

Infiltración cutánea como manifestación inicial de leucemia linfocítica crónica: reporte de caso en una adulta mayor.

Cutaneous Infiltration as the Initial Manifestation of Chronic Lymphocytic Leukemia: A Case Report in an Elderly Woman.

MIRELLY CRUZ ROQUE¹, LLAMO ROJAS LUIS FERNANDO¹, CUELLO CUIPAL ANGELLA¹, SEVERINO JIMÉNEZ KARELL¹, BARRETO CERVANTES CARLOS HUMBERTO¹, LINDA KRIS DÍAZ CERNA²

RESUMEN

Introducción: La leucemia linfocítica crónica (LLC) es una neoplasia linfoproliferativa caracterizada por la acumulación progresiva de linfocitos B maduros en sangre periférica, médula ósea y órganos linfoides. Constituye la forma más frecuente de leucemia en adultos mayores y presenta un curso clínico heterogéneo, que puede variar desde hallazgos incidentales hasta manifestaciones sistémicas complejas. El compromiso cutáneo es una manifestación poco frecuente y puede corresponder a infiltración leucémica directa de la piel, conocida como leucemia cutis. **Métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 77 años con antecedentes de diabetes mellitus y adenopatías cervicales y axilares de un año de evolución, quien ingresó por lesiones cutáneas múltiples dolorosas asociadas a fiebre. La evaluación incluyó examen físico completo, estudios hematológicos, bioquímicos y análisis de lámina periférica. **Resultados:** Al examen físico se evidenciaron lesiones eritematosas sobrelevadas con centro umbilicado en cuello y tórax, así como edema, eritema y placas violáceas en manos y pies, asociadas a adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis marcada, anemia moderada, elevación de lactato deshidrogenasa, ácido úrico, dímero D y β 2-microglobulina. El estudio de lámina periférica reveló leucocitosis con presencia de linfocitos atípicos y sombras nucleares, hallazgos compatibles con leucemia linfocítica crónica. Inicialmente se sospechó una infección bacteriana; sin embargo, la persistencia de las lesiones y los hallazgos hematológicos orientaron el diagnóstico hacia una neoplasia linfoproliferativa con compromiso cutáneo. **Conclusión:** La infiltración cutánea como manifestación inicial de leucemia linfocítica crónica constituye una forma de presentación infrecuente que puede retrasar el diagnóstico debido a su similitud con procesos dermatológicos infecciosos o inflamatorios. Este caso destaca la importancia de considerar neoplasias hematológicas en pacientes adultos mayores con lesiones cutáneas atípicas asociadas a linfocitosis y adenopatías, favoreciendo un diagnóstico oportuno y un abordaje multidisciplinario adecuado.

Palabras clave: leucemia linfocítica crónica, leucemia cutis, linfocitos B, neoplasia hematológica.

ABSTRACT

Introduction: Chronic lymphocytic leukemia (CLL) is a lymphoproliferative malignancy characterized by the progressive accumulation of mature B lymphocytes in the peripheral blood, bone marrow, and lymphoid tissues. It is the most common leukemia in older adults and exhibits a highly variable clinical course, ranging from incidental laboratory findings to advanced systemic disease. Cutaneous involvement is an uncommon manifestation and may occur as direct leukemic infiltration of the skin, known as leukemia cutis. **Methods:** We report the case of a 77-year-old woman with a history of diabetes mellitus and cervical and axillary lymphadenopathy of one year's duration, who presented with multiple painful skin lesions associated with fever. Clinical evaluation included physical examination, hematological and biochemical studies, and peripheral blood smear analysis. **Results:** Physical examination revealed erythematous elevated lesions with central umbilication on the neck and anterior chest, as well as edema, erythema, and violaceous plaques on the hands and feet, accompanied by cervical, axillary, and inguinal lymphadenopathy. Laboratory tests demonstrated marked leukocytosis, moderate anemia, and elevated levels of lactate dehydrogenase, uric acid, D-dimer, and β 2-microglobulin. Peripheral blood smear analysis showed leukocytosis with atypical lymphocytes and smudge cells, findings consistent with chronic lymphocytic leukemia. Although a bacterial infection was initially suspected, the persistence of the skin lesions and the hematological abnormalities ultimately supported the diagnosis of CLL with cutaneous involvement. **Conclusion:** Cutaneous infiltration as the initial manifestation of chronic lymphocytic leukemia is an uncommon presentation that may delay diagnosis because of its resemblance to infectious or inflammatory dermatologic disorders. This case highlights the importance of considering hematologic malignancies in elderly patients presenting with atypical skin lesions, lymphocytosis, and lymphadenopathy, thereby facilitating early diagnosis and appropriate multidisciplinary management.

