



Localizador: 13011

Adenocarcinoma gástrico. Un caso con 320 metástasis nodulares cutáneas como manifestación inicial

Gastric adenocarcinoma. A case with 320 cutaneous nodular metastases as a first manifestation

Pablo Campos-Macías,* Elisa Vega-Memije†

Palabras clave:

Metástasis cutáneas,
neoplasia interna, tumor
primario desconocido.

Key words:

Cutaneous metastases,
internal neoplasm,
unknown primary tumor.

RESUMEN

Las metástasis cutáneas pueden ser el primer signo de la enfermedad o el primer signo de recurrencia. Las metástasis muestran una gran variedad de expresiones clínicas, y la biopsia de la lesión cutánea es un método accesible, rápido y útil para efectuar su diagnóstico. Los marcadores tumorales permiten detectar el origen del tumor primario. Presentamos un paciente con numerosas lesiones metastásicas en piel (320) como manifestación inicial de un adenocarcinoma gástrico.

ABSTRACT

Internal carcinoma can metastasizes to the skin, and can be the first sign of the disease or the first signal of recurrence. Metastases show several clinical features and skin biopsy is an accessible, fast and useful method for the diagnoses. Tumor markers are relevant to identify the primary cancer. We present a patient with numerous cutaneous metastases (320) as first evidence of a gastric adenocarcinoma.

La metástasis es una lesión neoplásica originada de otra neoplasia maligna con la que no está en continuidad,¹ descartando, como tal, la presencia de malignidad secundaria a infiltración directa en la piel por otra neoplasia subyacente. Las metástasis cutáneas de tumores primarios internos se presentan de 0.7 a 9%;² aparecen, la mayoría de las veces, tiempo después de haberse diagnosticado el tumor primario, siendo en ocasiones la primera manifestación postratamiento de recidiva.¹ Ocasionalmente, su detección inicial en la piel puede ser la primera manifestación de la neoplasia, obligando a realizar un protocolo de estudio para la detección del tumor primario.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 54 años de edad, tabajero, con antecedente de alcoholismo intenso desde la adolescencia y gastritis crónica. Inició dos meses antes de su consulta, una tumoración en cara posterior de cuello, apareciendo posteriormente lesiones que se diseminaron hacia la cabeza, tronco y

extremidades, de crecimiento rápido y asintomáticas; dos semanas después se agregó astenia, adinamia y se exacerbó la gastritis, con dolor epigástrico pungitivo y continuo, atribuyéndolo a la prescripción de antimicrobianos y antiinflamatorios prescritos para las lesiones de la piel. Una semana después presentó náuseas y vómito, no tolerando la ingesta de alimentos, incluyendo líquidos, con pérdida de 7 kg de peso corporal.

A la exploración física, se trataba de un paciente con malas condiciones generales y presencia de tumoraciones abundantes diseminadas en cabeza (132), tronco (112), extremidades superiores (34), glúteos (12) y extremidades inferiores (25), respetando los genitales y pies. Su tamaño variaba entre 0.5 y 8 cm, de superficie lisa y eritematosa (*Figuras 1 y 2*), de consistencia dura y adherida a planos profundos, con presencia de adenomegalias en cuello y axilas de 2-3 cm, duras y de superficie irregular. Las mucosas se encontraron mal hidratadas y con dolor a la palpación en epigastrio, con presencia de resistencia muscular.

* Departamento de Dermatología, Hospital Aranda de la Parra, León, Guanajuato.

†Departamento de Dermatopatología, Hospital Dr. Manuel Gea González, México, D.F.

Recibido:

29/Enero/2013.

Aceptado:

08/Octubre/2014.





Figura 1. Lesiones tumorales numerosas en cabeza (132), con afección importante en párpados y bordes de párpados.



Figura 2.

Neoformaciones nodulares en tronco (112), eritematosas, de tamaño variable.

