

dades de la ausencia de una historia personal o familiar de psoriasis y la presencia de lesiones a distancia del lugar primario de contacto con los alérgenos. No encontramos una explicación clara para ello. Puede tratarse de un fenómeno de Köbner en las manos, en una persona genéticamente predispuesta y que ha desarrollado una psoriasis, como demostraría la persistencia de escasas lesiones a pesar de evitar los aditivos de las gomas. Puede ser una psoriasis desencadenada por un EAC en distintas localizaciones tras el contacto con la goma contenida en los guantes (similar a un EAC ectópico). O bien de un modo más especulativo, dado que no conocemos casos similares, podría tratarse de una psoriasis inducida o desencadenada por un EAC, del mismo modo que se desencadena por otros estímulos como diversos fármacos.

Además de la rareza del cuadro clínico queremos destacar la posibilidad de dermatitis no eczematosas provocadas o exacerbadas por alergia de contacto, debiendo realizarse pruebas epicutáneas en todas esas dermatosis donde por historia clínica exista dicha posibilidad.

## Bibliografía

1. Gawkrödger DJ, Lloyd MH, Hunter JA. Occupational skin disease in hospital cleaning and kitchen workers. *Contact Dermatitis*. 1986;15:132-5.
2. Hill VA, Ostlere LS. Psoriasis of the hands k bnerizing in contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1998;39:194.
3. Spiewack R. K bnerizing occupational contact allergy to thiuram in a farmer with psoriasis. *Contact Dermatitis*. 2004;51:214-5.

4. Pagliaro JA, Jones SK. Recurrent erythrodermic psoriasis in a thiuram-allergic patient due to contact with nurse's gloves. *Br J Dermatol*. 1999;140:567-8.
5. Jo JH, Jang HS, Kim MB, Oh CK, Kwon YW, Kwon KS. Pustular psoriasis and the K bner phenomenon caused by allergic contact dermatitis from zinc pyrithione-containing shampoo. *Contact Dermatitis*. 2005;52:142-4.
6. Conde-Salazar L, Guimaraens D, Romero L, Harto A. Sensibilidad a aminas antioxidantes. Revisi n de 51 casos. *Actas Dermosifiliograf*. 1984;75:23-6.
7. Huele F, Tahapary GJ, Bello CR, van Joost T. Delayed type hypersensitivity to contact allergens in psoriasis. *Contact Dermatitis*. 1998;38:78-82.
8. Fleming CJ, Burden AD. Contact allergy in psoriasis. *Contact Dermatitis*. 1997;36:274-6.
9. Malhotra V, Kaur I, Saraswat A, Kumar B. Frequency of patch-test positivity in patients with psoriasis: A prospective controlled study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:432-5.

E. Gómez-De La Fuente\*, F.J. Vicente-Martín,  
A. Nuño González y J.L. López-Estebanz

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* egomezf@fhalcorcon.es  
(E. Gómez-De La Fuente).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.015

