

goldia magna y *Peptoniphilus*⁷. La mayoría de CAGP aún son susceptibles al metronidazol, aunque se han encontrado algunas cepas resistentes al mismo de *Finegoldia magna* y *Parvimonas micra*⁹.

El caso descrito ilustra cómo una bacteria comensal, *Finegoldia magna*, es capaz de producir una infección avanzada necrotizante, así como la relevancia de la identificación a nivel especie y la determinación de la sensibilidad a los antimicrobianos de las bacterias anaerobias provenientes de muestras representativas cuando son aisladas en cultivo puro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brook I, Wexler HM, Goldstein EJC. Antianaerobic antimicrobials: spectrum and susceptibility testing. *Clin Microbiol Rev.* 2013;26:526–46, <https://doi.org/10.1128/CMR.00086-12>.
 2. Frick I-M, Karlsson C, Mörgelin M, Olin AI, Janjusevic R, Hammarström C, et al. Identification of a novel protein promoting the colonization and survival of *Finegoldia magna*, a bacterial commensal and opportunistic pathogen. *Mol Microbiol.* 2008;70:695–708, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2958.2008.06439.x>.
 3. Murdoch DA. Gram-positive anaerobic cocci. *Clin Microbiol Rev.* 1998;11:81–120, <https://doi.org/10.1128/CMR.11.1.81>.
 4. Karlsson C, Andersson ML, Collin M, Schmidtchen A, Björck L, Frick IM. SufA a novel subtilisin-like serine proteinase of *Finegoldia magna*. *Microbiol Read Engl.* 2007;153:4208–18, <https://doi.org/10.1099/mic.0.2007/010322-0>.
 5. Murphy EC, Mörgelin M, Reinhardt DP, Olin AI, Björck L, Frick IM. Identification of molecular mechanisms used by *Finegoldia magna* to penetrate and colonize human skin. *Mol Microbiol.* 2014;94:403–17, <https://doi.org/10.1111/mmi.12773>.
 6. Sedano Gómez GE, Pérez de Llano LA, Pita Carretero J. Necrotizing pneumonia due to *Finegoldia magna*. *Arch Bronconeumol.* 2011;47:54–5, <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2010.09.007>.
 7. Schuetz AN. Antimicrobial resistance and susceptibility testing of anaerobic bacteria. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2014;59:698–705, <https://doi.org/10.1093/cid/ciu395>.
 8. Wybo I, Van den Bossche D, Soetens O, Vekens E, Vandoorslaer K, Claeys G, et al. Fourth Belgian multicentre survey of antibiotic susceptibility of anaerobic bacteria. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69:155–61, <https://doi.org/10.1093/jac/dkt344>.
 9. Veloo ACM, Welling GW, Degener JE. Antimicrobial susceptibility of clinically relevant Gram-positive anaerobic cocci collected over a three-year period in the Netherlands. *Antimicrob Agents Chemother.* 2011;55:1199–203, <https://doi.org/10.1128/AAC.01771-09>.
 10. Veloo ACM, van Winkelhoff AJ. Antibiotic susceptibility profiles of anaerobic pathogens in The Netherlands. *Anaerobe.* 2015;31:19–24, <https://doi.org/10.1016/j.anaerobe.2014.08.011>.
- B. Arencibia-Pérez*, O. Benet-Muñoz, C. Roque-Castellano y J. Marchena-Gómez
- Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: bearenci@gmail.com
(B. Arencibia-Pérez).
- <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.12.010>
0001-7310/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Infiltración neoplásica cutánea por un linfoma linfoplasmocítico en una paciente con macroglobulinemia de Waldenström

Neoplastic Cutaneous Infiltration by Lymphoplasmacytic Lymphoma in a Patient with Waldenström's Macroglobulinemia

Sr. Director:

Una mujer caucásica de 62 años fue derivada al Servicio de Dermatología debido a la reciente aparición de placas eritematosas algo infiltradas y mal definidas, localizadas en la superficie extensora de ambos brazos, que además eran dolorosas a la palpación (fig. 1). Como antecedentes patológicos refería una macroglobulinemia de Waldenström (MW) de 8 años de evolución, en tratamiento con ciclofosfamida y prednisona, así como el diagnóstico de un adenocarcinoma



de colon en estadio IV diagnosticado aproximadamente un año antes. La paciente negaba el antecedente de alguna patología dermatológica previa. Durante la anamnesis no se identificaron otros posibles factores desencadenantes. Al examen físico se evidenciaba caquexia importante, así como hepatoesplenomegalia. Sin embargo, no se observaron otros hallazgos patológicos. Los resultados de la analítica sanguínea mostraban anemia normocítica y normocrómica (hemoglobina $9,1 \times 10 \text{ g/l}$), hipoalbuminemia (25,8 g/l), elevación de los niveles séricos de IgM (70,50 g/l), así como elevación de distintos marcadores tumorales, entre ellos CA 125, CA 19-9, CA 72-4 y el antígeno carcinoembrionario (CEA).