Keywords: chronic lymphocytic leukemia, leukemia cutis, B lymphocytes, hematologic neoplasm.

Mirelly Cruz Roque, Llamo Rojas Luis Fernando, Cuello Cuipal Angella, Severino Jiménez Karell y Barreto Cervantes Carlos Humberto: Internos de Medicina del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo; **Dra. Linda Kris Díaz Cerna:** Médica Residente de Medicina Interna y asesora académica del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.
Correspondencia: Mirelly Cruz Roque.
Chiclayo (Perú).
Recibido: 26/III/2026.

INTRODUCCIÓN

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación y acumulación progresiva de linfocitos B maduros con alteraciones funcionales en sangre periférica, médula ósea, ganglios linfáticos y otros órganos linfoides. Constituye la forma más frecuente de leucemia en adultos de países occidentales, con una incidencia aproximada de 4,2 casos por cada 100 000 habitantes al año. Afecta predominantemente a personas mayores de 60 años y presenta una mayor prevalencia en varones, con una relación hombre cercana a 2:1.

Desde el punto de vista clínico, la LLC exhibe un comportamiento heterogéneo, que varía desde formas indolentes detectadas incidentalmente durante estudios de laboratorio hasta presentaciones avanzadas con compromiso sistémico significativo. Las

manifestaciones más habituales incluyen linfocitosis persistente, adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y alteraciones hematológicas secundarias a la infiltración medular. Asimismo, algunos pacientes pueden presentar síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso involuntaria, fatiga y sudoración nocturna.

El compromiso cutáneo asociado a la LLC es una manifestación poco frecuente y puede presentarse tanto de forma específica como inespecífica. Las lesiones inespecíficas comprenden infecciones, vasculitis, reacciones inflamatorias y dermatosis asociadas, mientras que las manifestaciones específicas corresponden a la infiltración directa de células leucémicas en la piel, entidad conocida como leucemia cutis. Aunque la afectación cutánea puede observarse hasta en una cuarta parte de los pacientes durante la evolución de la enfermedad, la leucemia cutis como manifestación inicial es

excepcional y suele asociarse a un mayor grado de actividad biológica de la neoplasia.

A pesar de los avances terapéuticos alcanzados en las últimas décadas, la LLC continúa siendo considerada una enfermedad incurable, cuyo manejo se orienta al control de la progresión y a la mejora de la calidad de vida. Debido a la variabilidad de sus formas de presentación, el reconocimiento oportuno de manifestaciones clínicas inusuales resulta fundamental para establecer un diagnóstico precoz y evitar retrasos en el inicio del tratamiento.

Se presenta el caso de una paciente adulta mayor que debutó con lesiones cutáneas infiltrativas inicialmente interpretadas como un proceso infeccioso bacteriano. La ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico y los hallazgos hematológicos posteriores permitieron establecer el diagnóstico de leucemia linfocítica crónica con compromiso cutáneo, resaltando la importancia de considerar neoplasias hematológicas dentro del diagnóstico diferencial de lesiones dermatológicas atípicas en pacientes de edad avanzada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 77 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus diagnosticada diez años antes y

adenopatías cervicales y axilares de aproximadamente un año de evolución sin estudio etiológico previo. Acudió al servicio de emergencia por la aparición progresiva de múltiples lesiones cutáneas sobreelevadas, eritematosas y de configuración circular con centro umbilicado, localizadas predominantemente en zonas fotoexpuestas. Las lesiones se asociaban a dolor de tipo urente y episodios febriles intermitentes, sin presencia de prurito.

