

Tabla 1 Resultados de las pruebas epicutáneas

	48 h	96 h
<i>Batería estándar GEIDAC</i>	—	—
<i>Batería (met)acrilatos MartiTor</i>		
2-hidroxietil metacrilato 1% vas.	—	+
2-hidroxietil acrilato 0,1% vas	++	++
2-hidroxipropil metacrilato 2% vas.	+	++
Bisfenol A metacrilato 2% vas.	—	—
Butilacrilato 0,1% vas.	—	—
Etilenglicol dimetacrilato 2% vas.	—	—
Metil metacrilato 2% vas.	—	—
Trietilenglicol dimetacrilato 2% vas.	—	—
Etil acrilato 0,1% vas.	+	++
Etil cianoacrilato 10% vas.	—	—
Etil metacrilato 2% vas.	—	—
Tetrahidrofurfuril metacrilato 2% vas.	+	+

despegamiento cutáneo descrito como evolución a necrólisis epidérmica tóxica³.

Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto a acrilatos tras la exposición laboral accidental a tintas de impresión cuya curiosa presentación clínica justifica su interés. Queremos recordar la importancia de cumplir las medidas de protección en las industrias que manejan acrilatos. Los trabajadores deben ser conscientes de que manejan sustancias sensibilizantes potentes que pueden llegar a provocar la incapacidad laboral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rycroft R. Occupational contact dermatitis. En: Rycroft R, Menné T, Frosch P, editores. Textbook of contact dermat. 2nd edn. Berlin: Springer-Verlag;; 1999. p. 343–400.
- Morgan VA, Fewings JM. 1,6-hexanediol diacrylate: A rapid and potent sensitizer in the printing industry. Australas J Dermatol. 2000;41:190–2.
- Ido T, Kiyohara T, Takahashi H, Yamaguchi Y, Tani D, Kumakiri M. Toxic epidermal necrolysis following allergic contact dermatitis caused by occupational exposure to ultraviolet-cured inks. Acta Derm Venereol. 2012;92:313–5.
- Pérez-Formoso JL, de Anca-Fernández J, Maraví-Cecilia R, Díaz-Torrez JM. Dermatitis de contacto a acrilatos en una industria de fabricación de ascensores. A propósito de 8 casos. Actas Dermosifiliogr. 2010;10:336–40.
- Romaguera C, Vilaplana J, Llagostera M, Grimalt R. Dermatitis de contacto profesional por Threobond®. Cuatro casos en la misma empresa. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:468–9.
- Roche E, de la Cuadra J, Alegre V. Sensibilización a acrilatos por uñas artificiales. Revisión de 15 casos. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:788–94.

S. Córdoba*, N. Puente, A. Calderón y J.M. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: scordoba.hflr@salud.madrid.org (S. Córdoba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.02.011>

Linfoma B difuso de células grandes sistémico con afectación cutánea secundaria



Diffuse Systemic Large B-Cell Lymphoma With Secondary Skin Involvement

Sra. Directora:

El linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) es la forma más común de linfoma sistémico, y representa el 40% de los nuevos diagnósticos de esta enfermedad. Desde el inicio del uso de rituximab su pronóstico ha mejorado considerablemente, consiguiendo junto con la quimioterapia (esquema R-CHOP como tratamiento de elección) un índice de curaciones de hasta el 50%¹. La afectación cutánea secundaria no es frecuente, aunque en algunas series se ha observado hasta en el 20% de los casos².

Presentamos un varón de 81 años con un buen estado de salud, que consultó por una lesión tipo placa infiltrada eritemato-violácea de 7 × 4 cm de diámetro en la pierna derecha, de 3 semanas de evolución (fig. 1).

Con la sospecha diagnóstica de un linfoma cutáneo primario se realizó una biopsia en la que se observó una infiltración dérmica difusa y densa de células basófilas grandes, con marcado pleomorfismo y atipia (fig. 2). Las tinciones mediante inmunohistoquímica fueron positivas para marcadores de células B (CD20, CD79a), negativa para marcadores T (CD3 y CD5), y mostró una fuerte positividad para Bcl-2, y menos intensa para Bcl-6 y MUM-1, con negatividad para CD10 y CD30 (fig. 3A y B). El índice Ki-67 demostró una elevada actividad proliferativa (90%). Asimismo se llevó a cabo una determinación mediante técnica FISH del reordenamiento Bcl-2, t(14;18) que fue negativa.

Se realizó un estudio de extensión mediante TAC que mostró múltiples adenopatías infra y supradiafragmáticas, así como una lesión tumoral de 6 cm en el riñón izquierdo. La biopsia de médula ósea mostró una infiltración de células pequeñas con marcadores B positivos, aunque a diferencia de la biopsia de la lesión cutánea se detectó expresión de CD5, pero no de Bcl-6 ni de MUM-1, lo que permitió el diagnóstico de una leucemia linfática crónica (LLC). Por lo tanto, el diagnóstico definitivo fue de un LBDCG sistémico, con afectación cutánea secundaria, por una transformación de una LLC no conocida previamente



Figura 1 Placa eritemato-violácea infiltrada.