## Carcinoma mucoepidermoide de labio

### Mucoepidermoid Carcinoma of the Lip

*Sr. Director:*

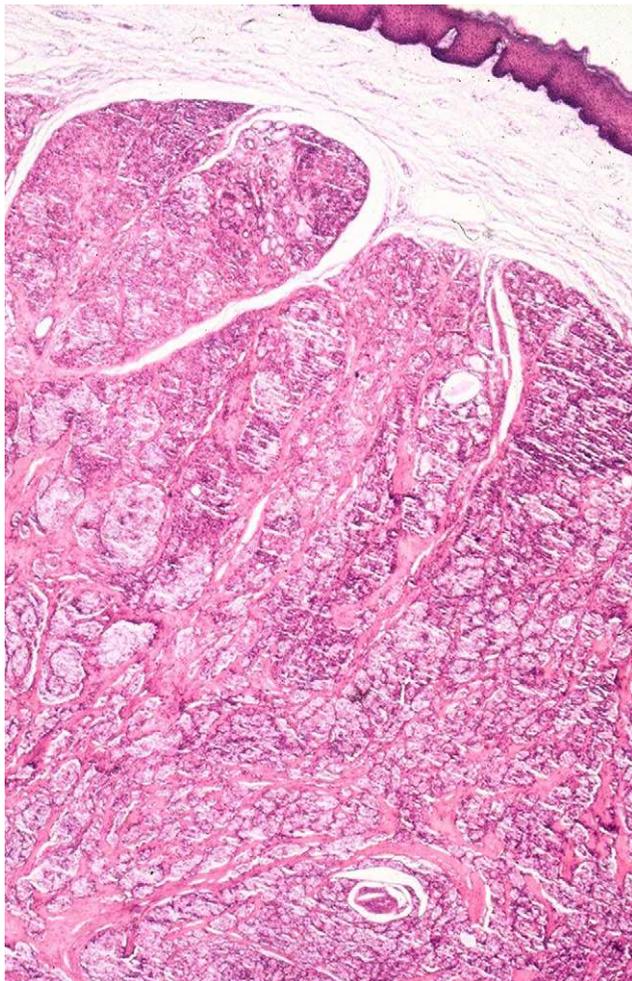
Los tumores de labio, a excepción del carcinoma escamoso, son raros. Concretamente los tumores de las glándulas salivares menores representan menos de un 2% de la totalidad de los tumores labiales<sup>1</sup>. Se trata de un grupo de neoplasias muy heterogéneo en el que predominan los tumores benignos (55-65%, según las series)<sup>2,3</sup>, aunque su naturaleza benigna o maligna parece variar en función de la localización anatómica<sup>3</sup>. Así, los tumores de glándulas salivares menores que aparecen en el paladar y en el labio superior suelen ser benignos mientras que cuando aparecen en el labio inferior suelen ser de estirpe maligna<sup>2</sup>. Entre estos últimos el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma mucoepidermoide son los más frecuentes<sup>1</sup>.

Los tumores de glándulas salivares menores tienen preferencia por las mujeres ( :   1,6:1)<sup>2</sup> en la 4.<sup>a</sup>-5.<sup>a</sup> década de la vida. Estos tumores se caracterizan por un crecimiento endofítico y, a menudo, presentan un curso lentamente progresivo que conduce a un retraso en el diagnóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que consult  por una tumoración indolora de 1 cm de diámetro en cara interna de labio inferior de 3 años de evolución. Se trataba de una lesión redondeada de consistencia elástica y recubierta por mucosa de aspecto normal. Su crecimiento era lentamente progresivo. No se palpaban adenopatías locorregionales. Se realizó una exéresis en V-bloque. Microscópicamente se observaba una tumoración submucosa bien delimitada, expansiva en superficie e infiltrativa en márgenes laterales y profundo, constituida por cordones e islotes de células mucosecretoras, epidermoides e intermedias de diferenciación variable (figs. 1 y 2). El diagnóstico fue de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado.

El carcinoma mucoepidermoide de cavidad oral se origina del epitelio ductal de las glándulas salivares pudiendo afectar a glándulas salivares mayores o menores. Cuando se deriva de estas últimas se localiza más frecuentemente en el paladar seguido del labio inferior<sup>3</sup>. Se han publicado casos excepcionales de carcinomas mucoepidermoides cutáneos primarios a los que se les ha atribuido un origen en glándulas sudoríparas y también en el borde bermellón del labio inferior donde no hay presencia de glándulas salivares<sup>4</sup>. En este último caso los autores proponían que se trataba de un proceso de metaplasia en un carcinoma epidermoide labial, excluyendo el origen glandular. El carcinoma mucoepidermoide está compuesto por distintos tipos celulares: células mucosecretoras que pueden presentar

morfología variable y se reconocen con tinciones específicas para mucina; células epidermoides sin franca queratinización; células claras que contienen glucógeno y ocasionalmente



**Figura 1** HE × 40. Neoplasia multilobulada, recubierta por mucosa íntegra y adyacente a estructuras de glándulas salivares conservadas, constituida por islotes sólidos que infiltran en profundidad.

