

Metástasis cutánea como primer hallazgo de carcinoma pulmonar

Cutaneous metastases as first sign of lung cancer

I. García Salces, M^aP Grasa, FJ Carapeto

Servicio de Dermatología. HCU "Lozano Blesa". Zaragoza.

Correspondencia:

Inés García Salces
Secretaría Servicio Dermatología. Planta 10.
HCU "Lozano Blesa"
C/ San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza
Tel.: 653 95 13 51
e-mail: igsderma@yahoo.es

Las metástasis cutáneas son una manifestación poco frecuente de las neoplasias internas apareciendo entre 0,7-9% de los tumores. El cáncer pulmonar ocupa el primer lugar en metástasis en piel en varones (entre 2,8-24% de los casos) siendo el primer hallazgo de esta neoplasia entre 7-19% en la mayoría de las series publicadas. Sin embargo su incidencia parece haber sufrido un descenso notable en los últimos años. Presentamos el caso de un carcinoma epidermoide pulmonar cuyo primer signo consistió en un nódulo cutáneo metastásico que condujo al descubrimiento de la neoplasia.

Varón de 72 años, ex-fumador desde hacía 8 años, sin antecedentes patológicos de interés salvo un síncope de posible etiología isquémica que no llegó a confirmarse.

Acudió a urgencias por presentar un nódulo indoloro de aspecto abscesificado en región dorsal y dolor intenso pretibial izquierdo, ambos de 15 días de evolución, que no mejoraban con tratamiento anti-inflamatorio. Se le dió el alta con diagnóstico de contractura gemelar izquierda y absceso dorsal (que se intentó drenar sin éxito), pautándose tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio. Una semana después volvió a urgencias por aparición de 3 nuevas lesiones subcutáneas junto a la persistencia del nódulo cutáneo ya existente y del dolor pretibial. En esta ocasión fue valorado por el dermatólogo de guardia, apreciándose a la exploración física un nódulo dorsal eritemato-violáceo de 3 cm de diámetro y consistencia dura adherido a planos profundos, presente ya de forma inicial (Figura 1). Además se palpaban 3 nódulos de reciente aparición, de color piel y consistencia pétrea, uno

en región dorsal derecha y dos en cuero cabelludo. En la anamnesis el paciente no refería síntomas respiratorios, digestivos, urinarios ni a ningún otro nivel y negaba igualmente la presencia de síndrome constitucional.

Ante la sospecha de metástasis cutánea se solicitó análisis general (sin hallazgos destacables) y una radiografía de tórax en la que se apreciaba una masa en lóbulo superior derecho de contornos lobulados por lo que se decidió ingreso del paciente en el Servicio de Neumología para llevar a cabo el estadiaje tumoral. En la TAC tóraco-abdominal aparecía una masa de 6 cm en campo medio anterior de hemitórax derecho de contornos lobulados y neumonitis distal, con voluminosas adenopatías mediastínicas y múltiples nódulos pulmonares de hasta 15 mm de diámetro en ambos hemitórax así como varios nódulos esplénicos correspondientes a enfermedad secundaria (Figura 2). En la gammagrafía ósea destacaba la captación en calota (parietal derecho), cabeza humeral derecha y pala ilíaca izquierda junto a entesitis de tuberosidad tibial anterior izquierda.

En la TAC cerebral se confirmaba la presencia de metástasis óseas a nivel parietal derecho con afectación intracranial y colección hídrica subdural.

Durante su ingreso se realizó biopsia del nódulo de aparición inicial. En la histología se apreciaba una epidermis sin alteraciones. En dermis superficial destacaba una banda de tejido conectivo laxo mientras que el resto de la dermis se hallaba completamente invadida por una neoformación epitelial atípica en grandes lóbulos formada por células muy pleomórficas y elevado índice mitótico. No existían signos



Figura 1. Nódulo eritemato-violáceo abscesiforme con incisión central por intento previo de drenaje.

inflamatorios ni conexión de la masa tumoral con el epitelio. Se confirmaba por tanto el diagnóstico de metástasis cutánea de carcinoma epidermoide (Figura 3).

Se incluyó al paciente en un estadio IV (T2N2M1) trasladándose al servicio de oncología para tratamiento paliativo donde fue sufriendo un deterioro progresivo de su estado general hasta su fallecimiento a los 41 días del diagnóstico.

Comentario

Las metástasis cutáneas son una manifestación poco frecuente de neoplasias internas, apareciendo en un 0,7-9% de los tumores (media de 5%)[1, 2]. Suelen indicar un estadio tumoral avanzado, si bien en ocasiones se han descrito largas supervivencias[3].

No obstante en la mayoría de series publicadas la supervivencia tras metástasis cutáneas es corta, siendo el cáncer

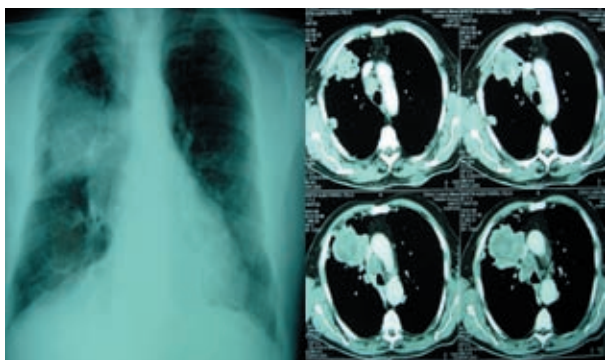


Figura 2. En la radiografía de tórax y TAC tóracoabdominal se evidencia una masa tumoral en lóbulo superior derecho pulmonar y adenopatías mediastínicas.

