CASO CLÍNICO

Dermatosis neutrofílica localizada atípica. Dermatosis neutrofílica localizada en linfedema post-mastectomia.

Gregorio Ortiz,[*] Verónica Úraga,[**] Juan Carlos Garcés[***]

* *Residente de tercer año de dermatología, UCSG*
** *Dermatóloga del Centro Dermatológico Úraga*
*** *Dermatopatólogo*

Correspondencia:
g.enrique9207@gmail.com

Palabras claves: dermatosis neutrofílica, síndrome de Sweet, linfedema, neutrofilia

Cómo citar este artículo:
Ortiz L., Úraga V., Garcés JC. Dermatosis neutrofílica localizada atípica. Dermatosis neutrofílica localizada en linfedema post-mastectomia. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(2).

Fecha de recepción: 28/5/2026
Fecha de aceptación: 7/7/2026

RESUMEN

La dermatosis neutrofílica localizada sobre áreas de linfedema post-mastectomía constituye una variante poco frecuente del síndrome de Sweet, caracterizada por lesiones inflamatorias confinadas a territorios con alteración del drenaje linfático y disfunción inmunológica regional. Presentamos el caso de una mujer de 76 años con antecedente de carcinoma ductal de mama derecha tratada mediante mastectomía, linfadenectomía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, quien desarrolló linfedema crónico ipsilateral. Consultó por un cuadro caracterizado por lesiones maculopapulares eritematosas en brazo derecho, asociadas a episodios de alza térmica, sensibilidad y sensación de calor local. Los estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis, neutrofilia, hiperfibrinogenemia y elevación de proteína C reactiva. La biopsia cutánea mostró infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo con neutrófilos dispersos, endotelios tumefactos y extravasación focal de eritrocitos. Se planteó el diagnóstico de dermatosis neutrofílica localizada sobre área de linfedema postmastectomía, probablemente favorecida por un distrito inmunológicamente vulnerable por los antecedentes antes mencionados.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sweet, o dermatosis neutrofílica febril aguda, fue descrito originalmente por Robert Douglas Sweet en 1964 como una entidad caracterizada por fiebre, leucocitosis neutrofílica y placas eritematosas dolorosas asociadas histológicamente a un infiltrado dérmico neutrofílico sin evidencia de infección. Desde entonces, se han descrito múltiples variantes clínicas asociadas a enfermedades inflamatorias, infecciosas, neoplásicas y farmacológicas. Dentro de estas, las formas localizadas constituyen una presentación infrecuente, especialmente aquellas confinadas a áreas con alteración del drenaje linfático secundario a mastectomía y linfadenectomía axilar.[1,2]

La dermatosis neutrofílica localizada sobre áreas de linfedema postmastectomía ha sido considerada por algunos autores como una variante localizada y menos severa del síndrome de Sweet clásico. Su fisiopatología permanece poco esclarecida; sin embargo, se ha propuesto que el estasis linfático favorece un microambiente inflamatorio local con alteración de la vigilancia inmunológica, acumulación de citocinas y disrupción

del tráfico celular, transformando estas regiones en distritos inmunológicamente vulnerables o loci minoris resistentiae. Presentamos el caso de una paciente con antecedente de cáncer de mama tratado mediante mastectomía, radioterapia y linfadenectomía, quien desarrolló una dermatosis neutrofílica localizada sobre el brazo afectado por linfedema crónico.[3,4]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 76 años de edad, con antecedente de carcinoma ductal de mama derecha diagnosticado en noviembre de 2021, tratada mediante mastectomía derecha con linfadenectomía axilar, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia con anastrozol. Como secuela del tratamiento oncológico presentó linfedema crónico del miembro superior derecho. Entre sus antecedentes adicionales destacaba herpes simple recurrente en región anal, para lo cual utilizaba valaciclovir durante los episodios de reactivación.