Los estudios de laboratorio mostraron: anemia hipocrómica leve, hipoalbuminemia, fosfatasa alcalina de 681 u/L (normal: 39-117), gamma glutamiltransferasa de 283 u/L (normal: 7-64), antígeno carcinoembrionario con 9.14 ng/mL (normal: 0-6 ng/mL) y antígeno Ca-19.9 de 38.3 U/mL (normal: 0-33 U/mL). La tomografía computada de abdomen en fase simple y contrastada, con medio de contraste oral y endovenoso mostró un estómago moderadamente distendido con engrosamiento asimétrico de su pared hasta aproximadamente 30 mm, de predominio a nivel del cuerpo y antrum con escaso paso de medio de contraste hacia la arcada duodenal. Se observó aumento en la densidad de la raíz del mesenterio, así como múltiples imágenes compatibles con crecimientos ganglionares (*Figura 3*).

El estudio histopatológico de las lesiones de piel mostró una capa córnea en red de canasta, la epidermis con acan-

rosis irregular e hiperpigmentación de la capa basal. Desde la dermis superficial hasta la profundidad del corte se observaron células pleomórficas con núcleos grandes e hiperchromáticos, algunos rechazados hacia la periferia, con aspecto de «anillo de sello» dispuestos en cúmulos de aspecto glandular y cordones entremezclados con fibras de colágena y dentro de los vasos sanguíneos. Con la tinción de PAS, se hizo más evidente el aspecto glandular, evidenciando algunas células PAS (+). Se realizó estudio de inmunohistoquímica, reportándose positividad a los anticuerpos CK7 y MUC 5 en células neoplásicas, el CK20 positivo focal en células neoplásicas y el MUC2 negativo (*Figuras 4 y 5*).

Con los datos clínicos, histopatológicos y de laboratorio se emitió el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico con metástasis a piel y a ganglios.

Se propuso la administración de medicamentos para aliviar la sintomatología que presentaba el paciente y la colocación de una sonda de alimentación; falleció una semana después.

COMENTARIO

En las metástasis cutáneas, la localización del tumor primario más frecuente en hombres es el carcinoma de pulmón (24%), reportándose la presencia de adenocarcinomas de tumor primario desconocido en 12.5% de los casos.³ Las metástasis de adenocarcinoma de estómago representan 6% de todas las metástasis cutáneas en el sexo masculino,⁴ pueden ser únicas o múltiples y presentar diferentes formas clínicas, siendo la más frecuente la nodular.^{1,5,6} El caso reportado corresponde a un paciente con un adenocarcinoma gástrico no diagnosticado previamente, cuyo motivo de consulta fue la aparición de metástasis en la piel, detectándose la presencia del tumor primario ya en estado muy avanzado. Las características clínicas y crecimiento rápido de las lesiones coinciden con lo reportado en la literatura, siendo lo llamativo en este caso el gran número de lesiones (320 lesiones) que aparecieron en el transcurso de ocho semanas; las

neoformaciones se distribuyeron en todo el tegumento, predominando en la cabeza, con un número considerable de lesiones a nivel de párpados, localización que ya ha sido previamente reportada.⁷

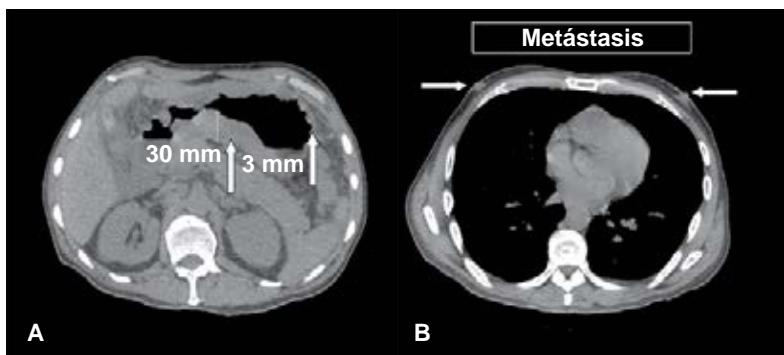


Figura 3. A) Tomografía computarizada de abdomen: estómago distendido con engrosamiento asimétrico de su pared, con predominio en cuerpo y antró. B) Metástasis a piel y tejidos blandos.

