

### Pseudolimfoma Kutis: Laporan Kasus

#### *(Cutaneous Pseudolymphoma: A Case Report)*

**Kartika Kemala, Wening Setyani, Dyah Ayu Mira Oktarina, Yohanes Widodo Wirohadidjojo**

*Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*

*Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada/RSUP Dr. Sardjito-Yogyakarta*

#### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Pseudolimfoma kutis adalah proses limfoproliferatif jinak poliklonal pada kulit, yang menyerupai limfoma kutis secara klinis dan atau histopatologi. Pseudolimfoma kutis bermanifestasi dalam bentuk nodul atau plak keunguan pada wajah. Pada kasus yang dicurigai sebagai pseudolimfoma kutis, bagian terpenting adalah diagnosis untuk membedakan lesi tersebut jinak atau ganas. Diagnosis memerlukan kombinasi antara pemeriksaan klinis, histopatologis, dan imunohistokimia. **Tujuan:** Melaporkan satu kasus pseudolimfoma kutis yang menitikberatkan pada masalah penegakan diagnosis. **Kasus:** Seorang wanita usia 27 tahun, datang dengan keluhan nodul asimtomatik berwarna merah pada pipi sejak 2 bulan yang lalu. Pemeriksaan histopatologi didapatkan sebaran limfosit padat membentuk folikel limfoid dengan *centrum germinativum* yang sebagian mendestruksi kelenjar *appendices* kulit dan meluas hingga jaringan lemak subkutis. Pemeriksaan imunohistokimia menunjukkan hasil positif dengan pewarnaan *cluster of differentiation* (CD) 20+, CD3+, dengan dominasi pada CD3+. Pewarnaan CD4+ menunjukkan hasil positif dan CD8+ dengan hasil negatif. **Penatalaksanaan:** Pasien diterapi dengan injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml intralesi, dan memberikan hasil yang memuaskan setelah 3 kali injeksi. **Simpulan:** Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan histopatologi, dan imunohistokimia, telah ditegakkan kasus pseudolimfoma kutis pada seorang wanita 27 tahun. Terapi dengan injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml intralesi memberikan hasil yang memuaskan.

**Kata Kunci:** Pseudolimfoma kutis, limfoma kutis, imunohistokimia, poliklonalitas.

#### **ABSTRACT**

**Backgrounds:** Cutaneous pseudolymphoma is a reactive polyclonal benign lymphoproliferative process in the skin, that simulate cutaneous lymphomas clinically, histologically, or both. Pseudolymphoma clinically manifest as solitary livid nodules or plaque on the face. In cases where cutaneous pseudolymphoma is suspected, the most crucial part is diagnosis, in order to differentiate benign or malignant lesion. Diagnosis required a combination of clinical, histopathological, and immunohistochemistry examination. **Objectives:** To report a case of cutaneous pseudolymphoma, focused on the diagnosis problem. **Case:** A 27-year old woman, presented with asymptomatic red nodule on her cheek since 2 months before. Histopathological examination revealed dense lymphocytic infiltration forming lymphoid follicles with centrum germinativum that partially destructed skin appendice glands and extended to subcutaneous adipose tissue. Immunohistochemistry examination showed positive result on *cluster of differentiation* (CD) 20+, CD3+ staining with domination of CD3+. CD4+ and CD8+ staining gave positive and negative result, respectively. **Treatment:** Patient was treated with intralesional injection of triamcinolone acetonide 10 mg/ml and showed satisfying result after 3 times injection. **Conclusion:** A cutaneous pseudolymphoma in a 27-year old woman was diagnosed based on history and physical, histopathological, also immunohistochemistry examination. Intralesional injection of 10 mg/ml triamcinolone acetonide gave satisfying result.

