

Adenocarcinoma de colon metastásico a piel por implante quirúrgico

Cutaneous metastasis from colon adenocarcinoma secondary to surgical seeding

A. Guerrero Rodríguez¹, VM Tarango Martínez², A. Martínez Humberto³, M^aM Hernández Torres⁴, JA Barba Borrego⁵

¹Médico residente de tercer año de Dermatología. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". Secretaría de Salud Jalisco. México. ²Dermato-micólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". Secretaría de Salud Jalisco. México. ³Médico Cirujano General. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. ⁴Dermato-patólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". Secretaría de Salud Jalisco. México. ⁵Dermatólogo Asesor Jefatura de Enseñanza e Investigación. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". Secretaría de Salud Jalisco. México.

Correspondencia:

Víctor Manuel Tarango Martínez
e-mail: tarangovic@hotmail.com

Recibido: 7/11/2011

Aceptado: 31/12/2012

Resumen

El adenocarcinoma de colon con diseminación a piel es raro y puede surgir por diversas vías. Se trataba de una mujer de 49 años de edad, con antecedente de hemicolectomía derecha y quimioterapia por adenocarcinoma de colon; dos años después notó en el sitio de la ileostomía una tumoración de aspecto verrugoso; el examen histopatológico confirmó metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon. Presentamos el caso por la poca frecuencia de metástasis cutánea debido a implante durante el evento quirúrgico sin afección visceral y sin recidiva hasta el momento.

Palabras clave: metástasis cutáneas, implante quirúrgico, adenocarcinoma de colon.

(A. Guerrero Rodríguez, VM Tarango Martínez, A. Martínez Humberto, M^aM Hernández Torres, JA Barba Borrego. Adenocarcinoma de colon metastásico a piel por implante quirúrgico. Med Cutan Iber Lat Am 2013; 41(5):227-230)

Summary

Cutaneous metastases from colon adenocarcinoma are rare, and are produced by different ways. We describe the case of a 49 year old woman with a right hemicolectomy followed by chemotherapy for colon adenocarcinoma, presenting two years later with a verrucous tumor in ileostomy. Histopathologic reveal a cutaneous metastasis from colon adenocarcinoma. We report this case because of the low frequency of cutaneous metastases secondary to surgical seeding without visceral affection and until today without recurrence.

Key words: cutaneous metastases, surgical seeding, colon adenocarcinoma.

El carcinoma metastásico a piel, representa desde un 2 al 9% y ocurre comúnmente dentro de los 2 años posteriores a la resección del tumor primario[1]. Rolz-Cruz y cols.[2] definen metástasis cutánea como una lesión neoplásica que deriva de otra que no se encuentra en continuidad o en proximidad con la piel. Este proceso se lleva a cabo por distintas vías de diseminación como: linfática, hematógena, por contigüidad y finalmente por implantación quirúrgica iatrogénica. La metástasis cutánea representa la fase tardía de un cáncer con mal pronóstico.

En relación al cáncer de colon y recto, en México en el año 2008, se registraron un total de 6299 casos nuevos confirmados con histopatología, ubicándose entre las prime-

ras 10 causas de morbilidad por neoplasias malignas; el 51,6% se presentaron en mayores de 60 años y del 10 al 25% de los pacientes, tuvieron metástasis a distancia al momento del diagnóstico[3]. La frecuencia de estas metástasis a piel varía desde un 0,5 hasta el 4%, y en ausencia de lesiones viscerales es excepcional[4, 5]. Se desconoce la incidencia de metástasis por implante quirúrgico iatrogénico a piel, pero consideramos que es aún más infrecuente.

Caso clínico

Mujer de 49 años de edad, ama de casa, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco, México, con una dermatosis



Figura 1. Tumor de pared abdominal en área quirúrgica.

localizada en tronco, región abdominal, flanco derecho, constituida por una tumoración redondeada de 4 cm de diámetro y 0.4 cm de alto, eritemato-violácea, de superficie verrugosa con secreción sero-hemática y fibrinoide en el centro, realizada en su periferia (Figura 1), acompañada de dolor punzante e intermitente. Tenía como antecedente de importancia: diagnóstico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado —a los 47 años de edad— con estadificación: T3 N0 M0. Etapa clínica IIA o Dukes B, por lo que se le realizó hemicolectomía derecha laparoscópica e ileostomía. Al año siguiente se efectúa la ileo-transverso-anastomosis reportándose en pieza quirúrgica adenocarcinoma de colon en la serosa de intestino delgado, implementándose además de una nueva resección, quimioterapia con 6 ciclos a base de 5 fluorouracilo y cisplatino. Posteriormente, a los 3 meses, notó la presencia de una “bolita” en abdomen, con aumento gradual de tamaño y dolor, motivo por el cual acudió nuestro Instituto 4 meses después.

Los estudios paraclínicos se reportaron dentro de los parámetros normales. Se practicó biopsia de la tumoración, en la que se encontraron numerosas células epiteliales cilíndricas malignas, con núcleos pleomórficos y mitosis atípicas, dispuestas en estructuras glandulares (Figura 2). Por otro lado, el antígeno carcinoembrionario fue de 6,1 ng/ml estableciéndose con lo anterior el diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon por implante quirúrgico.

