

# Metástasis en piel cabelluda de adenocarcinoma gástrico con células de anillo de sello: reporte de un caso

## Gastric Adenocarcinoma Skin Metastasis with Seal Ring Cells: A Case Report

Roberto Narro-Llorente,<sup>1</sup> Iris Galván-Martínez,<sup>2</sup> G. Juanicotena-Madrigal<sup>3</sup> y Verónica Fonte-Ávalos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médico dermatooncólogo quirúrgico, egresado del Hospital General Dr. Manuel Gea González

<sup>2</sup> Médico dermatopatólogo, egresada del Hospital General Dr. Manuel Gea González

<sup>3</sup> Médico cirujano general, egresado de la Universidad Anáhuac Cancún

<sup>4</sup> Médico Dermatooncólogo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

### RESUMEN

Los tumores metastásicos en piel son relativamente poco frecuentes, su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, son manifestación de un tumor maligno avanzado y permiten el diagnóstico de neoplasias internas no conocidas, representan un factor de mal pronóstico para el paciente.

Se reporta el caso de un hombre de 45 años de edad con un adenocarcinoma metastásico en la piel cabelluda, en el estudio histopatológico se observa la presencia de células "en anillo de sello", por lo que se inicia protocolo de estudio en busca del tumor primario; mediante inmunohistoquímica y endoscopia se confirma un adenocarcinoma gástrico, lo que demuestra la relevancia del estudio de la piel en pacientes hospitalizados.

**PALABRAS CLAVE:** metástasis cutáneas, metástasis en piel cabelluda, adenocarcinoma gástrico, células en anillo de sello, cáncer gástrico.

### ABSTRACT

Metastatic skin tumors are relatively rare, their diagnosis requires high clinical suspicion, and they are the expression of an advanced malignant tumor, and allows us the diagnosis of unknown internal malignancies.

We report a 45-year-old male with a metastatic adenocarcinoma on the scalp. Histopathological study showed the presence of "ring-seal" cells, so we initiated the search of the primary tumor. Endoscopy and immunohistochemistry confirmed a gastric adenocarcinoma, demonstrating the relevance of the study of the skin in hospitalized patients.

**KEYWORDS:** cutaneous metastasis, scalp metastasis, gastric adenocarcinoma, seal ring cells, gastric cancer.

### Introducción

Aproximadamente 2% de los tumores de la piel ocurren en la piel cabelluda. En México el principal tumor de piel cabelluda es el nevo intradérmico, seguido de la queratosis seborreica y el carcinoma basocelular.<sup>1</sup> El carcinoma metastásico en esta región se ha reportado con una frecuencia de 0.7%.<sup>2</sup>

La incidencia de metástasis cutáneas (MC) se estima entre 0.7 y 10.8%.<sup>3</sup> Éstas representan la invasión de células cancerosas a las diferentes estructuras de la piel, ya sea locales o a distancia. Se consideran una manifestación poco frecuente de las neoplasias viscerales, generalmente se presentan en estadios tardíos de la enfermedad, y en algunos casos pueden preceder al diagnóstico del tumor primario.<sup>3</sup>

El adenocarcinoma gástrico es un tumor que implica una mortalidad elevada, suele manifestarse con sintomatología inespecífica, lo que contribuye al retraso en el diagnóstico.<sup>3</sup> Los sitios de metástasis más comunes son el hígado, la cavidad peritoneal y los ganglios linfáticos regionales.<sup>3</sup> Entre las presentaciones clínicas descritas de metástasis cutáneas por esta patología están, con mayor frecuencia, los nódulos cutáneos o subcutáneos que pueden ser únicos o múltiples, estar o no ulcerados y en general son asintomáticos.<sup>3</sup>

Las metástasis en piel por carcinoma gástrico representan 2.6% del total,<sup>3,4</sup> y en hombres puede llegar hasta a 6%.<sup>3</sup>

### CORRESPONDENCIA

Dr. Roberto Narro Llorente ■ dermanarro@gmail.com ■ Teléfono: 99 8216 2621  
Dermatología Integral, Edificio Pabellón Caribe, Avenida Nichupté s/n, piso 3, consultorio PH5, Supermanzana 19, C.P. 77510 Cancún, Quintana Roo