**Key words:** Cutaneous pseudolymphoma, cutaneous lymphoma, immunohistochemistry, polyclonality.

Alamat korespondensi: Kartika Kemala, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, RSUP Dr. Sardjito-Yogyakarta, Jl. Farmako, Sekip Utara, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55281, e-mail: kartika.kemala@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Pseudolimfoma kutis merupakan istilah yang digunakan untuk kelainan kulit limfoproliferatif jinak reaktif yang menyerupai limfoma kutis, baik secara klinis dan atau histopatologi.<sup>1,2</sup> Pseudolimfoma pertama kali diperkenalkan oleh Kaposi pada tahun 1891, dan pada akhirnya pseudolimfoma kutis digunakan oleh Burg dan kawan-kawan pada tahun 1982.<sup>3</sup>

Gambaran klinis pseudolimfoma dapat berupa papul, plak, atau nodul eritema keunguan yang mayoritas ditemukan di wajah.<sup>4</sup> Pseudolimfoma dapat merupakan respons terhadap trauma, gigitan serangga, dan stimulus lain.<sup>5</sup> Berdasarkan infiltrat limfosit yang dominan pada pemeriksaan histopatologi, pseudolimfoma diklasifikasikan menjadi pseudolimfoma sel B dan sel T.<sup>6</sup> Laporan ini melaporkan satu kasus pseudolimfoma kutis pada seorang wanita usia 27 tahun, yang diterapi dengan injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml intralesi.

## LAPORAN KASUS

Seorang wanita, usia 27 tahun berasal dari Yogyakarta, datang ke Poliklinik Kulit Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito pada bulan Januari 2017 dengan keluhan benjolan merah pada pipi kiri sejak 2 minggu sebelum periksa ke rumah sakit (SPRS). Benjolan tersebut awalnya berupa bintil seperti jerawat yang dimanipulasi oleh pasien, dan kemudian semakin besar. Benjolan tidak terasa gatal maupun nyeri. Pasien menyangkal riwayat konsumsi obat-obatan, gigitan serangga, ataupun trauma yang mendahului keluhan.

Pemeriksaan fisik menunjukkan semua tanda vital masih dalam batas normal dan tidak ditemukan adanya pembesaran limfonodi. Status dermatologis pada pipi kiri didapatkan nodul eritema, soliter, dengan ukuran diameter  $\pm$  2 cm (Gambar 1A). Pada palpasi didapatkan nodul kenyal, terfiksasi, dan tidak didapatkan nyeri tekan. Pasien didiagnosis banding dengan pseudolimfoma kutis dan limfoma kutis.



**Gambar 1.** Foto pasien pada saat pertama kali datang. Pada pipi kiri tampak adanya nodul eritema, soliter, dengan ukuran diameter  $\pm$  2 cm (A). Plak eritema setelah injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml ke-3 (B). Plak kecoklatan 1 minggu setelah injeksi triamsinolon asetonid ke-3.