Dada la escasa especificidad de las lesiones clínicas, se decidió realizar una biopsia cutánea profunda. El examen histopatológico mostró la presencia a nivel dérmico y subcutáneo de una infiltración densa y difusa, compuesta principalmente por linfocitos pequeños, células linfoplasmocitoides y células plasmáticas; las tinciones fueron positivas para CD20, CD79a, CD138 e IgM, limitada a la cadena ligera kappa (fig. 2), y negativas para distintos marcadores de células T, entre los que se pueden enumerar CD3, CD4 y CD8. Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de una infiltra-



Figura 1 Presentación clínica: placas mal definidas, eritematosas e infiltradas, localizadas en la superficie extensora del brazo derecho (a) e izquierdo (b) del paciente, que además eran dolorosas a la palpación.

ción cutánea específica por MW (linfoma linfoplasmocítico). Se inició una pauta terapéutica específica para la MW (con bortezomib y dexametasona), y además se asoció propionato de clobetasol tópico como tratamiento sintomático de las lesiones cutáneas. Sin embargo, tras el tratamiento no se observó una mejoría clínica significativa. La progresión de ambas neoplasias, tanto del cáncer de colon como de la MW, conllevó un deterioro clínico rápidamente progresivo de la paciente, que culminó a los pocos meses con su fallecimiento.

La MW es una enfermedad linfoproliferativa caracterizada por la proliferación clonal de células linfoplasmocitoides, que a su vez producen una proteína IgM monoclonal¹⁻³. Un amplio espectro de alteraciones cutáneas se ha asociado a esta gammapatía monoclonal, y puede diferenciarse entre manifestaciones cutáneas no neoplásicas y neoplásicas¹⁻³, que se observan únicamente en aproximadamente el 5% de los pacientes con MW³. Las manifestaciones cutáneas son secundarias a diversos mecanismos patogénicos, entre los que se pueden enumerar: 1) infiltración cutánea específica por células neoplásicas o depósito de sus productos celulares, particularmente de la IgM monoclonal (macroglobulinemia cutis); 2) paraproteinemia, incluidas las manifestaciones mucocutáneas de una hiperviscosidad, crioglobulinemia o fenómenos autoinmunes, y 3) diversas manifestaciones de etiología incierta, como son la urticaria y la amiloidosis amiloide de la cadena ligera (AL)¹⁻³.

La infiltración específica de la piel por una proliferación de células neoplásicas linfoplasmocitoides es la manifestación cutánea más rara de la MW, por lo que en la actualidad existen pocos casos publicados. Sin embargo, a pesar de ser poco frecuente, ante la presencia de lesiones cutáneas infiltradas asintomáticas o sintomáticas en estos pacientes, esta posibilidad diagnóstica deberá ser tomada en cuenta¹⁻⁶. El estudio histopatológico de las biopsias cutáneas mediante tinción con inmunoperoxidasa será clave para poder llegar al diagnóstico correcto². Debido a que estas lesiones son el resultado de una infiltración cutánea por células neoplásicas, el tratamiento se enfocará en el manejo de la neoplasia hematológica subyacente¹; no obstante, la respuesta clínica descrita hasta este momento ha sido inconsistente². Por otro lado, según la literatura actual, el grado de la afectación cutánea parece no guardar relación ni con el curso ni con la forma de progresión de la enfermedad. Sin embargo, se precisan más estudios de investigación al respecto para corroborar dicha observación.

Describimos este caso con la finalidad de subrayar una forma de presentación clínica dermatológica poco frecuente en una neoplasia hematológica sistémica, así como para resaltar la importancia de tenerla en cuenta entre los posibles diagnósticos diferenciales.