### Reporte del caso

Paciente masculino de 45 años que es ingresado al Área de Urgencias porque presentaba derrame pleural de dos semanas de evolución. Como antecedentes patológicos, es diabético e hipertenso de cinco años de diagnóstico, en tratamiento con médico familiar. El paciente presenta pérdida de 11 kilos de peso en los últimos tres meses, sin que se asocie alguna otra sintomatología. Se realiza interconsulta con el Servicio de Dermatología porque presenta una dermatosis localizada en la piel cabelluda en la región parietal izquierda, constituida por una neoformación exofítica polilobulada de coloración rosada, superficie lisa de consistencia dura y forma irregular (figura 1a). Refiere haber iniciado seis meses previos a la valoración, con una lesión de aspecto papular de rápido crecimiento (figura 1b).

Se hizo biopsia y se envió al área de Dermatopatología con los diagnósticos diferenciales de nevo sebáceo, espiroderoma ecrino múltiple y cilindroma múltiple. El análisis histopatológico mostró una proliferación de células dispuestas en fascículos que disecan fibras de colágena y que ocupan la dermis reticular superficial, media y profunda. Las células proliferantes eran grandes, de citoplasma abundante, claro, eosinófilo y algunas con núcleo ovalado e hiper cromático, otras mostraban núcleo excéntrico “en anillo de sello” y algunas mitosis atípicas (figura 2a y b).

Por inmunomarcación las células mostraron positividad difusa e intensa a la citoqueratina AE1-3 (figura

3a), y a la citoqueratina 7 (figura 3b) y 20 (figura 3c). Este tumor se ubicó en el grupo de carcinomas positivos a citoqueratina 7 y 20, dentro de los cuales se encuentra el carcinoma urotelial, el adenocarcinoma pancreático, adenocarcinoma de vejiga, adenocarcinoma gástrico y el colangiocarcinoma.

Debido a lo anterior se realizó TAC de cráneo y toraco-abdominal, se encontraron adenomegalias retrocraurales y retroperitoneales. Posteriormente se hizo endoscopia, en la que se observó deformidad del estómago a nivel de la curvatura menor, probablemente secundaria a tumoración, y en el mismo nivel se mostró una úlcera Forrest IIC. Se tomó biopsia y se estableció el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico.

Finalmente, el paciente murió dos meses después de realizarse la biopsia de piel y a seis días de haber hecho la endoscopia por choque hipovolémico, secundario a hemorragia de tubo digestivo alto y carcinoma gástrico.

### Discusión

La piel cabelluda es una región anatómica especializada, con una densidad mayor al resto de la piel de folículos pilosebáceos. Al igual que en el resto de la piel, no está exenta de la aparición de tumores, que pueden presentarse desde el nacimiento o aparecer en el transcurso de la vida, y cambiar dependiendo de su tipo.

Existen muchas manifestaciones de tumores cutáneos; en un estudio retrospectivo realizado de 1999 a 2009 donde se analizó una muestra de 27497 informes histo-



Figura 1A y B. Neoformación exofítica polilobulada de consistencia dura y forma irregular.

