

Metástasis cutánea diseminada como manifestación inicial de adenocarcinoma pulmonar. Reporte de caso extremadamente raro

Disseminated cutaneous metastases as the initial manifestation of pulmonary adenocarcinoma. Extremely rare case report

Juan Pablo Medina Velásquez¹ y Sabrina Trejos²

¹ Dermatólogo

² Neumóloga

Servicio de Neumología, Hospital Irma Lourdes Tzanetatos, Ciudad de Panamá, Panamá

RESUMEN

Las metástasis cutáneas son raras y a menudo presagian malignidad agresiva y mal pronóstico. Se presenta el caso clínico de un paciente de 58 años de edad, con antecedente de tuberculosis pleural, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y tabaquismo por 20 años con índice de paquetes por año (IPA) de 26. En el examen físico se evidenció dermatosis crónica diseminada en el cuero cabelludo, el rostro y la ingle caracterizada por cinco nódulos eritematovioláceos de entre 2 a 4 cm de diámetro, de bordes regulares, definidos, con centro ulcerado, uno de ellos sangrante y otro con secreción purulenta. Se realizó biopsia de piel de dos lesiones donde se confirmó metástasis cutánea compatible con adenocarcinoma.

PALABRAS CLAVE: metástasis cutánea, adenocarcinoma pulmonar, patología, inmunohistoquímica, índice de paquetes por año, broncoscopia.

ABSTRACT

Cutaneous metastases are rare and often portend aggressive malignancy and poor prognosis. The clinical case of a 58-year-old male patient with a history of pleural tuberculosis, type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension and smoking for 20 years with a pack-year index of 26 is presented. The physical examination revealed chronic disseminated dermatosis to the scalp, face and groin characterized by five erythematous-violaceous nodules between 2 and 4 cm in diameter, with regular, defined edges, with an ulcerated center, one of them bleeding and the other with purulent secretion. A skin biopsy was performed on two lesions, where skin metastasis compatible with adenocarcinoma was confirmed.

KEYWORDS: cutaneous metastases, pulmonary adenocarcinoma, pathology, immunohistochemistry, pack-year index, bronchoscopy.

Introducción

El cáncer de pulmón tiende a hacer metástasis en los ganglios hiliares, el cerebro, las glándulas suprarrenales y los huesos, pero rara vez en la piel. Presentamos el caso de un varón de 59 años con antecedentes de tuberculosis pleural, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y tabaquismo por 20 años, que presentaba cinco nódulos diseminados en la piel. La biopsia evidenció metástasis cutánea compatible con adenocarcinoma con invasión venolinfática y perineural. La inmunohistoquímica y la broncoscopia confirmaron el diagnóstico. En este informe de caso destacamos que la biopsia oportuna es importante para el diagnóstico, pronóstico y manejo terapéutico de las metástasis cutáneas.

Reporte de caso

Paciente de 59 años, originario de Ciudad de Panamá, con antecedentes de tuberculosis pleural, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y tabaquismo por 20 años con índice de paquetes por año (IPA) de 26, con cinco lesiones cutáneas de rápido crecimiento, tiempo de evolución de dos meses, acompañadas de dolor, secreción sanguinolenta y purulenta.

En el examen físico se evidenció dermatosis crónica diseminada en el cuero cabelludo, la mejilla derecha, el mentón y la ingle izquierda, caracterizada por múltiples nódulos en forma de cúpula, eritematovioláceos, de diferentes tamaños entre 2 a 4 cm de diámetro, de bordes regulares, definidos, con centro ulcerado, uno de ellos sangrante y otro con secreción purulenta.