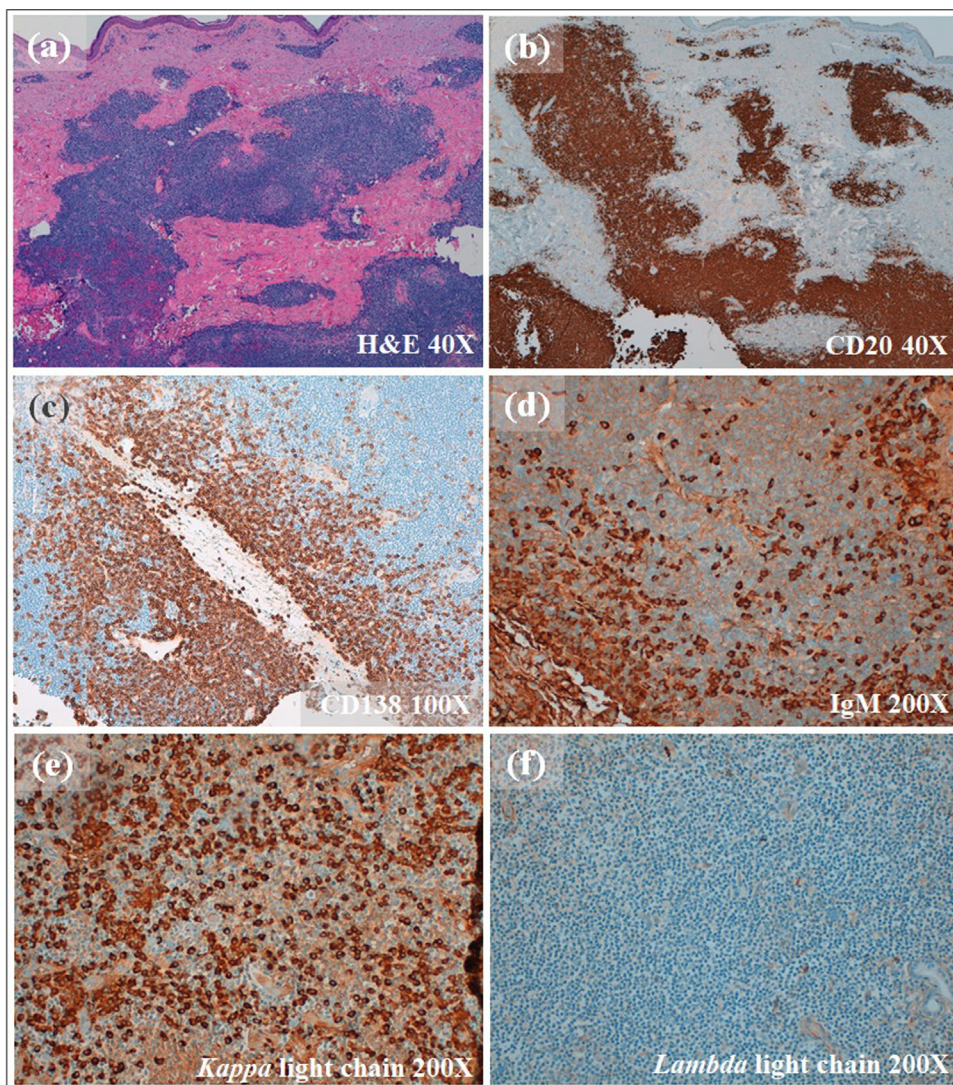


Figura 2 Hallazgos histopatológicos en la biopsia cutánea. A nivel dérmico y subcutáneo se observaba la presencia de una infiltración densa y difusa, compuesta por linfocitos pequeños, células linfoplasmocitoides y células plasmáticas (a), resultando además las tinciones positivas para el CD20 (b), el CD138 (c) y la IgM (d), limitada a la cadena ligera kappa (e,f). Estos datos en su conjunto confirmaron la afectación cutánea neoplásica por una macroglobulinemia de Waldenström.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Daoud MS, Lust JA, Kyle RA, Pittelkow MR. Monoclonal gammopathies and associated skin disorders. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40:507–35.
2. Libow LF, Mawhinney JP, Bessinger GT. Cutaneous Waldenström's macroglobulinemia: Report of a case and overview of the spectrum of cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45: S202–6.
3. Del Olmo J, España A, Idoate MA, Panizo C. Waldenström macroglobulinemia associated with cutaneous lesions and type I cryoglobulinemia. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:138–44.
4. Mascaro JM, Montserrat E, Estrach T, Feliu E, Ferrando D, Castel T, et al. Specific cutaneous manifestations of Waldenström's macroglobulinemia. A report of two cases. *Br J Dermatol.* 1982;106: 217–22.
5. Mozzanica N, Finzi AF, Facchetti G, Villa ML. Macular skin lesion and monoclonal lymphoplasmacytoid infiltrates. Occurrence in primary Waldenström's macroglobulinemia. *Arch Dermatol.* 1984;120:778–81.
6. Abdallah-Lotf M, Bourgeois-Droin C, Perrone V, Fouchard N, Michel S, Launay-Russ E, et al. Cutaneous manifestations as initial presentation of Waldenström's macroglobulinemia. *Eur J Dermatol.* 2003;13:90–2.