Consultó por un cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por lesiones maculopapulares eritematosas de distribución unilateral en antebrazo derecho, con extensión progresiva hacia brazo ipsilateral, asociadas a episodios de alza térmica cuantificada, sensibilidad local y sensación de calor en el miembro afectado. La paciente refirió aplicación previa a la consulta de ketoprofeno tópico en ambos miembros superiores, aunque las lesiones aparecieron exclusivamente en el brazo con linfedema. Cuatro días antes del inicio del cuadro presentó reactivación de herpes simple en región anal, motivo por el cual inició tratamiento con valaciclovir.

Al examen físico se evidenció linfedema evidente del miembro superior derecho en comparación con el brazo contralateral, además de múltiples lesiones maculopapulares eritematosas de bordes poco definidos dispersas sobre fondo eritematoso en brazo y antebrazo derecho, sin presencia de vesículas, pústulas ni ulceración (Figura 1a, Figura 1b). Las lesiones eran asintomáticas al tacto, aunque la paciente refería sensibilidad y aumento de temperatura local coincidiendo con los episodios febriles.

Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 13.3 g/dL, hematocrito de 40.8%, leucocitosis de 12 300/mm^3 con neutrofilia absoluta de 8140/mm^3, fibrinógeno plasmático elevado de 521 mg/dL y proteína C reactiva de 28.01 mg/L. Como diagnósticos diferenciales iniciales se consideraron dermatitis alérgica de contacto, celulitis y erisipela.

Se realizó biopsia cutánea de una lesión maculopapular del brazo derecho afectado. El estudio histopatológico evidenció piel de arquitectura conservada con epidermis ortoqueratósica y un infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo de predominio linfocitario con componente intersticial, asociado a histiocitos, escasos eosinófilos y neutrófilos dispersos. Además, se observaron endotelios tumefactos y extravasación focal de eritrocitos, sin evidencia de vasculitis franca (Figura 2).

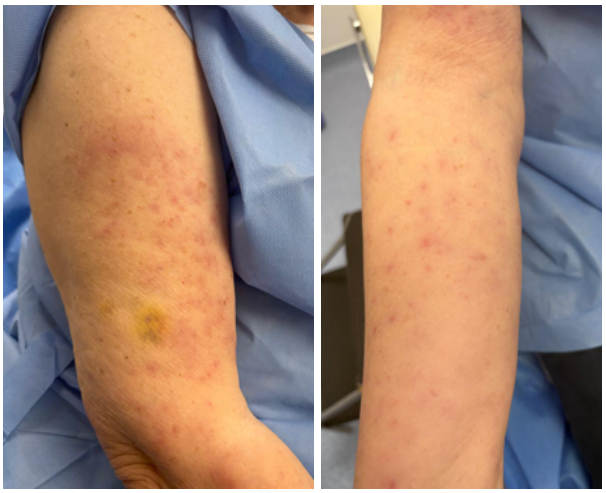


Figura 1. a) Lesiones maculopapulares eritematosas dispersas sobre fondo eritematoso en brazo y b) antebrazo derecho afectados por linfedema postmastectomía, observadas al momento de la consulta inicial.

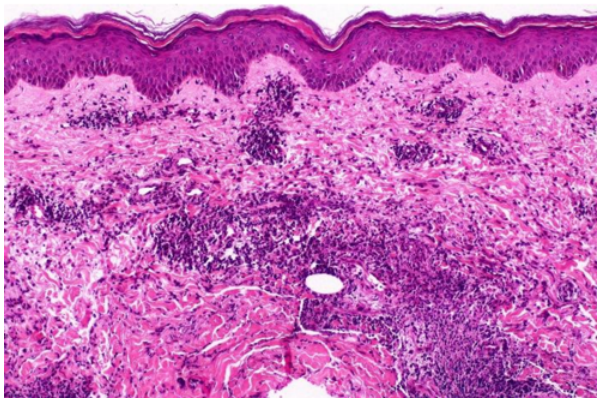


Figura 2. Estudio histopatológico de lesión cutánea en brazo derecho. Se observa infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo de predominio linfocitario con componente intersticial, asociado a histiocitos, escasos eosinófilos y neutrófilos dispersos, además de endotelios tumefactos y extravasación focal de eritrocitos, sin evidencia de vasculitis franca.