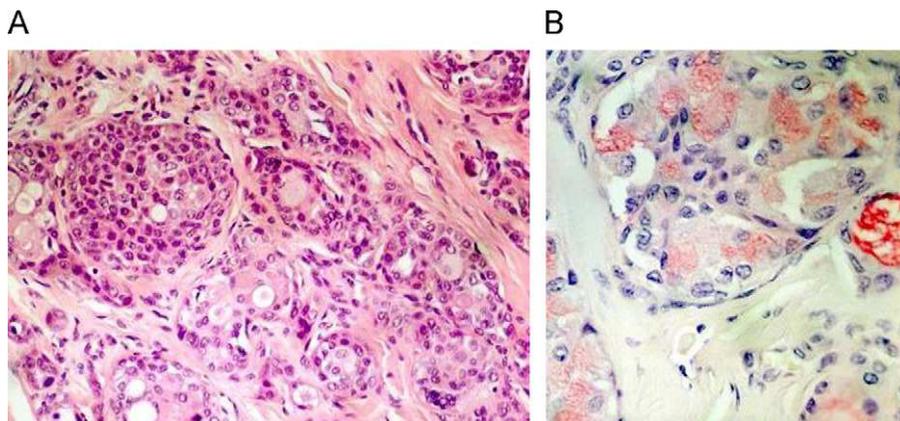
mucina; y células intermedias que en tamaño y apariencia poseen características de células basales y de células epidermoides poligonales. Las proporciones entre los distintos tipos celulares que conforman el tumor pueden ser muy variables así como el patrón dibujado<sup>5</sup>. Parámetros histológicos como el componente quístico, la presencia de invasión neural, la presencia de necrosis, el número de mitosis por campo o la presencia de anaplasia son útiles para definir el carcinoma mucoepidermoide como carcinoma de bajo, intermedio o alto grado (tabla 1). Tal graduación se correlaciona con el comportamiento biológico del tumor<sup>6</sup>, aunque el mejor indicador pronóstico es el estadiaje clínico<sup>7</sup>. El carcinoma mucoepidermoide de bajo grado o bien diferenciado rara vez recurre o metastatiza. Por el contrario, hasta un 80% de los carcinomas mucoepidermoides de alto grado metastatizan o causan la muerte del paciente<sup>6</sup>. Aunque el carcinoma mucoepidermoide de cavidad oral tiende a ser de bajo grado se requiere una exéresis quirúrgica amplia que asegure márgenes quirúrgicos libres de infiltración. La radioterapia posquirúrgica tiene su papel en carcinomas de alto grado, especialmente si los márgenes quirúrgicos están afectados o en tumores con invasión perineural o vascular<sup>7,8</sup>. También la quimioterapia puede ser útil en los carcinomas de alto grado. En la actualidad se investiga el uso de inhibidores del factor de crecimiento epitelial<sup>8</sup>.

En el caso aquí presentado se realizó una ampliación de márgenes quirúrgicos que resultaron libres de enfermedad. Los estudios radiológicos realizados no mostraron enfermedad metastásica. La paciente sigue libre de enfermedad a los 5 años de seguimiento.

**Tabla 1** Graduación de los carcinomas mucoepidermoides<sup>7</sup>

Parámetro	Puntos
Componente quístico <20%	+2
Invasión neural presente	+2
Necrosis presente	+3
Mitosis (≥4 × 10 campos de alto aumento)	+3
Anaplasia presente	+4

0-4: bajo grado; 5-6: grado intermedio; ≥7: alto grado.



**Figura 2** A) HE × 200. Citológicamente se identifica una entremezcla con predominio de células escamosas no queratinizantes con amplio citoplasma eosinófilo y células intermedias, con presencia focal de células claras y mucosecretoras con formación de estructuras microquísticas y ductales. No se observa necrosis tumoral y el grado de atipia e índice mitótico son bajos, aunque se identifica infiltración perineural. B) Mucicarmin × 200. Detalle de células mucosecretoras.