Al ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, normotensa, con frecuencia cardíaca dentro de rangos normales y afebril. Presentaba regular estado general, adecuado patrón ventilatorio y ventilación espontánea sin requerimiento de soporte oxigenatorio.

El examen físico mucocutáneo reveló edema y eritema en ambas manos y pies, acompañados de múltiples lesiones violáceas de aspecto equimótico y morfología ovalada superpuestas sobre áreas inflamatorias. Asimismo, se observaron lesiones ovaladas sobreelevadas, eritematosas y umbilicadas localizadas en cuello y tórax anterior, asociadas a dolor urente. El examen ganglionar evidenció adenopatías submandibulares de aproximadamente 3 × 2 cm, así como adenopatías axilares e inguinales palpables (Ver figura 1, 2 y 3).



Figura 1. Compromiso cutáneo bilateral de las manos caracterizado por edema difuso y eritema de predominio palmar, asociado a múltiples placas y máculas violáceas de aspecto equimótico, algunas con configuración anular y bordes relativamente bien definidos. Se observan además lesiones infiltradas sobreelevadas en regiones tenares e hipotenares, con cambios inflamatorios locales y discreta tumefacción de tejidos blandos. Los hallazgos son compatibles con infiltración cutánea secundaria a enfermedad linfoproliferativa, constituyendo una manifestación sugestiva de **leucemia cutis** en el contexto de leucemia linfocítica crónica. **Figura 2.** Lesiones cutáneas infiltrativas localizadas en la región lateral del cuello y tercio superior del tórax anterior, caracterizadas por placas y nódulos eritemato-violáceos de bordes bien definidos, algunas con aspecto sobreelevado y centro discretamente deprimido. Las lesiones muestran distribución multifocal sobre áreas fotoexpuestas y se asocian a cambios inflamatorios locales. Estos hallazgos son compatibles con infiltración cutánea por células neoplásicas (leucemia cutis), una manifestación específica poco frecuente de la leucemia linfocítica crónica, especialmente cuando se presenta como signo inicial de la enfermedad. **Figura 3.** Compromiso cutáneo bilateral en ambos pies caracterizado por múltiples placas eritemato-violáceas infiltradas, de contornos relativamente bien definidos y distribución predominante en el dorso de los pies y región maleolar. Se observan áreas de coloración purpúrica y equimótica asociadas a edema de tejidos blandos, así como una lesión ulcerada de pequeño tamaño con costra central en la región pretibial distal izquierda. Los hallazgos sugieren infiltración cutánea por células neoplásicas con cambios inflamatorios locales, compatibles con **leucemia cutis** en el contexto de leucemia linfocítica crónica.

Los estudios de laboratorio iniciales mostraron leucocitosis marcada ($36,72 \times 10^9/\mu\text{L}$), anemia moderada normocítica e hipocrómica y recuento plaquetario dentro de límites normales. En el perfil bioquímico destacaron valores elevados de deshidrogenasa láctica ($582,6 \text{ U/L}$), ácido úrico ($6,30 \text{ mg/dL}$), dímero D ($1,50 \text{ mg/L}$) y β_2 -microglobulina ($7,24 \text{ mg/L}$), hallazgos sugestivos de una enfermedad linfoproliferativa subyacente y de alta actividad celular.

Con el objetivo de caracterizar las alteraciones hematológicas, se realizó una lámina de sangre periférica que evidenció leucocitosis con presencia de linfocitos atípicos, granulaciones tóxicas en algunos neutrófilos y abundantes sombras nucleares o "smudge cells", hallazgos altamente sugestivos de leucemia linfocítica crónica. (Ver figura 4). La integración de los hallazgos clínicos, hematológicos y morfológicos permitió orientar el diagnóstico hacia una neoplasia linfoproliferativa con probable compromiso cutáneo.

