónica, por linfocitos T, es del 1% <sup>6</sup>.

La frecuencia de leucemia cutis, parece ser mayor en los niños que en los adultos, entre el 25 al 30% de los niños con leucemia congénita, desarrollan afectación cutánea <sup>8</sup>.

Se desconoce la patogenia de la Leucemia Cutis, pero se propone la existencia de clones de células tumorales con afinidad por la piel, que migran hacia la dermis. La acumulación de células malignas en la piel es debida a la proliferación local <sup>6</sup>.

La Leucemia Cutis, generalmente, se manifiesta como placas o nódulos violáceos, elevados, no sensibles <sup>5</sup>, sin embargo, nemotécnicamente, se pueden clasificar las manifestaciones cutáneas en específicas (leucemia cutis propiamente dicho) e inespecíficas (leucemoides) <sup>4</sup>.

Específicas: Corresponden a la infiltración de la piel por células leucemoides <sup>6</sup>. Se caracterizan por pápulas, nódulos y placas discretas, de consistencia firme, purpúreas o de color rojizo-marrón o de aspecto hemorrágico <sup>4</sup>. Inespecíficas: Son secundarias a la disfunción medular, a la dermatosis paraneoplásica y a las toxicodermias <sup>7</sup>.

Se manifiestan como púrpuras, petequias, equimosis, con prurito, generalizado, eritrodermia exfoliativa, herpes zóster, úlceras crónicas secundarias a herpes simple, pioderma gangrenoso, urticaria, eritema multiforme, hiperpigmentación, mucosis cutáneas y erupciones morbilliformes no específicas <sup>4</sup>. Los sitios más afectados son los miembros inferiores, seguidos por los superiores, tronco, cuero cabelludo y cara <sup>7</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales, se debe considerar: metástasis, linfomas, sarcoma de Kaposi, erupción secundaria a drogas, exantema viral, exantema por sífilis, pitiriasis rosada, vasculitis, epidermólisis bullosa autoinmune, eritrodermia idiopática, úlceras idiopáticas, lupus eritematoso y fibromatosis gingival idiopática <sup>4</sup>.

Para el diagnóstico, es muy importante la correlación de la clínica con los hallazgos de laboratorio entre los que se pueden solicitar en sangre periférica y médula ósea <sup>5-8</sup>.

El hallazgo de hiperfosfatemia, hipocalcemia y aumento del ácido úrico, son sugestivos de lisis tumoral <sup>6</sup>.

Es necesario, confirmar el diagnóstico con una biopsia de piel, en el que se observará el patrón morfológico de la infiltración cutánea, las características citológicas y el inmunofenotipo o la citoquímica de las células tumorales <sup>8</sup>.

Se puede evidenciar la infiltración de la dermis y la hipodermis por células blásticas con predominio perivascular y perianexial <sup>6-8</sup>.

En la leucemia mieloide, se respeta la epidermis y por debajo, se aprecia una zona de la dermis papilar sin infiltración tumoral (llamada zona de Grenz). En las leucemias linfoides, se observan infiltrados difusos y las células leucémicas presentan epidermo-tropismo <sup>6</sup>.

No se disponen de muchos datos moleculares para la evaluación de especímenes específicos de leucemia cutis. Se considera que las anomalías del cromosoma 8 son más comunes en los pacientes con Leucemia Mieloide aguda que presentan manifestaciones cutáneas <sup>8</sup>.

La leucemia cutis es una manifestación local de una enfermedad sistémica subyacente, lo tanto, el tratamiento debe estar dirigido a la erradicación de la enfermedad sistémica <sup>8</sup>.

La quimioterapia, es adecuada para lograr la remisión de la enfermedad en la médula ósea. Se recomienda radioterapia con baño de electrones para controlar la expresión en la piel de la leucemia, ya que si no es tratada puede actuar como reservorio de la enfermedad <sup>6</sup>.

Algunos estudios demuestran también el uso de antraciclinas y citarabina <sup>6</sup>.

En general, la leucemia cutis implica mal pronóstico, prediciendo que la enfermedad tendrá un curso agresivo, con supervivencia corta <sup>8</sup> y una mortalidad del 80% <sup>7</sup>. A excepción de la leucemia congénita, en la que la leucemia cutis no confiere peor pronóstico <sup>7</sup>.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Servicio de Patología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas - Quito, particularmente a la Doctora Ramos por proporcionarnos las fotografías del histopatológico.

## REFERENCIAS

1. MICHELENA M., TEBEROSKY M., MATAMOTOS E., CAMPOY M., ARRENA G., ET AL. *Leucemia cutis en leucemia mieloide aguda. A propósito de 2 casos. Arch. Argent. Dermatol* 2015. 65 (5):161-166
2. PEÑA A., DOMÍNGUEZ J., MÉNDEZ S. *Leucemia cutis (LC): Características clínicas de 27 pacientes mexicanos y una breve revisión de literatura. Gac. Med. Mex* 2016.152: 703-10
3. MICHELENA M., GARRITANO M., FLEMING C., PIANZOLA M., FAZIOS P., ET AL. *Leucemia cutis en leucemia mieloide aguda. Arch. Argent. Dermatol* 2011. 61: 26-29
4. SALDIVAR F., DEL BURGO J., PORZUNA. D. *Un paciente con leucemia cutis. Rev Clín Med Fam* 2012; 5(3): 206 – 208
5. KUMAR S., GUPTA S., SETH T. MISHRA P., MAHAPATRA M. *Leukemia Cutis: An Unusual Presentation. Indian J Hematol. Blood Transfus. Springer. Sept* 2012.175 - 177
6. DE LUCA D., VAGLIO G., TORRE A., ENZ P., ET AL. *Leucemia Cutis. Dermatol. Argent.* 2011, 17 (2): 123-127
7. LEBORÁNS M., MARTÍNEZ V., TORREGROSA C., MIQUEL A. *Leucemia cutis. Serie de 17 casos y revisión de la literatura. Actas Dermisifilog.* 2016; AD 1406; 5-9
8. HEE CHO J., MEDEIROS J., PRIETO V., VEGA F. *Leucemia Cutis. American Society for Clinical Pathology.* Marzo 2008;129-130-142.