Aunque los tumores malignos de glándulas salivares menores de labio son raros debemos considerarlos en el diagnóstico diferencial de los nódulos submucosos de labio dadas las implicaciones terapéuticas y pronósticas.

## Bibliografía

- Owens OT, Calcaterra TC. Salivary gland tumors of the lip. Arch Otolaryngol. 1982;108:45-7.
- Waldron CA, el-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1988;66:323-33.
- Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63:805-10.
- Fernández-Figueras MT, Fuente MJ, Bielsa I, Ferrandiz C. Low-grade mucoepidermoid carcinoma on the vermilion border of the lip. Am J Dermatopathol. 1997;19:197-201.
- Ellis GL, Auclair PL. Tumors of the salivary glands. In: Atlas of tumor pathology. 3rd. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology;1996.155-175, 353-355.
- Auclair PL, Goode RK, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. In: Cancer. 1992;69:2021-30.
- Luna MA. Salivary mucoepidermoid carcinoma: revisited. Adv Anat Pathol. 2006;13:293-307.
- Rapidis AD, Givalos N, Gakiopoulou H, Stavrianos SD, Faratzis G, Lagogiannis GA, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Review of the literature and clinicopathological analysis of 18 patients. Oral Oncol. 2007;43:130-6.

A. García-Cruz\*, C. Posada García y C. de la Torre Fraga

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arangcruz@gmail.com  
agcruz@aedv.es (A. García-Cruz).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.005

## Linfoma T de células grandes CD30+ cutáneo primario: presentación de un caso, con metástasis ganglionares y cerebral

### Primary Cutaneous CD30+ Large T-Cell Lymphoma with Lymph Node and Cerebral Metastases

Sr. Director:

Dentro de la patología tumoral dermatológica, los linfomas representan un pequeño grupo de la misma. Los linfomas primarios cutáneos T (LPCT) tienen una incidencia de 0,36 casos/100.000 habitantes/año, lo que constituye una pequeña proporción de linfomas no Hodgking<sup>1</sup>.

El linfoma T de células grandes anaplásico CD30+ (LTCGA30+) pertenece a este grupo y se define como una neoplasia compuesta por linfocitos atípicos grandes de morfología anaplásica, pleomórfica o inmunoblástica, y que expresan el antígeno CD-30 en la mayoría de ellos (>75%)<sup>2</sup>. En la clasificación WHO-EORTC de linfomas cutáneos está incluido en el apartado de linfomas cutáneos de células T y células NK, en el subgrupo de procesos linfoproliferativos CD30+ cutáneos primarios<sup>3,4</sup>, teniendo una buena respuesta al tratamiento y pronóstico favorable, a diferencia de la variante ganglionar primaria<sup>5,6</sup>, más agresiva.

Presentamos un caso de linfoma T anaplásico (CD30+) cutáneo de evolución infrecuente y agresiva, con aparición de metástasis cerebral en el curso del tratamiento quimioterápico que contribuyó al fallecimiento del paciente.

Se trata de una mujer, 84 años de edad, visitada por presentar varias lesiones tumorales cutáneas, ulceradas algunas, violáceas, en antebrazo y brazo derecho, de 2 años de evolución (fig. 1). En la exploración también presentaba una adenopatía axilar derecha, de gran tamaño, dura y no desplazable sobre planos profundos.

En el estudio biopsico se observa una tumoración que ocupa toda la dermis, destruyendo los anejos cutáneos, aunque respetando la epidermis (fig. 2), constituida por células linfoides atípicas de talla grande con marcado pleomorfismo nuclear, nucléolo patente, muchas veces múltiple y citoplasma eosinófilo. El índice mitótico es



Figura 1 Lesión tumoral, eritematoviolácea, ulcerada en algunas zonas, ocupando zona lateral externa de brazo y antebrazo derecho.