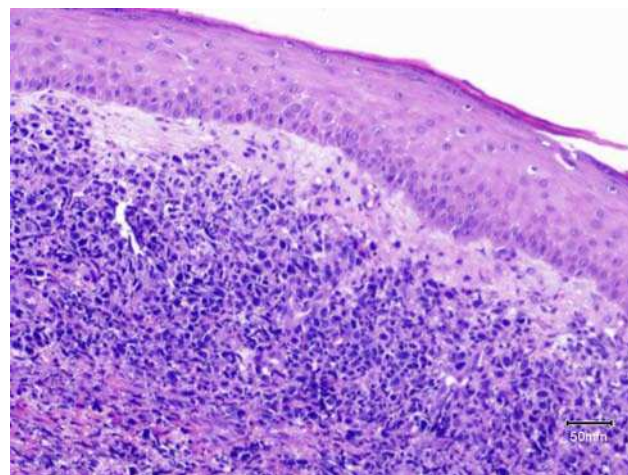


Figura 2 Infiltración dérmica densa por linfocitos pleomórficos y atípicos (H&E $\times 40$).

(fenómeno o síndrome de Richter). El paciente fue tratado con esquema R-CHOP con reducción inicial de la lesión cutánea y de las adenopatías, sin embargo falleció 4 meses más tarde por una sepsis en el contexto de una neutropenia febril.

El LBDCG es una entidad heterogénea con múltiples variantes clínico-patológicas, que se presenta de forma característica en individuos mayores de 60 años. Por otra parte, es el linfoma más frecuente en pacientes con infección por VIH. Se caracteriza por una alta actividad proliferativa, lo que explica que pueda ser diagnosticado en fases más precoces que otros linfomas más indolentes. En cuanto a sus características inmunofenotípicas, todos expresan marcadores B, pero de forma variable también otros marcadores (Bcl-6 en un 60-90%, MUM1 en un 35-65% o Bcl-2 en la mitad de los casos). La frecuencia de reordenamiento de Bcl-2 es menor del 20% a pesar de que haya expresión de Bcl-2 en más del 60%, lo que sugiere la existencia de otras vías genéticas de expresión de esta proteína. Se ha descrito la variante «*double-Hit*», que muestra reordenamiento tanto de Bcl-2 como de Myc, se asocia a un peor pronóstico y muestra una mayor tendencia a la afectación cutánea secundaria³.

La variante cutánea primaria del LBDCG es el denominado linfoma B primario cutáneo de células grandes «tipo

piernas», que junto con el linfoma de la zona marginal y el centrofolicular son los 3 tipos más frecuentes de linfomas B cutáneos primarios. El «tipo piernas» se presenta como placas violáceas únicas o múltiples, típicamente en los miembros inferiores en ancianos. Es, con diferencia, el linfoma B primario cutáneo con peor pronóstico, presentando una supervivencia del 50% a los 5 años, por lo que su tratamiento debe ser desde el principio con poliquimioterapia y rituximab⁴. Los marcadores inmunohistoquímicos son superponibles a su variante sistémica (LBDCG), por lo que el diagnóstico definitivo se basa en la presencia o no de afectación extracutánea en el estudio de extensión en el momento del diagnóstico, según los actuales criterios de la EORTC⁵. El linfoma de células B de origen testicular, que igualmente puede producir afectación cutánea secundaria, presenta las mismas características histológicas e inmunofenotípicas, por lo que es recomendable realizar de rutina una exploración testicular en los varones⁶.

En definitiva, se trata de un paciente con un LBDCG sistémico que se diagnosticó por una lesión cutánea en ausencia de otros signos o síntomas generales. Presenta la peculiaridad de ser una lesión única que simulaba clínicamente un linfoma primario cutáneo.

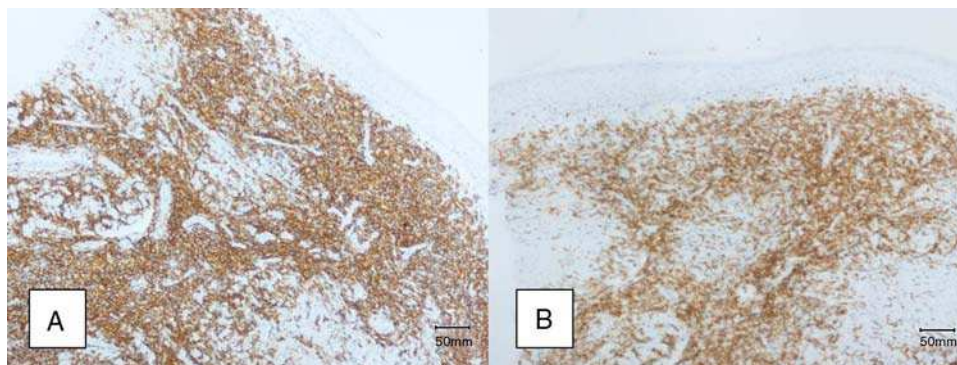


Figura 3 Tinción inmunohistoquímica positiva para CD20 (A) y para Bcl-2 (B) ($\times 20$).