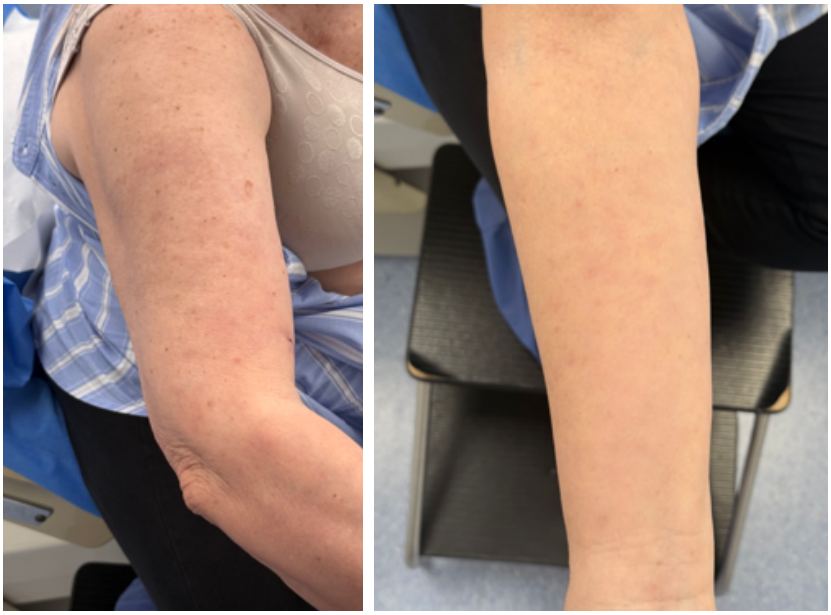


Figura 3. a) Resolución de las lesiones cutáneas en brazo derecho y b) antebrazo posterior al tratamiento tópico con fluticasona, eritema ligero residual.

Con base en los hallazgos clínicos, laboratorio e histopatología se estableció el diagnóstico de dermatosis neutrofílica localizada sobre área de linfedema postmastectomía. La paciente recibió tratamiento con paracetamol cada 8 horas y fluticasona en emulsión tópica cada 12 horas durante siete días, observándose mejoría progresiva a partir del cuarto día, con resolución casi completa de las lesiones sin pigmentación residual, ni recurrencia posterior (Figura 3a, Figura 3b).

DISCUSIÓN

El síndrome de Sweet, también denominado dermatosis neutrofílica febril aguda, fue descrito originalmente por Robert Douglas Sweet en 1964 como una entidad caracterizada por fiebre, leucocitosis neutrofílica y placas eritematosas dolorosas asociadas histológicamente a un infiltrado dérmico neutrofílico denso sin evidencia de infección. Posteriormente, se reconocieron múltiples variantes clínicas, incluyendo formas clásicas, asociadas a malignidad, inducidas por fármacos y variantes localizadas. Clínicamente, las lesiones suelen presentarse como placas o pápulas eritematosas dolorosas de aparición súbita, predominantemente en rostro, cuello y extremidades, acompañadas frecuentemente de síntomas sistémicos y reactantes inflamatorios elevados.[1,2] Las dermatosis neutrofílicas confinadas a áreas de linfedema postmastectomía representan una variante infrecuente y probablemente subdiagnosticada. Desde el primer caso descrito por Demitsu et al., diversos reportes han documentado pacientes con antecedente de cáncer de mama tratados mediante mastectomía, linfadenectomía y radioterapia que desarrollan lesiones inflamatorias exclusivamente sobre el miembro con tendencia a linfedema. En comparación con el síndrome de Sweet clásico, estas variantes suelen presentar menor severidad clínica, menos recurrencias y menor frecuencia de neutrofilia marcada o compromiso sistémico. Algunos autores han propuesto el término "neutrophilic dermatosis on postmastectomy lymphedema" (NDPL) para diferenciar esta presentación localizada y menos agresiva del síndrome de Sweet convencional.[3,5,6]