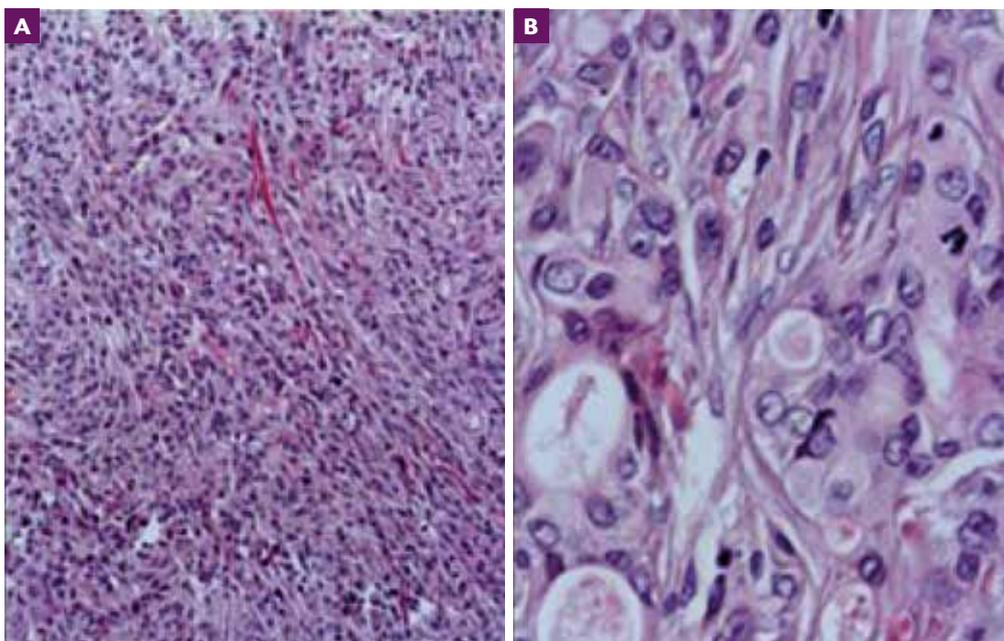


Figura 2A y B. Células proliferantes de citoplasma abundante, eosinófilo con núcleo ovalado e hiper cromático, algunas con núcleo excéntrico “en anillo de sello” y mitosis atípicas.

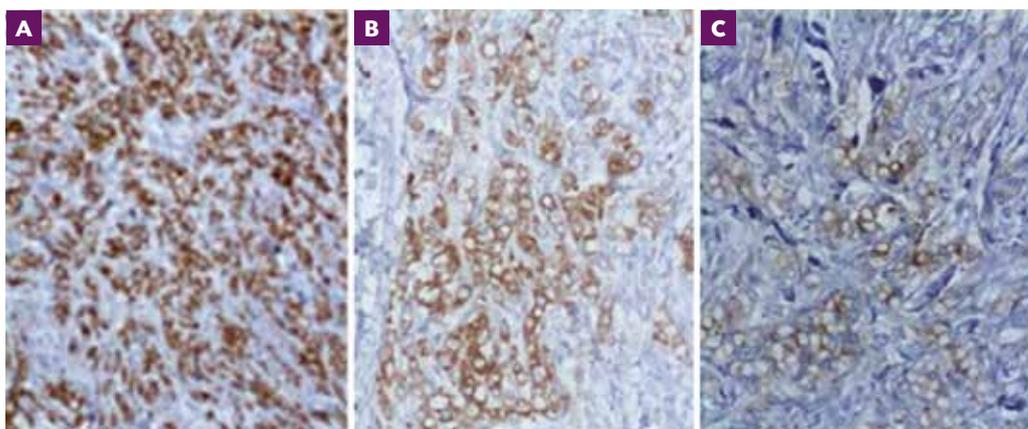


Figura 3. A) Inmunomarcación con positividad difusa e intensa a la citoqueratina AE1-3; B) Inmunomarcación para citoqueratina 7; C) Inmunomarcación para citoqueratina 20.

patológicos, se encontró que 2% corresponde a tumores localizados en la piel cabelluda.<sup>1</sup>

Se ha reportado que 0.7% de los casos de tumores en la piel cabelluda se originan por carcinomas metastásicos.<sup>2</sup> Las metástasis surgen cuando las células neoplásicas se desprenden de un tumor primario y se diseminan a otros lugares.<sup>4</sup> Se conoce que la aparición de este tipo de lesiones se manifiesta en estados avanzados de la enfermedad, lo que ocasiona un diagnóstico tardío y baja supervivencia al paciente. Las metástasis en la piel cabelluda no presentan morfología ni características específicas, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

La detección temprana de la mayoría de las metástasis requiere de pruebas complementarias sofisticadas; por el contrario, en la mayoría de los casos las MC se observan fácilmente con una exploración física adecuada.

Sólo en 8% de los casos de neoplasia interna hay manifestaciones cutáneas como primer dato clínico de la enfermedad,<sup>3</sup> sin embargo, hasta un tercio de las MC se diagnostican de forma previa o simultánea al tumor de origen, por ello es esencial el papel del dermatólogo en la evaluación de estos pacientes.<sup>4</sup>

Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia llegan a presentar metástasis cutáneas son: el adenocarcinoma

gastrointestinal (20%), como en este caso, seguido por adenocarcinoma de la mama (17.5%), carcinoma hematológico (17.5%), adenocarcinoma de origen desconocido (12.5%), cáncer de testículo, riñón y ovario (7.5%).<sup>2</sup>

