

5. Benner MF, Willemze R. Applicability and prognostic value of the new TNM classification system in 135 patients with primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma. *Arch Dermatol.* 2009;145:1399–404.
6. Rieger KE, Polidore T, Warnke R, Kim J. ALK-negative systemic intravascular anaplastic large cell lymphoma presenting in the skin. *J Cutan Pathol.* 2011;38:216–20.
7. Mencia-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Salamanca J, Martínez-González MA. Cutaneous presentation on the eyelid of primary, systemic, CD30+, anaplastic lymphoma

kinase (ALK)-negative, anaplastic large-cell lymphoma (ALCL). *Int J Dermatol.* 2006;45:766–9.

J. Bastida

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin, Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España

Correo electrónico: jbastidai@gmail.com.

doi:10.1016/j.ad.2011.02.001

Réplica

Reply

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés los comentarios realizados en el manuscrito AD-D-11-00025, facilitado por el Comité de Redacción de su Revista, a nuestro trabajo «Linfoma T de células grandes CD30+ cutáneo primario: presentación de un caso con metástasis ganglionares y cerebral»¹. Al realizar este diagnóstico presentamos las mismas dudas que expresa el autor, ya que probablemente hubiera sido más fácil adscribir a un origen primario ganglionar el linfoma, dada su mala evolución. A pesar de ello intentamos ser lo más objetivos posible, y analizamos todos los datos clínicos y anatomopatológicos de que disponíamos. En primer lugar, tuvimos en cuenta la larga evolución de las lesiones cutáneas, que era de dos años previos a nuestra visita; un año antes se le había realizado una biopsia en la misma zona, y aunque el diagnóstico no fue concluyente, sí que fue sospechoso de malignidad, y releyéndolo podemos ver cómo lo que describía el patólogo entraba claramente dentro del espectro de los procesos linfoproliferativos CD30+. En ese momento no había ninguna evidencia de enfermedad ganglionar en la paciente. Posteriormente, cuando fue visitada en nuestro Servicio, donde fue realizado el diagnóstico definitivo, la paciente refería que la lesión ganglionar había aparecido un año y medio después de la lesiones dermatológicas.

En relación con las dudas que manifiesta a los resultados inmunohistoquímicos, estamos de acuerdo con el autor en que por sí solos, y de forma aislada, no sientan un diagnóstico definitivo, aunque sí que abogan claramente a favor de que el linfoma es de origen cutáneo para la inmensa mayoría de los autores consultados en nuestro trabajo. Centrándonos en dos libros de referencia en el diagnóstico de tumores cutáneos, *Lever's Histopathology of Skin*² y *McKee Patho-*

*logy of the Skin*³, utilizan la expresión de EMA y ALK en el diagnóstico diferencial entre un origen cutáneo versus nodal, concluyendo que la negatividad para EMA es altamente específica de origen cutáneo para este último autor³, y que la mayoría son negativos para el primero², haciendo referencia a la clasificación aparecida en *Blood* en 1997⁴.

Por todo ello: datos clínicos, evolución, morfología y estudio inmunohistoquímico, y a pesar de la mala evolución que concluyó con el fallecimiento de la paciente, consideramos que el origen del linfoma CD30+ que presentamos es de origen cutáneo.

Bibliografía

1. Simal E, Hörndler C, Porta N, Baldellou R. Linfoma T de células grandes CD30+ cutáneo primario: presentación de un caso, con metástasis ganglionares y cerebral. *Actas Dermosifilogr.* 2010;101:810–2.
2. Elder E. *Lever's Histopathology of The Skin*. 10.^a ed. Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009. p. 945–9.
3. McKee PH, Brenn T. *Pathology of The Skin*. 3.^a ed. Londres/Filadelfia: Elsevier Mosby; 2006. p. 1403–9.
4. Willemze R, Kerl H, Sterry W, Berti E, Cerroni L, Chimenti S, et al. EORTC classification for primary cutaneous lymphomas: a proposal from the Cutaneous Lymphoma Study Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Blood.* 1997;90:354–71.

E. Simal^{a,*}, C. Hörndler^b, N. Porta^a y R. Baldellou^a

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esimal@salud.aragon.es (E. Simal).

doi:10.1016/j.ad.2011.02.002