La fisiopatología de estas dermatosis neutrofílicas localizadas continúa siendo motivo de debate. Se ha planteado que el linfedema crónico genera un microambiente inflamatorio persistente caracterizado por acumulación de líquido intersticial rico en proteínas, alteración del drenaje linfático y disrupción del tráfico normal de células inmunológicas. Esto favorecería la producción local de citocinas y quimioquinas capaces de atraer neutrófilos y perpetuar la inflamación dérmica. Además, la alteración de la inmunovigilancia regional transforma estas áreas en "distritos inmunológicamente vulnerables" o loci minoris resistentiae, predisponiendo al desarrollo localizado de infecciones, neoplasias y dermatosis inmunomediadas. La unilateralidad estricta observada en muchos de los casos reportados respalda esta hipótesis fisiopatológica.[4,7]

En el presente caso, la paciente presentaba múltiples factores potencialmente relacionados con el desarrollo de la dermatosis neutrofílica localizada, incluyendo linfedema crónico secundario a linfadenectomía y radioterapia, antecedente de neoplasia mamaria y un episodio reciente de reactivación por herpes simple. Aunque el infiltrado histopatológico no correspondía completamente al patrón neutrofílico denso clásico descrito en el síndrome de Sweet, los hallazgos clínicos, laboratorio e histología fueron compatibles con una dermatosis neutrofílica localizada sobre área de linfedema postmastectomía. Asimismo, la ausencia de lesiones en el miembro contralateral pese a la aplicación bilateral de ketoprofeno tópico apoya la hipótesis de susceptibilidad inmunológica regional. Finalmente, la rápida mejoría con tratamiento tópico y manejo conservador coincide con el comportamiento clínico menos agresivo descrito en variantes localizadas asociadas a linfedema.[3,5]

CONCLUSIÓN

La dermatosis neutrofílica localizada sobre áreas de linfedema postmastectomía constituye una variante infrecuente del espectro de las dermatosis neutrofílicas y probablemente una entidad subdiagnosticada. Su reconocimiento resulta importante debido a su similitud clínica con procesos infecciosos como celulitis o erisipela. El presente caso respalda la hipótesis del linfedema como un distrito inmunológicamente vulnerable capaz de favorecer respuestas inflamatorias localizadas, posiblemente desencadenadas por estímulos sistémicos o infecciosos concomitantes. La correlación clínico-patológica y el conocimiento de esta variante permiten establecer un diagnóstico oportuno y evitar tratamientos innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. Br J Dermatol. 1964;76:349-56.
2. Vergara G, Vargas-Machuca I, Pastor MA, Fariña MC, Martín L, Requena L. Localization of Sweet's syndrome in radiation-induced locus minoris resistentae. J Am Acad Dermatol. 2003;49:907-9.
3. Lee JY, Kim YC. Neutrophilic dermatosis on postmastectomy lymphoedema: a localized and less severe variant of Sweet syndrome. Eur J Dermatol. 2009;19:641-2.
4. Ruocco E, Puca RV, Brunetti G, Schwartz RA, Ruocco V. Lymphedematous areas: privileged sites for tumors, infections, and immune disorders. Int J Dermatol. 2007;46:659-60.
5. Gutiérrez-Paredes E, González-Rodríguez A, Molina-Gallardo I, Jordá-Cuevas E. Neutrophilic dermatosis on postmastectomy lymphedema. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:649-51.
6. Park JY, Kang HY, Kim YC. Neutrophilic dermatosis confined to the lymphedematous area. Ann Dermatol. 2014;26:411-3.
7. Chu CH, Cheng YP, Kao HL, Liang CW, Chan JY, Yu Y. Lymphedema-associated neutrophilic dermatosis: two cases of localized Sweet syndrome on the lymphedematous lower limbs. J Dermatol. 2016.

ORCID

Gregorio Ortiz https://orcid.org/0009-0001-0623-2967
Verónica Úraga https://orcid.org/0009-0009-7195-6417