CORRESPONDENCIA

Dr. Juan Pablo Medina Velásquez ■ jpmedina@ufm.edu ■ Teléfono: (507) 6955 2895
Barrio Alto, casa 54, Ciudad de Panamá, República de Panamá

Se realizaron dos biopsias punch de 4 mm de las lesiones de la ingle y la mejilla derecha, la histopatología evidenció dermis reemplazada por proliferación glandular atípica caracterizada por formaciones glandulares con epitelio que presentaba núcleos aumentados de tamaño, con pleomorfismo, núcleos prominentes y mitosis. Algunos con debris nuclear en el lumen, se sospechó en metástasis cutánea compatible con adenocarcinoma. Había invasión venolinfática y perineural. Se envió a inmunohistoquímica

que mostró citoqueratina (CK) 7 fuertemente positiva, CK5/6 negativa, CK18 positiva, CK20 negativa.

Se hizo tomografía axial computarizada simple y con contraste: masa en el lóbulo inferior atelectásico en el pulmón izquierdo que sugirió proceso neoplásico; engrosamiento pleural tipo nodular; empiema izquierdo y consolidación pulmonar en el lóbulo inferior y en el superior izquierdo con áreas hipodensas que sugirieron componente necrotizante; lesiones metastásicas en el pulmón derecho, la columna dorsal, los arcos costales inferiores izquierdos, el esternón y las glándulas suprarrenales; y adenopatías mediastínicas.



Figura 1. Nódulo en forma de cúpula friable de 4 cm en la región inguinal.



Figura 3. Nódulo con úlcera central de 2 cm de diámetro, con secreción purulenta, en el cuero cabelludo.



Figura 2. Nódulo eritematoso con úlcera central de 2 cm de diámetro en la mejilla derecha.

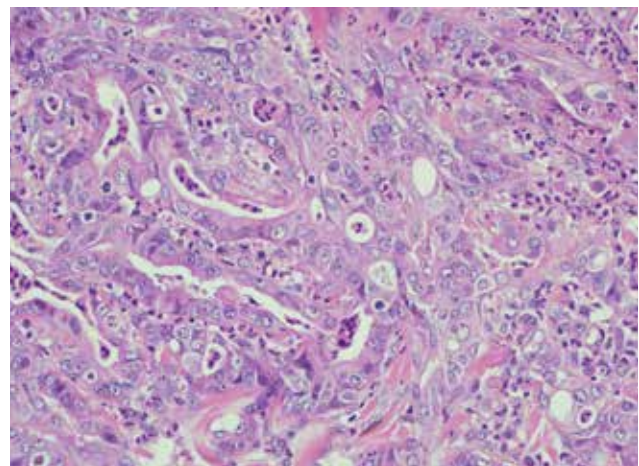


Figura 4. Dermis reemplazada por proliferación glandular atípica, núcleos aumentados de tamaño, con pleomorfismo, núcleos prominentes y mitosis.

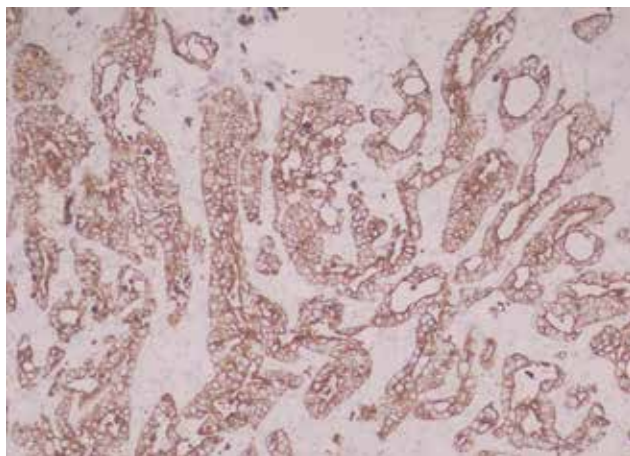


Figura 5. Inmunohistoquímica que mostró CK7 fuertemente positiva.



Figura 6. TAC simple y con contraste. Masa en el lóbulo inferior atelectásico en el pulmón izquierdo.

Se le realizó broncoscopia que evidenció infiltración grado III en la mucosa del bronquio principal izquierdo, con disminución de lumen de entrada al lóbulo superior izquierdo en 50% y al lóbulo inferior izquierdo en 70%, con lesión exofítica grado I. En el informe citológico de secreción bronquial se observaron abundantes células inflamatorias con predominio de linfocitos, polimorfonucleares y escasos macrófagos. Conglomerado de células bronquiales de diferentes tamaños, núcleos con cromatina grumosa, nucléolos prominentes.