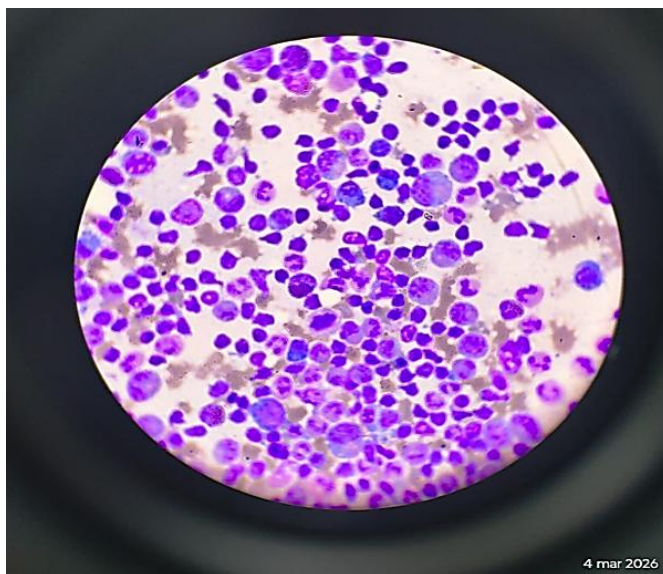


Figura 4. Microfotografía de lámina de sangre periférica teñida con Wright-Giemsa, observada a gran aumento. Se evidencia una marcada proliferación de células linfoides de pequeño a mediano tamaño, con elevada relación núcleo-citoplasma, cromatina condensada y escaso citoplasma basófilo, compatibles con linfocitos maduros. Asimismo, se identifican linfocitos de mayor tamaño con discreto pleomorfismo nuclear y abundantes restos celulares correspondientes a **sombras nucleares** o "**smudge cells**", hallazgo característico de la leucemia linfocítica crónica (LLC) debido a la fragilidad mecánica de los linfocitos neoplásicos durante la preparación de la muestra. No se observan blastos en cantidad significativa ni alteraciones morfológicas sugestivas de leucemia aguda. Los hallazgos citomorfológicos, en conjunto con la leucocitosis marcada, las adenopatías generalizadas y las manifestaciones cutáneas infiltrativas observadas en la paciente, son altamente sugestivos de una **neoplasia linfoproliferativa crónica de estirpe B**, compatible con leucemia linfocítica crónica. La presencia de sombras nucleares constituye un elemento diagnóstico de gran valor y, asociada a la clínica de infiltración cutánea (leucemia cutis), refuerza la sospecha de compromiso extramedular secundario a la enfermedad hematológica subyacente.

Durante su estancia hospitalaria recibió tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino y clindamicina ante la sospecha inicial de un proceso infeccioso bacteriano asociado. Asimismo, se indicó profilaxis antitrombótica con enoxaparina y manejo sintomático con antiinflamatorios para el control del dolor y la inflamación. A pesar de una discreta mejoría clínica, las lesiones cutáneas persistieron, reforzando la sospecha de una etiología hematológica más que infecciosa.

Debido a la complejidad diagnóstica del cuadro y a la necesidad de estudios complementarios especializados, la paciente fue referida a un hospital de mayor nivel de complejidad para continuar su evaluación y definir la estrategia terapéutica definitiva.

El caso pone de manifiesto la importancia de considerar enfermedades hematológicas malignas dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas atípicas en adultos mayores, especialmente cuando se acompañan de adenopatías y alteraciones hematológicas sugestivas de proliferación linfocítica.

DISCUSIÓN

La leucemia linfocítica crónica (LLC) constituye la neoplasia hematológica más frecuente en adultos mayores y se caracteriza por la expansión clonal de linfocitos B maduros inmunológicamente disfuncionales en sangre periférica, médula ósea y tejido linfoide¹⁻³. Su evolución clínica es altamente variable, oscilando entre formas indolentes diagnosticadas de manera incidental y presentaciones más agresivas con compromiso sistémico significativo. Debido a esta heterogeneidad, el reconocimiento de manifestaciones atípicas resulta fundamental para establecer un diagnóstico oportuno y evitar retrasos terapéuticos.

La afectación cutánea en la LLC representa una manifestación poco común y puede clasificarse en formas específicas e inespecíficas. Las manifestaciones inespecíficas incluyen procesos infecciosos, vasculitis, reacciones inflamatorias y dermatosis paraneoplásicas, mientras que

las formas específicas corresponden a la infiltración directa de células leucémicas en la piel, entidad denominada leucemia cutis¹. Aunque se ha descrito compromiso cutáneo en hasta una cuarta parte de los pacientes con LLC durante la evolución de la enfermedad, su aparición como manifestación inaugural continúa siendo excepcional, lo que explica la frecuente dificultad diagnóstica y la tendencia a confundir estas lesiones con patologías dermatológicas más prevalentes^{1,3}.