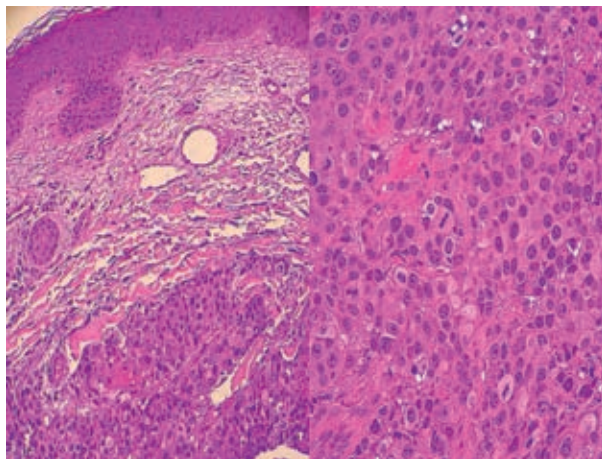


Figura 3. Lóbulos formados por células epiteliales atípicas en dermis sin conexión con epidermis ni infiltrado inflamatorio peritumoral.

pulmonar el de peor pronóstico con una media de 3 meses[4].

Aparecen como primera manifestación de la neoplasia en sólo el 0,8% de los casos[1].

Globalmente el cáncer pulmonar es el segundo en frecuencia tras el de mama, siendo el primero en varones (seguido en éstos por el de intestino delgado, melanoma y carcinoma escamoso de la mucosa oral). Sin embargo se ha producido un descenso de la incidencia de metástasis pulmonares en los últimos años[9].

Las neoplasias pulmonares metastatizan a piel entre 2,8-24% siendo la metástasis cutánea el primer hallazgo tumoral en un 7-19% (en la serie publicada por Brownstein hasta el 62%)[5]. En el 16% de las ocasiones se realiza un diagnóstico simultáneo de la neoplasia pulmonar y las metástasis cutáneas.

En cuanto a la morfología de las metástasis cutáneas ésta es muy variable. Lo más frecuente es su presentación como nódulos de consistencia pétreo, infiltrantes en profundidad, de color piel o eritemato-violáceos, indoloros y con posible ulceración superficial. Además de estas características nuestro caso presentaba inicialmente un aspecto abscesiforme que llevó a un intento fallido de escisión para drenaje en la primera visita a urgencias.

Las localizaciones por orden decreciente de frecuencia son el tórax, abdomen, cuero cabelludo y cara[7]. Una ubicación ocasional es el vértice de pirámide nasal, ocasionando lo que se ha denominado “nariz de payaso”[6]. La forma evolutiva de presentación más frecuente es como un nódulo solitario inicial con posterior aparición de otros similares. Respecto a las características del tumor pulmonar primario la localización más habitual es en lóbulos superiores.

Histológicamente el 40% corresponden a un tumor indiferenciado, el 30% adenocarcinoma y otro 30% a carcinoma escamoso. Se han descrito sin embargo metástasis cutáneas de tumores de células grandes, carcinoma microcítico y tumor carcinoide pulmonares[8].

En general existe buena correlación histológica entre el tumor primario y las metástasis cutáneas, presentando éstas menor grado de diferenciación. La existencia de células en anillo de sello es típica de adenocarcinoma gástrico

pero ocasionalmente puede aparecer en tumores pulmonares.

Las metástasis pulmonares suelen producirse a distancia, siendo muy raras la invasión directa y las metástasis locales. La vía de diseminación es, por tanto, hemática. Se cree que la localización en lóbulos superiores puede favorecer la diseminación hematológica por las características anatómicas y efecto de la gravedad. Cabe destacar que en el 8% de las metástasis cutáneas no llega a filiarse el tumor primario.

Bibliografía

1. Vila Justríbó M, Casanova Seuma JM, Portero L, Egido R. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol* 1994;30:314-6.
2. Patricio Rubio JF, Del Pozo LJ, Hondler C, Delgado M, Vera Delgado S. Metástasis cutáneas. Revisión de 29 casos. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:167-72.
3. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:161-82.
4. Schoenlaub P, Sarraux A, Grosshans E, Heid E, Cribier B. Survival after cutaneous metastasis: a study of 200 cases. *Ann Dermatol Venerol* 2001;128:1310-5.
5. Brownstein MH, Helwing EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972;105:862-8.
6. González et al. "Nariz de payaso". Metástasis cutáneas de carcinoma de pulmón. *Piel* 1990;5:23-6.
7. Franco- Vicario R, Tirapu JM, Escalante M, Aróstegui J, Solano D, Ereño C, Miguel F. Carcinoma epidermoide en paciente de 22 años con metástasis cutáneas múltiples. *An Med Interna* 1998;15:591-3.
8. Vaughan GG, Murrah VA, Montgomery MT. Orofacial metastasis of pulmonary giant cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:80-3.
9. Suárez Fernández R, Herrera Sánchez M, Sanchez Yus E. ¿Está disminuyendo la incidencia de metástasis cutáneas de cáncer de pulmón? *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:655.