La biopsia pulmonar mostró proliferación glandular atípica con núcleos aumentados de tamaño, pleomorfis-

mos y coalición glandular, se correlacionó con adenocarcinoma pulmonar.

Discusión

En las Global Cancer Statistics 2023 se estimó que el cáncer de pulmón es el segundo cáncer más común en todo el mundo, representó 12% de todos los casos. Además, es responsable del mayor número de muertes por cáncer, con un total de 21%. Hasta ahora el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en pacientes masculinos y femeninos. El cáncer de pulmón tiene un pronóstico muy malo, y la tasa de supervivencia global a cinco años es de alrededor de 15%. Hay dos tipos de cáncer de pulmón: de células pequeñas y de células no pequeñas, que incluyen adenocarcinoma, carcinoma escamocelular y carcinoma de células grandes. Los sitios metastásicos más frecuentes son el cerebro, la columna vertebral, los huesos, el hígado y las glándulas suprarrenales. La incidencia más alta se observa en hombres. Cabe mencionar que la anatomía del pulmón tiene pocas terminaciones nerviosas, el crecimiento tumoral en esta región con frecuencia pasa desapercibido, hasta que aparecen síntomas o signos más evidentes. El cáncer de pulmón a menudo es insidioso, con tos continua, hemoptisis y pérdida de peso como manifestaciones clínicas principales.^{1,5,7,8}

Las metástasis cutáneas son raras y a menudo presagian malignidad agresiva y mal pronóstico. Las metástasis cutáneas del cáncer de pulmón están mal diferenciadas, afectan el sistema vascular linfático y están restringidas al tejido subcutáneo y la dermis. El tiempo promedio para que el cáncer de pulmón haga metástasis en la piel es de 5.7 meses. El adenocarcinoma es el tipo más común de metástasis del cáncer de pulmón. La metástasis cutánea de una neoplasia visceral primaria es una entidad infrecuente, la incidencia está entre 1 y 12%. Las metástasis cutáneas del carcinoma de pulmón representan 3.4%. Generalmente ocurre en la etapa terminal de la enfermedad, pero rara vez puede revelar la enfermedad (0.8%). Es extremadamente raro que las metástasis cutáneas sean el primer y único signo de una neoplasia pulmonar subyacente.^{2,3,6-10}

Los sitios comunes de metástasis cutáneas incluyen el tórax, la espalda, el abdomen, la cabeza y el cuello. De acuerdo con Babacan y colaboradores,¹¹ el cuero cabelludo es el sitio más común de metástasis cutánea en 54% de los casos, esto quizá se deba al rico suministro de sangre, que lo convierte en un sitio favorito para las metástasis de tumores malignos viscerales. La presentación más común de las metástasis cutáneas del cáncer de pulmón es el tipo nodular, que se sugiere como resultado de la diseminación

hematógena. A menudo los nódulos se describen como de color rojo violáceo o azul negruzco, fijos, firmes e indolores, crecen rápidamente, pueden necrotizarse o ulcerarse, son de tamaño variable (5 a 60 mm), frecuentemente sobre piel normal, pueden ser solitarios o múltiples. Las formas menos comunes pueden presentarse como pápulas, placas, ulceraciones, erisipela, ampollas y tumores vasculares con telangiectasias. La metástasis cutánea de pulmón debe considerarse en el diagnóstico diferencial entre los pacientes que presentan lesiones nodulares cutáneas. La metástasis cutánea de neoplasias malignas viscerales tiende a ocurrir muy cerca de la neoplasia primaria por extensión directa e infiltración de tejidos contiguos o por diseminación sanguínea o linfática.^{2,3,6,7,9,10}