Se derivó al servicio de oncología y se inició manejo con quimioterapia 6 ciclos de FOLFOX (5-fluorouracilo, leucovorin y oxaliplatino) así como resección extensa en bloque, del

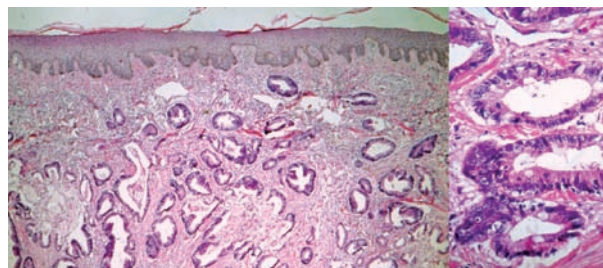


Figura 2. Dermis con numerosas células epiteliales cilíndricas con núcleos pleomórficos y mitosis atípicas, dispuestas en estructuras glandulares (detalle).

tumor de pared abdominal. Nuevamente se manejó con quimioterapia 15 ciclos (capecitabina y oxaliplatino) y radioterapia 5,000 Gy. Actualmente sin evidencia de metástasis con 6 años de seguimiento (Figura 3).

Comentario

Las metástasis cutáneas se producen por distintas vías de diseminación como: hematógena, linfática, invasión por contigüidad e implantación quirúrgica iatrogénica[6]; las dos primeras representan el 50 al 60% de los casos[2]. Se considera un proceso complejo que requiere además de angiogénesis y linfangiogénesis, la expresión de metaloproteinasas, moléculas de adhesión, citocinas, quimiocinas y factores de crecimiento para la proliferación del tumor, invasión local y por último diseminación a sitios secundarios[7]. La implantación quirúrgica iatrogénica en cualquier sitio anatómico ocurre en el 0,8 al 1,5% de los casos. Al parecer el microambiente postquirúrgico que se



Figura 3. Seguimiento clínico sin recidiva a los 6 años.

crea en el peritoneo, incrementa la posibilidad de implantación celular tumoral[8].

Los factores de riesgo clínico-patológicos para metástasis cutánea son: la extensión transmural del tumor primario, metástasis a ganglios linfáticos y perforación del tumor[9]. Reportamos una paciente con implantación quirúrgica iatrogénica exclusiva a piel de un adenocarcinoma de colon cuya frecuencia es desconocida —en la revisión que realizamos en la literatura médica— cuyo pronóstico favorable a la fecha se debió a un diagnóstico temprano por su notoria aparición.

El carcinoma metastásico a piel puede manifestarse clínicamente como nódulos cutáneos y subcutáneos los cuáles generalmente son menores de 5 cm; úlceras, ampollas o áreas de fibrosis; en algunos casos pueden ser el primer signo de una neoplasia maligna interna. En nuestro caso la presentación clínica fue una lesión única de aspecto nodular en piel abdominal en el sitio quirúrgico previo, que incluso dibujaba la morfología de la ileostomía.

Del 30 al 40% de los pacientes con cáncer de colon desarrollarán en algún momento metástasis distantes, aún en aquellos con aparente curación, es decir, con resección completa del tumor primario; de éstos, el 75% ocurre en los primeros 2 años y para los 5 años el 85% presentarán metástasis a distancia[3] siendo más frecuentes a hígado (20-70%), pulmón (10-20%) y peritoneo, pelvis, hueso y piel (0,5-1%)[5].

Las metástasis cutáneas de cáncer de colon se presentan generalmente en la piel de la región abdominal o perineal y en áreas de incisiones quirúrgicas, rara vez ocurren en la cabeza, tronco o miembros inferiores[10]. Vijayasekar y cols.[9] mencionan que el 80% del adenocarcinoma de colon metastásico a piel por implante quirúrgico sucede en los primeros 12 meses posteriores a la cirugía, nuestra paciente reportó la aparición 15 meses después.

Koea y cols.[11] reportaron 31 pacientes con recurrencia de cáncer colorrectal metastásico a pared abdominal, manifestándose en promedio 24 meses posteriores a la cirugía, el 13% de los casos presentaron afección aislada en pared abdominal y el 87% se asociaron a tumor intra-abdominal siendo éste con mayor índice de recurrencia. El período de sobrevida promedio reportado fue de 4 a 22 meses posteriores al diagnóstico. La paciente permaneció sin evidencia de lesiones viscerales en el momento del diagnóstico del carcinoma metastásico a piel, con una sobrevida de 6 años después del tratamiento sin recidiva aparente hasta el momento.

La resección local extensa de la lesión cutánea o subcutánea, es la mejor opción de tratamiento en metástasis cutáneas colorrectales aisladas con baja morbilidad y mor-

talidad[11]. En relación a la quimioterapia está descrito el uso de 5-fluorouracilo[12, 13, 14], irinotecan[12-14] leucovorin[12-14] y oxaliplatino[13]. La combinación de 5-fluorouracilo y leucovorin ha sido la terapia estándar para las metástasis[13]. La terapia con FOLFOX ha mostrado una mejor tolerancia, mayor respuesta al tratamiento e incremento de sobrevida promedio de 11 a 19.5 meses. Nuestra paciente recibió quimioterapia FOLFOX combinado con radioterapia y cirugía, con seguimiento inicial cada 6 meses y actualmente anual con niveles de antígeno carcinoembrionario e imágenes axiales de abdomen sin datos de recidiva.