Bibliografía

1. Lenz G, Staudt LM. Aggressive Lymphomas. *N Engl J Med*. 2010;362:1417–29.
2. Grange F, Beylot-Barry M, Courville P, Maubec E, Bagot M, Vergier B, et al. Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type: Clinicopathologic features and prognostic analysis in 60 cases. *Arch Dermatol*. 2007;143:1144–50.
3. Magro CM, Wang X, Subramaniam S, Darras N, Mathew S. Cutaneous double-hit B-cell lymphoma: An aggressive form of B-cell lymphoma with a propensity for cutaneous dissemination. *Am J Dermatopathol*. 2014;36:303–10.
4. Suárez AL, Pulitzer M, Horwitz S, Pulitzer M, Horwitz S, Moskowitz A, et al. Primary cutaneous B-cell lymphomas: Part I. Clinical features, diagnosis, and classification. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:329.e1-13.
5. Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow SH, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood*. 2005;105:3768–85.
6. Muniesa C, Pujol RM, Estrach MT, Gallardo F, García-Muret MP, Climent J, et al. Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type and secondary cutaneous involvement by testicular B-cell lymphoma share identical clinicopathological and immunophenotypical features. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:650–4.

C. Lloret-Ruiz*, P. Molés-Poveda, N. Barrado-Solís y E. Gimeno-Carpio

Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clloret Ruiz@gmail.com

(C. Lloret-Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.02.012>

Psoriatic Cheilitis: A Report of 2 Cases Treated Successfully With Topical Tacrolimus and a Review of the Literature



Queilitis psoriásica: Un reporte de 2 casos tratados con éxito con tacrolimus tópico y revisión de la literatura

Dear Editor,

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that typically affects the extremities, trunk, scalp, and nails. Psoriatic cheilitis as an exclusive presentation is very rare,¹ and to our knowledge, only 5 cases have been reported to date.²⁻⁶ The absence of cutaneous lesions causes diagnostic difficulties that can result in misdiagnosis and inadequate treatment.

We report the cases of 2 young adults who presented with psoriasis of the vermillion of the lips as the only disease manifestation. Response to topical tacrolimus 0.1% treatment was good in both cases.

The first case involved a 28-year-old white woman referred to our clinic with a 3-month history of scaly plaques on the vermillion of her lips and a clinical

diagnosis of contact cheilitis. Clinical examination revealed an erythematous fissured plaque over the entire upper and lower lip surface, covered by thick white-yellowish scales (Fig. 1A). Full body examination did not reveal any evidence of intraoral or cutaneous involvement. Apart from a 10-year history of Hashimoto thyroiditis, the patient's medical history was unremarkable. However, she did mention that her brother had psoriasis. Contact cheilitis was excluded following negative patch tests. Subsequent biopsy and histological examination confirmed the clinical suspicion of psoriasis. The patient received initial treatment with salicylic acid 5% ointment twice daily for 5 days, followed by a 1-month course of topical tacrolimus 0.1% twice daily, resulting in adequate control of disease activity (Fig. 1B). The patient is currently on maintenance treatment with twice-weekly application of tacrolimus 0.1% ointment.

The second case involved a 20-year-old white man referred to our clinic for further assessment of a 2-year history of recurrent erosive cheilitis, characterized by fissures and white-yellowish scales on the vermillion borders of both lips (Fig. 2A). Intraoral and cutaneous lesions were absent. The patient reported exacerbations, particularly during winter. His medical history was unremarkable; there was, however, a positive family history of psoriasis (his mother). After excluding contact cheilitis by patch

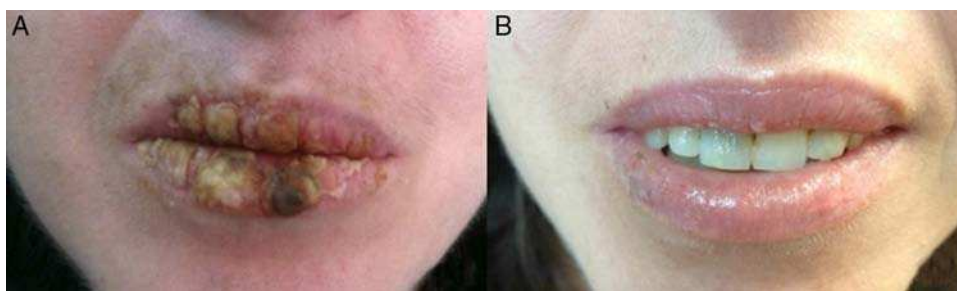


Figure 1 (a) Thick white-yellowish scales strongly attached to the lips of patient #1 before treatment. (b) Resolution of lesions after treatment with topical tacrolimus.