M.M. Valejo Coelho*, A. João
y F. Rocha Páris

Servicio de Dermatología y Venereología, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: margarida.m.v.coelho@chlc.min-saude.pt (M.M. Valejo Coelho).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.027>

0001-7310/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cáncer de piel y alfabetización sobre UV: estudio en trabajadores al aire libre



Skin Cancer and UV Literacy - Outdoor Workers Study

Sr. Director:

La radiación ultravioleta (UV) es la causa evitable más importante de cáncer de piel, siendo los trabajadores al aire libre un grupo de alto riesgo¹⁻³. El cáncer de piel ocupacional inducido por radiación UV ha sido reconocido como una enfermedad laboral, sin embargo, las medidas preventivas destinadas a los trabajadores al aire libre siguen siendo poco frecuentes en el sector de la construcción⁴.

Se llevó a cabo un estudio transversal en una construcción en el exterior para evaluar el comportamiento ante la exposición solar, el cáncer de piel y la alfabetización en radiación UV de los trabajadores de una compañía de construcción, teniendo en cuenta su nivel de educación. Una vez hecha la revisión de la literatura⁵, se adaptó un cuestionario integrado por 23 preguntas. Se investigaron los siguientes aspectos: Factores demográficos, constitucionales y socioeconómicos, comportamiento ante la exposición solar y la alfabetización en temas de lesiones de cáncer de piel y radiación UV. El nivel de educación se definió como educación primaria (cuatro a seis años de escolarización, educación secundaria, nueve a años de escolarización, educación universitaria, grado universitario). Se hicieron tablas de contingencia y test de independencia de X^2 . La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Todos los trabajadores de la obra (95) respondieron al cuestionario; la media de edad fue de 42 años; el 88% eran hombres.

Los trabajadores de educación primaria eran los que desarrollaban más actividades al aire libre (97% vs. 64%, $p < 0,001$), mientras trabajaban en el exterior padecían más quemaduras solares (36% vs. 13%, $p < 0,001$), y eran menos

proclives a ser explorados de cáncer de piel (10% vs. 28%, $p < 0,024$).

La mayoría de los trabajadores, independientemente de su nivel educativo, no asociaban la queratosis actínica con el riesgo de cáncer de piel. La mayoría de los trabajadores universitarios sabían que un alto índice de radiación UV no implica alta temperatura (95% vs. 44%, $p < 0,001$), sin embargo, únicamente la mitad sabían lo que es la escala de índice ultravioleta (tabla 1). Sin embargo, estos números son más altos que los registrados en otros estudios⁶.

El presente estudio, a pesar de sus limitaciones (un solo lugar de construcción, datos autoinformados), muestra resultados interesantes. Los trabajadores de educación primaria y secundaria tienen una baja alfabetización en lesiones de cáncer de piel, así como de radiación UV, informaron de mayor exposición solar en el lugar de trabajo y fueron menos propensos a ser examinados para detectar cáncer de piel. Tan sólo el 19% de todos los trabajadores poseían antecedentes de quemaduras solares en el ejercicio de su trabajo, y el 40% recordaba haber tenido una quemadura solar mientras disfrutaba de su tiempo libre. No hubo diferencias significativas en cuanto a la exposición solar durante el tiempo libre entre grupos, sin embargo y como se recogen otros estudios⁷, en este escenario, las quemaduras solares fueron más frecuentes entre los trabajadores con educación universitaria.

Medidas organizativas como realizar trabajos al aire libre durante las horas de menor índice UV o el sombreado del lugar de trabajo no son, a menudo, posibles en la industria de la construcción. Por seguridad laboral, debería ser una obligación establecer un programa de cribado de trabajadores expuestos de manera crónica a radiación UV y medidas preventivas estandarizadas.

El comportamiento ante la exposición solar y la alfabetización en cáncer de piel es escaso, en especial entre los trabajadores al aire libre con un nivel formativo de educación primaria⁸. Este grupo en particular debería ser un objetivo para la intervención de las empresas constructoras, ya que la protección de sus trabajadores es una oportunidad de inversión con gran rentabilidad, ya que mejora su salud, reduce el absentismo laboral y minimiza los costos inherentes a las enfermedades.