En el presente caso, la paciente debutó con lesiones infiltrativas eritemato-violáceas localizadas en manos, pies, cuello y tórax, acompañadas de adenopatías periféricas y alteraciones hematológicas significativas. Inicialmente, el cuadro fue interpretado como un proceso infeccioso bacteriano debido a la presencia de lesiones inflamatorias, dolor local y leucocitosis marcada. Sin embargo, la ausencia de una respuesta clínica satisfactoria al tratamiento antibiótico, junto con la persistencia de las lesiones y los hallazgos hematológicos sugestivos de proliferación linfocítica, motivaron la reconsideración diagnóstica. Este escenario coincide con lo descrito en la literatura, donde la leucemia cutis suele constituir un reto diagnóstico por su capacidad de simular múltiples enfermedades dermatológicas infecciosas o inflamatorias¹ (Ver Tabla 1).

Los hallazgos de laboratorio observados en esta paciente reforzaron la sospecha de una neoplasia linfoproliferativa. La leucocitosis marcada asociada a la presencia de linfocitos atípicos y sombras nucleares (*smudge cells*) en la lámina periférica constituye uno de los hallazgos morfológicos más característicos de la LLC^{2,3}. Asimismo, la elevación de marcadores como la deshidrogenasa láctica y la β_2 -microglobulina refleja una mayor actividad biológica y carga tumoral, factores que han sido asociados con una evolución clínica menos favorable y con un mayor riesgo de progresión de la enfermedad.

La leucemia cutis representa la infiltración de la piel por células neoplásicas derivadas de la enfermedad hematológica subyacente y puede manifestarse mediante una amplia variedad de lesiones clínicas, incluyendo pápulas, placas, nódulos, lesiones infiltradas o eritemato-violáceas, sin un patrón morfológico específico claramente definido¹.

Esta diversidad clínica explica por qué el diagnóstico suele requerir un elevado índice de sospecha, especialmente en pacientes adultos mayores con lesiones cutáneas persistentes asociadas a adenopatías o alteraciones hematológicas. Diversos estudios han señalado que la presencia de infiltración cutánea específica puede reflejar una enfermedad biológicamente más activa y, en algunos casos, asociarse con una mayor carga genómica y un pronóstico menos favorable¹.

Desde el punto de vista clínico, este caso pone de manifiesto la importancia de realizar una evaluación integral de las lesiones dermatológicas atípicas en pacientes de edad avanzada. La coexistencia de adenopatías de larga evolución, leucocitosis persistente y lesiones infiltrativas debe alertar sobre la posibilidad de una neoplasia hematológica subyacente, incluso cuando el cuadro inicial sugiera una etiología infecciosa. En este contexto, la correlación entre

los hallazgos clínicos, hematológicos y dermatológicos resulta esencial para orientar adecuadamente el proceso diagnóstico y evitar retrasos que puedan comprometer el pronóstico del paciente.

Finalmente, este reporte resalta el valor de un enfoque multidisciplinario en el estudio de pacientes con manifestaciones cutáneas inusuales. La participación coordinada de especialistas en medicina interna, hematología y dermatología permite optimizar la interpretación de los hallazgos clínicos y paraclínicos, facilitando un diagnóstico más temprano y un manejo terapéutico oportuno. Asimismo, enfatiza la necesidad de considerar la leucemia linfocítica crónica dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas infiltrativas en adultos mayores, particularmente cuando se acompañan de linfocitosis y adenopatías persistentes.