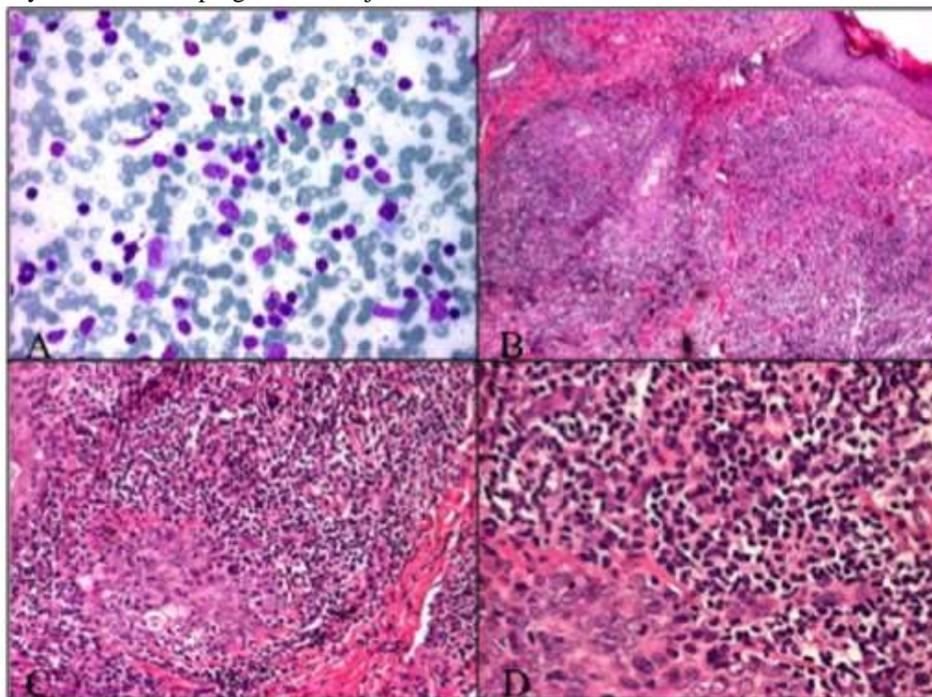
Pasien dikirim ke bagian Patologi Anatomi untuk dilakukan pemeriksaan aspirasi jarum halus (AJH). Sediaan sitologi AJH menunjukkan sel-sel radang yang tersebar, terdiri dari sel limfoid banyak dengan berbagai macam maturasi, makrofag cukup, leukosit polimorfonuklear sedikit, dan tidak didapatkan adanya sel ganas (Gambar 2A). Kesimpulan dari pemeriksaan AJH berupa radang dengan proliferasi limfoid.

Pemeriksaan biopsi dilakukan untuk mengonfirmasi penyebab lesi. Pemeriksaan histopatologi menunjukkan epidermis atrofi. Dermis menunjukkan sebukan limfosit padat membentuk folikel limfoid dengan *centrum germinativum* yang

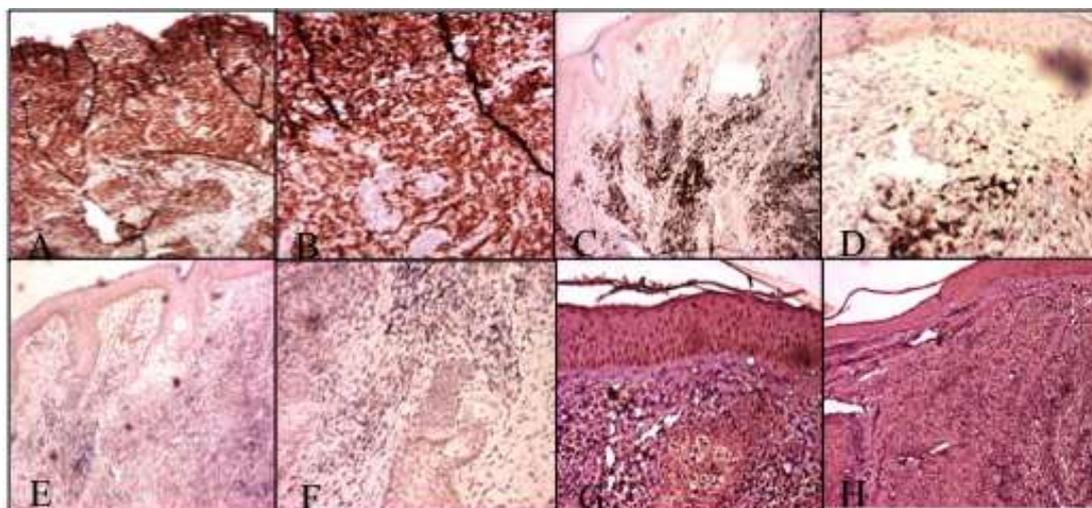
sebagian mendestruksi kelenjar *appendices* kulit dan meluas hingga jaringan lemak subkutis. Tidak didapatkan tanda sel ganas (Gambar 2B, C, D). Pemeriksaan imunohistokimia juga dilakukan dan menunjukkan hasil positif dengan pewarnaan *cluster of differentiation* (CD) 20+, CD3+, dengan dominasi pada CD3+. Pewarnaan CD4+ menunjukkan hasil positif dan CD8+ dengan hasil negatif (Gambar 3).