Asimismo, en un estudio llevado a cabo en 1972 se reunió una muestra de 724 pacientes donde se analizó el origen de las metástasis en piel, se encontró que los orígenes más frecuentes en hombres son: el carcinoma de pulmón (24%), carcinoma colorrectal (19%) y melanoma (13%); mientras que en mujeres la mayor incidencia fue el cáncer de mama (69%), carcinoma colorrectal (9%) y melanoma (5%). En ambos sexos el cáncer gástrico tuvo una incidencia de alrededor de 4.5%.<sup>4</sup>

El adenocarcinoma gástrico es un tumor con una alta tasa de mortalidad y una sobrevida de alrededor de 10 meses, presenta una sintomatología inespecífica como malestar epigástrico, astenia y anemia, y suele diagnosticarse en estadios avanzados de la enfermedad.<sup>3</sup>

El cáncer gástrico con células en anillo de sello (AS) se origina en la mucosa gástrica a nivel del cuello glandular, está relacionado con un fenotipo infiltrativo y es de peor pronóstico. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer en AS es aquel que en el estudio histopatológico presenta más de 50% de células en AS. Este tipo de cáncer representa hasta el 39% de los cánceres gástricos, y tienen como característica que son mal diferenciados, infiltrativos y difusos.<sup>6</sup>

Como se mencionó, de manera complementaria en la biopsia se utilizaron métodos de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico de éstos, que fueron positivos a citoqueratina 7 y 20, lo que sugiere un tumor primario de estómago debido a que la citoquina CK7 en cáncer de estómago tiene una sensibilidad de 80.45% y una especificidad de 24.4%. La citoquina CK20 tiene una sensibilidad de 23.9% y una especificidad de 72.4% en el carcinoma de estómago.<sup>5</sup>

Existe poca bibliografía sobre los tumores en piel cabelluda en México, y aún menos sobre neoplasias inter-

nas con manifestaciones en piel cabelluda. También las metástasis en piel de carcinomas viscerales son poco frecuentes, cuando estas lesiones aparecen en un estadio tardío de la enfermedad y son poco específicas, representan un reto diagnóstico y de mal pronóstico.<sup>1</sup>

El objetivo de la presentación de este caso clínico es dar a conocer cómo se llevó a cabo el diagnóstico de un cáncer visceral común en México a partir de una manifestación cutánea, así como la importancia de dar seguimiento a este tipo de lesiones cutáneas, la evaluación integral del paciente y la referencia oportuna.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Guevara-Castillo RM, Peniche-Castellanos A, Fierro-Arias L, Ponce-Olvera RM y Mercadillo-Pérez P, Frecuencia de tumores en la piel cabelluda en el Servicio de Dermato-Oncología del Hospital General de México. Un análisis retrospectivo de los últimos 10 años, *Dermatol Rev Mex* 2010; 54(4):173-6.
2. López TBO, García HL y Orozco TR, Metástasis cutáneas: biopsia de piel para el diagnóstico de neoplasias sistémicas, *Dermatol Rev Mex* 2009; 53(4):173-7.
3. Martínez LE, Puebla MM y Vega ME, Metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico: informe de un caso, *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74(4):362-5.
4. Fernández AM, Parra BV, Avilés IA y Suárez FR, Metástasis cutáneas de origen visceral, *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(8):41-53.
5. Campos MP y Vega ME, Adenocarcinoma gástrico. Un caso con 320 metástasis nodulares cutáneas como manifestación inicial, *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43(1):56-9.
6. Venturelli MF, Carcamo IC, Venturelli LA, Carcamo BM, Born GM, Jara DC, Mansillas SE y Fermer EO, Análisis de sobrevida del cáncer gástrico en anillo de sello según profundidad y compromiso linfoidal, *Rev Chilena de Cirugía* 2008; 60(5):398-402.
7. Tapia EO, Gutiérrez MV, Roa JC, Manterola DC, Villaseca HM y Araya JC, Carcinoma de células en anillo de sello gástrico: descripción clínico-morfológica y valor pronóstico, *Rev Chilena de Cirugía* 2010; 62(5):458-64.
8. Domínguez PO, Romero BL, Dies SP, Sarmiento AM, Valadez MT y Flores EM, Carcinoma difuso con células en anillo de sello y glioblastoma multiforme como tumores primarios, presentación de un caso y su asociación en los mecanismos moleculares, *Anales de Radiología México* 2014; 13:79-85.