Tipo de leucemia	Grupo etario predominante	Manifestaciones cutáneas más frecuentes	Frecuencia de leucemia cutis
Leucemia linfocítica crónica (LLC)	Adultos mayores	Pápulas, placas y nódulos eritemato-violáceos; infiltración cutánea localizada o generalizada; lesiones que pueden simular celulitis, vasculitis o linfomas cutáneos.	Baja (infrecuente)
Leucemia mieloide crónica (LMC)	Adultos	Pápulas, nódulos y placas infiltradas; ocasionalmente lesiones ulceradas o cloromas cutáneos.	Baja
Leucemia linfoblástica aguda (LLA)	Niños y adultos jóvenes	Púrpura, petequias, equimosis secundarias a trombocitopenia; rara vez nódulos infiltrativos.	Muy baja
Leucemia mieloide aguda (LMA)	Adultos	Nódulos, placas infiltradas, lesiones violáceas, tumores cutáneos y sarcoma mieloide (cloroma).	Alta entre las leucemias
Leucemia monocítica aguda (LMA-M5)	Adultos jóvenes y adultos	Pápulas, placas infiltradas, nódulos dérmicos, hipertrofia gingival y lesiones cutáneas multifocales.	Muy alta
Leucemia mielomonocítica aguda (LMA-M4)	Adultos	Lesiones nodulares, placas eritemato-violáceas e infiltración dérmica difusa.	Alta
Leucemia prolinfocítica T	Adultos mayores	Eritrodermia, placas infiltradas, nódulos y edema cutáneo difuso.	Moderada-alta
Leucemia de células T del adulto	Adultos	Máculas, pápulas, placas, tumores cutáneos y eritrodermia; frecuente compromiso cutáneo.	Alta
Leucemia de células pilosas	Adultos de mediana edad	Vasculitis, infecciones cutáneas recurrentes y lesiones infiltrativas poco frecuentes.	Muy baja

Tabla 1. Manifestaciones cutáneas asociadas a los principales tipos de leucemia
Abreviaturas: LLC: leucemia linfocítica crónica; LMC: leucemia mieloide crónica; LLA: leucemia linfoblástica aguda; LMA: leucemia mieloide aguda.
Fuente: Elaboración propia basada en Cerroni L. *Skin Lymphoma*; Wagner G, Fenchel K, Back W, et al. *Leukemia cutis – epidemiology, clinical presentation and differential diagnoses*; Bakst RL, Tallman MS, Douer D, Yahalom J. *How I treat extramedullary acute myeloid leukemia*; Robak T, Hallek M. *Chronic lymphocytic leukemia: ESMO Clinical Practice Guidelines*.

CONCLUSIONES

La leucemia cutis constituye una manifestación específica poco frecuente de la leucemia linfocítica crónica (LLC), y su presentación como signo inicial de la enfermedad es excepcional. La infiltración directa de la piel por linfocitos B neoplásicos suele observarse con mayor frecuencia en estadios avanzados o en contextos de progresión biológica de la enfermedad, por lo que su identificación temprana representa un importante desafío diagnóstico.

En el presente caso, las lesiones cutáneas infiltrativas constituyeron la principal manifestación clínica de una LLC previamente no diagnosticada. La coexistencia de adenopatías de larga evolución, linfocitosis marcada y hallazgos morfológicos característicos en la lámina periférica permitió orientar el diagnóstico hacia una neoplasia linfoproliferativa subyacente, destacando la importancia de una evaluación integral ante lesiones dermatológicas atípicas en pacientes adultos mayores.

Asimismo, este caso pone de manifiesto que las manifestaciones cutáneas de la LLC pueden simular procesos infecciosos, inflamatorios o vasculíticos, lo que puede retrasar el reconocimiento de la enfermedad de base. Por ello, la correlación entre los hallazgos clínicos, dermatológicos y hematológicos resulta fundamental para establecer un diagnóstico oportuno y evitar tratamientos inadecuados o retrasos en la referencia especializada.

Finalmente, la presencia de leucemia cutis debe considerarse un hallazgo clínicamente relevante, ya que puede reflejar una mayor actividad biológica de la enfermedad y tener implicancias pronósticas importantes. El reconocimiento precoz de esta entidad permite optimizar el abordaje diagnóstico, facilitar el inicio oportuno del tratamiento y mejorar el seguimiento integral de los pacientes con leucemia linfocítica crónica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento al personal médico, de enfermería y técnico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por su dedicación en la atención integral de los pacientes y por las facilidades brindadas para la recopilación y revisión de la información clínica utilizada en la elaboración del presente reporte de caso.