A menudo el diagnóstico se basa en información clínica: problemas respiratorios y sistémicos o antecedentes de tabaquismo. El primer examen complementario es la radiografía de tórax. La tomografía computarizada sigue siendo la mejor manera de evaluar la extensión local. La biopsia de piel es el procedimiento diagnóstico estándar de oro. La inmunohistoquímica sigue siendo el mejor método de confirmación utilizando marcadores específicos. La positividad del factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) y CK7 sugiere un tumor pulmonar primario. Sin embargo, el marcador más sensible y específico es TTF-1, presente en 60 a 75% de estos tumores. Los marcadores inmunohistoquímicos son útiles para la identificación del cáncer primario responsable de la metástasis cutánea. La dermatoscopia muestra vasos lineales irregulares y vasos trombosados.^{2-5,8}

Los principales diagnósticos diferenciales de este cuadro clínico incluyen: carcinomas de células escamosas, carcinomas de células basales y de células de Merkel, melanomas amelanóticos, tumores carcinoides y carcinomas metastásicos de pulmón.⁵

La metástasis cutánea en pacientes con cáncer de pulmón está asociada con un tumor agresivo. En general, sólo se ofrece quimioterapia paliativa (combinaciones de cisplatino y etopósido o ciclofosfamida, adriamicina y vincristina), pero la respuesta es mínima debido al suministro deficiente de sangre a la piel. La radioterapia suele estar indicada para el dolor y el sangrado. El tratamiento de la metástasis cutánea se centra en el tratamiento de la

neoplasia maligna primaria, que puede lograrse clínicamente mediante resección quirúrgica y la combinación de radiación y quimioterapia adyuvantes. El tratamiento de la lesión solitaria puede ser una combinación de cirugía y quimioterapia, está demostrado que la resección de la lesión cutánea ofrece una mejor supervivencia con una ganancia de tres meses, sin embargo, en casos de metástasis cutáneas múltiples, la quimioterapia es el tratamiento primario. La respuesta de las lesiones cutáneas sirve como marcador de la respuesta al tratamiento, a pesar de la baja supervivencia habitual en estos casos.^{2,3,5,8}

El pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón y metástasis cutáneas es malo y la supervivencia suele ser de unos pocos meses, entre tres y quince, dependiendo de la presentación clínica de cada paciente, así como del abordaje terapéutico utilizado. En algunos casos, las estrategias paliativas ayudan a prolongar la supervivencia.⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Ting W *et al.*, Skin metastasis: rare first manifestation of lung cancer, *Facial Plast Surg* 2022; 38(4):436-8.
2. Sakhri S *et al.*, Cutaneous metastasis as a first presentation of lung carcinoma: a case series, *J Med Case Rep* 2023; 17:315.
3. Tahir M *et al.*, Scalp metastasis as an initial manifestation of squamous cell carcinoma of the lung: case report of an extremely rare entity, *Cureus* 2023; 15(2):e35074.
4. Mkhini H, A clown nose-like nodule revealing a metastatic lung carcinoma, *Caso Clin Rep* 2023; 11(5).
5. Assunção Ribeiro da Costa R *et al.*, Skin metastases as first manifestations of adenocarcinoma of the lung: a case report, *Cureus* 2022; 14(5):e24834.
6. Zhong L *et al.*, Cutaneous metastasis from lung adenocarcinoma, *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2022; 12(15):1869-72.
7. Bolewska A *et al.*, Tumor of the nose: a rare manifestation of a metastatic lung cancer, *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2021; 21(14):1311-8.
8. Khaja M *et al.*, Lung cancer presenting as skin metastasis of the back and hand: a case series and literature review, *Case Rep Oncol* 2019; 12(2):480-7.
9. Martínez-Morán C *et al.*, Cutaneous metastasis in a patient with lung cancer, *Actas Dermosifiliogr* 2018; 109(4):372-4.
10. Gupta V *et al.*, Scalp metastasis as an initial presentation of lung adenocarcinoma: a case report and literature review, *Int J Surg Case Rep* 2017; 41:327-31.
11. Babacan N *et al.*, A case of multifocal skin metastases from lung cancer presenting with vasculitic-type cutaneous nodule, *Indian J Dermatol* 2015; 60(2):213.