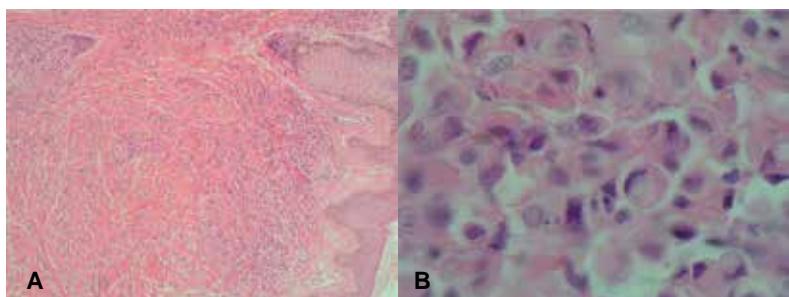


Figura 4. A) Desde la dermis superficial hasta la profundidad del corte se observan células pleomórficas con núcleos grandes e hiperchromáticos, dispuestos en cúmulos de aspecto glandular y cordones entremezclados con fibras de colágena. B) Células pleomórficas con núcleos atípicos y con aspecto en «anillo de sello».

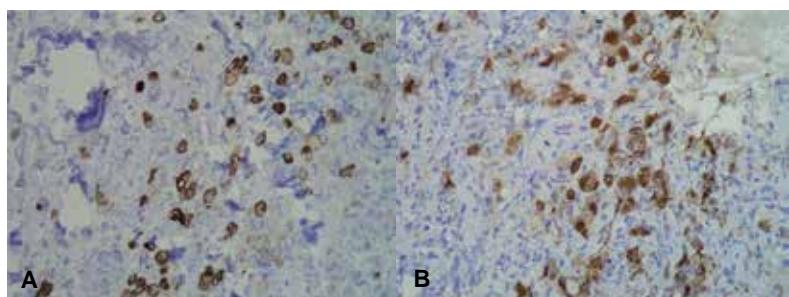


Figura 5. A) Inmunohistoquímica con CK7, positiva en células neoplásicas. B) Inmunohistoquímica con MUC-5: positiva para las células neoplásicas.

El antecedente de alcoholismo crónico y la presencia de gastritis con períodos de exacerbación fueron factores que encubrieron la sintomatología de la neoplasia en la etapa final, agregándose dos semanas después del inicio de las metástasis cutáneas dolor epigástrico y los vómitos como manifestación de la incapacidad mecánica para el paso de alimentos.

El cuadro clínico determinó la realización de una tomografía de abdomen, evidenciándose la presencia de una gran tumoración de estómago, pero fue la biopsia de la lesión metastásica de piel la que corroboró el diagnóstico, evitando la realización de un estudio invasivo, molesto y más costoso. La utilidad del estudio histopatológico de las metástasis cutáneas para establecer el diagnóstico inicial de un cáncer primario interno ya ha sido reportado.³ El cáncer que más frecuentemente metastatiza en piel es el adenocarcinoma de pulmón en el hombre y el de mama en la mujer.^{1,8} Los carcinomas de células en anillo de sello, como en el caso reportado, son formas pobres de diferenciadas de adenocarcinomas que pueden proceder fundamentalmente de estómago o intestino, pero también pueden ser de pulmón, mama, vejiga y melanoma.⁴ En el protocolo de estudio de los casos en donde no se puede detectar fácilmente el lugar anatómico del tumor primario los marcadores tumorales juegan un papel esencial. Los marcadores ideales serían aquellos que fueran específicos para cada tipo de tumor, de alta sensibilidad (discriminando alteraciones secundarias a procesos benignos), que sus títulos signifiquen un parámetro para evaluar la progresión o regresión y para monitorear respuesta al tratamiento, así como un elemento de vigilancia posterior para detectar recaídas.⁹ No contamos con estos marcadores ideales, pero sí existen algunos que pueden orientar la localización del tumor primario.⁹⁻¹¹ En el caso reportado, se detectaron niveles altos del antígeno carcinoembrionario, marcador que se eleva en tumores malignos de diferente localización (mama, pulmón, próstata y coriocarcinoma) pero de manera significa-