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien tersebut didiagnosis dengan pseudolimfoma kutis, dan mendapat terapi berupa injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml intralesi. Lesi menunjukkan perbaikan yang signifikan setelah 3 kali injeksi (Gambar 1B). Nodul eritema

telah menjadi plak kecoklatan (Gambar 1C). Tidak didapatkan adanya efek samping dari injeksi triamsinolon asetonid.



**Gambar 2.** Tampak sel limfoid dengan berbagai macam maturasi, aspirasi jarum halus. Pembesaran 40x (A). Pemeriksaan histopatologi dengan pewarnaan Hematoksilin Eosin tampak infiltrat limfosit padat membentuk folikel limfoid dengan *centrum germinativum*. Pembesaran 40x, 100x, 200x (B, C, D)



**Gambar 3.** Pewarnaan imunohistokimia. Pewarnaan dengan *cluster of differentiation* (CD)3+ pada epidermis dan dermis. CD3+ pada membran sel limfosit (A pembesaran 40x, B pembesaran 100x). Pewarnaan dengan CD20+ pada membran sel limfosit (C pembesaran 40x, D pembesaran 100x). Pewarnaan dengan CD4+ positif pada sitoplasma sel limfosit (E pembesaran 40x, F pembesaran 100x). Pewarnaan dengan CD8+ negatif (G pembesaran 40x, H pembesaran 100x).

#### PEMBAHASAN

Pada kasus yang dicurigai sebagai pseudolinfoma kutis, bagian terpenting adalah diagnosis untuk membedakan lesi yang dijumpai jinak atau ganas. Selanjutnya diagnosis tersebut akan memengaruhi pilihan terapi dan prognosis pasien.<sup>4</sup>

Diagnosis harus selalu ditegakkan berdasarkan kombinasi antara pemeriksaan klinis dan histopatologi, serta seringkali memerlukan pemeriksaan tambahan berupa imunohistokimia dan teknik molekular biologi.<sup>3,7</sup>

Pseudolimfoma tidak merujuk ke suatu penyakit yang spesifik atau mengindikasikan etiologi tertentu, istilah ini digunakan untuk menunjukkan suatu proses akumulasi limfosit di kulit sebagai respons terhadap berbagai stimulus atau antigen yang diketahui maupun tidak diketahui.<sup>6</sup> Antigen pada kasus pseudolimfoma dapat berupa gigitan serangga, tato, trauma, vaksinasi, perhiasan, obat, dan juga infeksi oleh *Borrelia burgdoferi*. Pada banyak kasus, etiologi pseudolimfoma tidak dapat diungkapkan dan ditetapkan sebagai kasus yang idiopatik.<sup>7-9</sup>

Secara klinis pseudolimfoma mayoritas bermanifestasi dalam bentuk nodul soliter eritema sampai coklat hingga keunguan, tetapi dapat pula tampak dalam bentuk papul atau plak infiltrat soliter atau multipel. Pada beberapa kasus dilaporkan pula bentuk lesi yang tidak umum, berupa ulserasi dan keloid.<sup>10,11</sup> Pada pemeriksaan histopatologi, gambaran yang penting dari pseudolimfoma adalah proliferasi limfoid dengan keterlibatan *centrum germinativum*, dapat dijumpai derajat atipia dan gambaran mitosis yang minimal. Pemeriksaan imunohistokimia akan didapatkan hasil yang positif pada penanda limfosit sel B dan sel T.<sup>4,6,9</sup> Keterlibatan *centrum germinativum* dan poliklonalitas dari limfosit akan menyingkirkan diagnosis banding limfoma kutis.<sup>4</sup>

Pilihan terapi pada pseudolimfoma kutis ditentukan berdasarkan faktor penyebab, luas lesi, lokasi anatomi, dan kebutuhan pasien.<sup>10</sup> Resolusi spontan dilaporkan pada beberapa kasus dengan penghentian etiologi yang mendasari dan beberapa dilaporkan pula pada kasus yang bersifat idiopatik.<sup>10,11</sup> Pilihan terapi dapat berupa steroid intralesi dan sistemik, bedah beku, interferon alfa, eksisi, radioterapi lokal, antimalaria, dan immunosupresan.<sup>4,5,11</sup>