De igual manera, reconocen la participación del personal asistencial involucrado en el seguimiento clínico de la paciente y en la coordinación de su referencia a un centro de mayor complejidad para la continuidad de la atención especializada.

Finalmente, los autores agradecen al Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo por fomentar el desarrollo de actividades académicas y de investigación clínica que contribuyen al fortalecimiento de la formación médica y a la generación de conocimiento científico orientado a mejorar la calidad de atención de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hernández Román R, Fanarraga Vergel C, Pérez Fernández C, Delgado Lafuente A, Esteban Sáez I, García Sánchez M. De la lesión cutánea a la leucemia: presentación inusual de leucemia linfática crónica tipo B. *Med Gen Fam*. 2025. Disponible en: <https://mgyf.org/de-la-lesion-cutanea-a-la-leucemia/>
- Stilgenbauer S. Educación del paciente: leucemia linfocítica crónica (LLC) en adultos (más allá de lo básico). UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
- Stilgenbauer S, Aster J, Barrientos JC. Características clínicas y diagnóstico de la leucemia linfocítica crónica/linfoma linfocítico pequeño. UpToDate. 2026. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
- Hallek M, Al-Sawaf O. Chronic lymphocytic leukemia: 2024 update on diagnosis, risk stratification and treatment. *Am J Hematol*. 2024;99(1):4-27. doi:10.1002/ajh.27123.
- Wierda WG, Byrd JC, Abramson JS, Bilgrami SF, Bociek G, Brander DM, et al. Chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma, version

- 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2024;22(1):15–48. doi:10.6004/jnccn.2024.0002.
6. **Robak T, Burger JA.** Chronic lymphocytic leukemia: a review of current and emerging therapeutic strategies. Blood Rev. 2023;58:101023. doi:10.1016/j.blre.2022.101023.
7. **Cerroni L, Zenahlik P, Hödl S, Kerl H.** Specific cutaneous infiltrates of B-cell chronic lymphocytic leukemia: a clinicopathologic and prognostic study. Am J Surg Pathol. 2002;26(8):1009–1015.
8. **Wagner G, Fenchel K, Back W, Schulz A, Sachse MM.** Leukemia cutis – epidemiology, clinical presentation, and differential diagnoses. J Dtsch Dermatol Ges. 2012;10(1):27–36. doi:10.1111/j.1610-0387.2011.07820.x.
9. **Bakst RL, Tallman MS, Douer D, Yahalom J.** How I treat extramedullary acute myeloid leukemia. Blood. 2011;118(14):3785–3793. doi:10.1182/blood-2011-04-347229.
10. **Su WP.** Clinical, histopathologic and immunohistochemical correlations in leukemia cutis. Semin Dermatol. 1994;13(3):223–230.
11. **Agis H, Weltermann A, Fonatsch C, Haas OA, Mitterbauer G, Müllauer L, et al.** A comparative study on demographic, clinical, and laboratory findings and the prognostic impact of leukemia cutis in patients with chronic lymphocytic leukemia. Ann Hematol. 2002;81(1):1–8.
12. **Paydas S.** Leukemia cutis and other cutaneous manifestations of hematological malignancies. Turk J Hematol. 2017;34(1):1–8. doi:10.4274/tjh.2016.0210.
13. **Cho-Vega JH, Medeiros LJ, Prieto VG, Vega F.** Leukemia cutis. Am J Clin Pathol. 2008;129(1):130–142. doi:10.1309/WYACYWF6NGM3WBRT.

Documento elaborado con fines académicos y de actualización científica para el personal de salud del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Su contenido no sustituye el juicio clínico ni las guías institucionales vigentes para la toma de decisiones médicas.

La información contenida en el presente reporte ha sido anonimizada para preservar la confidencialidad del paciente, conforme a los principios éticos y normativas institucionales vigentes. Este material está destinado exclusivamente a actividades académicas, docentes y de capacitación del personal del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Perú
 Repositorio Institucional CASUS Mercedes
 Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)
 Uso exclusivo para actividades académicas y educativas del personal de salud.