En general, el pronóstico de las metástasis cutáneas es malo a corto plazo, con una media de supervivencia de 3 a 6 meses[15] ya que habitualmente representa enfermedad avanzada; pero también dependerá de diversos factores como: la edad del paciente, enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, obesidad, cardiopatía, inmunosupresión), extensión del tumor, afección a otros órganos internos, entre otros. La diferenciación tumoral e invasión linfocelular son también elementos importantes que modifican el pronóstico.

Consideramos que la resección completa de la metástasis y el uso de quimioterapia adyuvante incrementa la sobrevida. Presentamos un caso excepcional de adenocarcinoma metastásico por implante quirúrgico, sin afección intra-abdominal en el momento del diagnóstico, con buena respuesta a terapia combinada, en una paciente de edad media y sin enfermedades comórbidas.

Conclusiones

Las metástasis cutáneas de cáncer colorrectal posterior a la resección primaria son una presentación conocida aunque rara. Creemos que en la metástasis por implantación, es imprescindible la siembra de células de una neoplasia intraabdominal llevando a un mal pronóstico en la mayoría de los casos, y reservado en aquellos pacientes con implante exclusivo a piel. Desconocemos la fisiopatogenia pero es probable que ciertos factores (atipias celulares, pleomorfismo, angiogénesis, entre otros) en individuos con carcinoma de colon influyan en el momento de la implantación, así como las condiciones generales de salud del paciente. Sugerimos que ante la presencia de cualquier lesión que se presente en pared abdominal con antecedente de cáncer de colon, especialmente en área de cicatriz o periestomal, debe realizarse estudio histopatológico para un diagnóstico temprano, valoración de órganos internos y estudios complementarios con el fin de descartar enfermedad metastásica local o regional o distante.

Bibliografía

1. Asuquo M, Umoh M, Bassey E. Cutaneous metastatic carcinoma: diagnostic and therapeutic values. *Adv Skin Wound Care* 2010; 23: 77-80.
2. Rolz-Cruz G, Kim C. Tumor Invasion of the Skin. *Dermatol Clin* 2008; 26: 89-102.
3. Tirado L, Mohar A. Epidemiología del cáncer de colon y recto. *Gamo* 2008; 7: 3-11.
4. Placer C, Elósegui JL, Irureta I. Metástasis cutánea perineal de adenocarcinoma tras cirugía de cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2007; 82: 41-3.
5. Alexandrescu DT, Vaillant J, Yahr LJ, Kelemen P, Wiernik PH et al. Unusually large colon cancer cutaneous and subcutaneous metastases occurring in resection scars. *Dermatol Online J* 2005; 11: 22.
6. Resnik KS, DiLeonardo M, Gibbons G. Clinically occult cutaneous metastases. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 1044-7.
7. Nguyen TH. Mechanisms of metastasis. *Clin Dermatol* 2004; 22: 209-16.
8. Raa ST, Oosterling SJ, van der Kaaij NP, van den Tol MP, Beelen RH, Meijer S et al. Surgery promotes implantation of disseminated tumor cells, but does not increase growth of tumor cell clusters. *J Surg Oncol* 2005; 92: 124-9.
9. Vijayasekar C, Noormohamed S, Cheetham MJ. Late recurrence of large peri-stomal metastasis following abdomino-perineal resection of rectal cancer. *World J Surg Oncol* 2008; 96: 1-5.
10. Fyrmipas G, Barbetakis N, Efstathiou A, Konstantinidis I, Tsilikas C et al. Cutaneous metastasis to the face from colon adenocarcinoma. Case report. *Int Semin Surg Oncol* 2006; 2: 1-3.
11. Koea JB, Lanouette N, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM et al. Abdominal wall recurrence after colorectal resection for cancer. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 628-32.
12. Saltz LB, Cox JV, Blanke C, Rosen LS, Fehrenbacher L, Moore MJ et al. Irinotecan Plus Fluorouracil and Leucovorin for Metastatic Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2000; 343: 905-14.
13. Goldberg RM, Sargent DJ, Morton RF, Fuchs CS, Ramanathan RK, Williamson SK et al. A Randomized Controlled Trial of Fluorouracil Plus Leucovorin, Irinotecan, and Oxaliplatin Combinations in Patients With Previously Untreated Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 23-30.
14. Fuchs CS, Ramanathan RK, Williamson SK. Randomized study of weekly irinotecan plus high-dose 5-fluorouracil (FUIRI) versus biweekly irinotecan plus 5-fluorouracil/leucovorin (FOLFIRI) as first-line chemotherapy for patients with metastatic colorectal Cancer: a Spanish Cooperative Group for the Treatment of Digestive Tumors Study. *Ann Oncol* 2009; 20: 251-7.
15. Martínez L, Vilata J. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009; 37: 117-29.