Pada kasus ini dijumpai adanya nodul eritema soliter pada wajah. Pemeriksaan histopatologi dan imunohistokimia didapatkan infiltrat limfosit padat membentuk folikel limfoid, dan poliklonalitas sel limfosit dengan dominasi sel T. Berdasarkan temuan tersebut diagnosis pseudolimfoma kutis ditegakkan. Lesi yang ditemukan pada kasus ini soliter dan terlokalisir, sehingga pilihan terapi adalah injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml intralesi. Injeksi triamsinolon asetonid memberikan hasil yang memuaskan setelah injeksi yang ketiga dan tidak didapatkan adanya efek samping pada pasien.

Selain diagnosis dan terapi, hal lain yang perlu diperhatikan pada kasus pseudolimfoma adalah progresifitas pseudolimfoma ke arah keganasan. Pada beberapa laporan kasus, pseudolimfoma dilaporkan dapat berkembang menjadi ganas. Progresifitas ke arah keganasan masih dimungkinkan karena 2 hal,

yaitu karena kesalahan dalam diagnosis dan karena pajanan antigen yang terjadi secara terus menerus.<sup>1,11,12</sup>

Pseudolimfoma kutis merupakan istilah yang digunakan untuk kelainan kulit limfoproliferatif jinak reaktif yang menyerupai limfoma kutis, baik secara klinis dan atau histopatologis. Kasus ini adalah pseudolimfoma kutis pada seorang perempuan yang ditegakkan berdasar pada anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Terapi dengan injeksi triamsinolon asetonid 10 mg/ml memberikan hasil yang memuaskan.

## KEPUSTAKAAN

1. Romero-Perez D, Martinez MB, Encabo-Duran B. Cutaneous pseudolymphomas. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107(8):640-51.
2. Terada T. Cutaneous pseudolymphoma: a case report with an immunohistochemical study. *Int J Clin Exp Pathol* 2013;6(5):966-72.
3. Shtilionova S, Drumeva P, Balabanova M, Krasnaliev I. What is pseudolymphoma and its nature. *J of IMAB* 2010;16(3):106.
4. Shetty SK, Hegde U, Jagadish L, Shetty C. Pseudolymphoma versus lymphoma: an important diagnostic decision. *J Oral Maxillofac Pathol* 2016;20(2):328.
5. Bergman R. Pseudolymphoma and cutaneous lymphoma: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28:568-74.
6. Koh WL, Tay YK, Koh MJA, Sim CS. Cutaneous pseudolymphoma occurring after traumatic implantation of a foreign red pigment. *Singapore Med J* 2013;54(5):e100-1.
7. Shashikumar BM, Harish MR, Katwe KP, Kavya M. Cutaneous pseudolymphoma: an enigma. *Clin Dermatol Rev* 2017;1:22-4.
8. Prabhu V, Shivani A, Pawar VR. Idiopathic cutaneous pseudolymphoma: an enigma. *Indian Dermatol Online J* 2014;5(2):224-6.
9. Hussein MR. Cutaneous pseudolymphomas: inflammatory reactive proliferations. *Expert Rev Hematol* 2013;6(6):713-33.
10. Mahajan NA, Bindu SM, Mulay SS. Lymphadenosis benigna cutis or cutaneous lymphoid hyperplasia: a rare case report. *APALM* 2016; 3(1): C44-8.
11. Cho S, Kim MR, Oh SH. A case of cutaneous pseudolymphoma in a clinical appearance of keloid. *Korean J Dermatol* 2012;50(11):1006-8.
12. Sori T, Rai V, Pai VV, Naveen KN. Facial nodule: what is your diagnosis. *Indian J Dermatol* 2013;58:248.