tiva en neoplasias del tracto digestivo (colon, páncreas y estómago). Este antígeno tiene una sensibilidad del 30% y una especificidad del 73% en el cáncer de estómago¹² y el antígeno Ca-19.9, que habitualmente es positivo en las mismas neoplasias de tubo digestivo,⁹ tiene una sensibilidad del 30% y una especificidad del 87% en el cáncer gástrico.¹² El caso se complementó con estudios de inmunohistoquímica en la biopsia, detectándose positividad de los anticuerpos CK7, CK20 y MUC-5 en células neoplásicas, siendo negativo el MUC 2, ya que no es un carcinoma tipo mucinoso, y se evidenció la presencia de un adenocarcinoma tipo difuso, poco diferenciado metastásico, sugiriendo un tumor primario de estómago, ya que la CK7 en el cáncer de estómago tiene una sensibilidad de 80.45% y una especificidad del 24.4%, mientras en el colon es de 14.3 y 11.3% y en el adenocarcinoma de pulmón la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 28.5%. El MUC-5 tiene 50% de sensibilidad y 76% de especificidad en el cáncer gástrico, en el de colon 6.1 y 67.6% y en el carcinoma de pulmón 10 y 68.3%, respectivamente. La CK20 tiene una sensibilidad del 23.9% y una especificidad del 72.4% en el carcinoma de estómago y en el de colon es de 13.8 y 87.8%, respectivamente, y en el de pulmón de 8 y 69%, respectivamente.¹³

Las metástasis cutáneas confieren un pronóstico grave. Diferentes estudios establecen una media de supervivencia de 3 a 6 meses; son escasas las diferencias respecto a si las

lesiones son únicas o múltiples, siendo de peor pronóstico cuando son lesiones a mucha distancia y en aquellas secundarias a cáncer de pulmón, ovario y digestivo alto.² El caso reportado falleció ocho días después de su primera valoración dermatológica.

CONCLUSIÓN

Debemos de tener presente la posibilidad de lesiones neoplásicas malignas metastásicas en la piel. Su presencia como primera manifestación nos obliga a establecer un protocolo de estudio para tratar de detectar el cáncer primario. Por su parte, la biopsia de piel es un procedimiento sencillo, accesible y rápido que puede ayudar a determinar el origen, complementándolo con la determinación de los marcadores tumorales apropiados. En todo paciente con antecedente de una neoplasia maligna, la presencia de neiformaciones en la piel o lesiones atípicas obligan a realizar un estudio histopatológico para descartar una reactivación con manifestación inicial en la piel.

Correspondencia:
Dr. Pablo Campos Macías
E-mail: camposdoctor@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 33: 161-182.
- Martínez-Casimiro L, Vilata-Corell JJ. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Med.* 2009; 37: 117-129.
- López BO, García HL, Orozco TR. Metástasis cutáneas: biopsia de piel para el diagnóstico de neoplasias sistémicas. *Dermatología Rev Mex.* 2009; 53: 173-177.
- Brownstein MH, Helwing EB. Metastatic tumors of skin. *Cancer.* 1972; 29: 1298-1307.
- Martínez-Luna E, Puebla-Miranda M, Vega-Memije ME. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico; informe de un caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2009; 74: 362-365.
- Park MK, Son IP, Park KY, Seo SJ. Metastatic gastric adenocarcinoma presenting as a solitary plaque on the palm. *Ann Dermatol.* 2011; 23 (suppl. 2): S205-S207.
- Rodríguez GC, González HS, Pérez RN, Martín HA, Sánchez R, Gumerá F. Eyelid metastasis as an initial presentation of a gastric adenocarcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 63: 49-50.
- Schwartz RA. Histopathologic aspects of cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 33: 649-657.
- Sharma S. Tumor markers in clinical practice: General principles and guidelines. *Indian J Med Paediatr Onco.* 2009; 30: 1-8.
- Rachagani S, Torres PM, Moniaux N, Batra SK. Current status of mucins in the therapy of cancer. *Biofactors.* 2009; 35: 509-527.
- Moll R, Divo M, Langbein L. The human keratins: biology and pathology. *Histochem Cell Biol.* 2008; 129: 705-733.
- Victorzon M, Haglund C, Lundin J, Roberts PJ. A prognostic value of CA 19-9 but not of CEA in patients with gastric cancer. *Eur J Surg Oncol.* 1995; 21: 379-384.
- Park SY, Kim BH, Kim JH, Lee S, Kang GH. Panels of immunohistochemical markers help determine primary sites of metastatic adenocarcinoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2007; 131: 1561-1567.