



Localizador: 16056

Medicina **Cutánea**
Ibero-Latino-Americana

Metástasis cutáneas: reporte de seis casos

Skin metastases: report of six cases

Eugenia Miraglia,* Eliana Maribel Gerez,† María Sara Gómez Sierra,§ María José Ibáñez,^{||} María de los Ángeles Michelena,[¶] María Roxana Maradeo**

Palabras clave:
Metástasis, metástasis
cutáneas, metástasis
nodular.

Key words:
Metastases, cutaneous
metastases, nodular
metastases.

RESUMEN

Las metástasis cutáneas (MC) constituyen una manifestación infrecuente de las neoplasias internas y marcan un pronóstico sombrío para el paciente. Pueden ser sincrónicas, metacrónicas o tardías, de acuerdo al momento de aparición en relación con la neoplasia. En las mujeres, el cáncer de mama representa la primera causa de MC, seguido en orden de frecuencia por el cáncer colorrectal y el melanoma. En los hombres, el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar. El tratamiento está dirigido al control del tumor primario. Presentamos a continuación seis casos de MC no mama, no melanoma, que acontecieron en nuestro servicio entre julio de 2009 y agosto de 2016.

ABSTRACT

Cutaneous metastases (MC) are uncommon manifestations of internal malignancies and imply a poor prognosis. According to the time of appearance, they can present at the same time, months or even years after the diagnosis of the neoplasm. In women, breast cancer represents the main cause of MC, followed by colorectal cancer and melanoma. In men, lung cancer is the most frequent. The treatment is directed to the control of the primary tumor. We present six cases of non-breast, non-melanoma MC that were diagnosed in our service between July 2009 and August 2016.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas (MC) constituyen una manifestación infrecuente de las neoplasias internas; se presentan en el 0.7 al 9% de los tumores.^{1,2} Suelen aparecer tardíamente en la evolución de las neoplasias y marcar un pronóstico sombrío. Sin embargo, en ocasiones, pueden ser el primer signo de las mismas, con lo que el dermatólogo adquiere un rol protagónico en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.²

En las mujeres, el cáncer de mama representa ampliamente la primera causa de MC, seguido en orden de frecuencia por el cáncer colorrectal y el melanoma.³⁻⁵ En los hombres, el cáncer de pulmón ocupa el primer lugar.^{1,2}

Presentamos a continuación seis casos de MC no mama, no melanoma, que acontecieron en nuestro servicio entre julio de 2009 y agosto de 2016 (Tabla 1).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenino de 43 años, tabaquista severa, internada en una sala de una clínica

médica para estudio de síndrome de repercusión general y disnea. Se interconsultó a nuestro servicio por una lesión tumoral de cinco centímetros de diámetro, de superficie lisa y eritematosa, consistencia duro-pétrea, adherida a planos profundos, en la cara interna del brazo derecho, de seis meses de evolución. La lesión era espontáneamente dolorosa (Figura 1A).

Se realizó una biopsia incisional para su estudio anatomopatológico y tomografía de tórax con contraste, en la cual se evidenciaba una atelectasia masiva del pulmón derecho condicionada por una formación sólida que obliteraba el bronquio principal (Figura 1B). Con la sospecha de cáncer de pulmón, se efectuó una fibrobroncoscopia con toma de biopsia bronquial que informó carcinoma de células pequeñas con inmunohistoquímica positiva para factor de transcripción tiroideo 1 (TTF1), citoqueratina AE 1/3, cromogranina y sinaptofisina. La biopsia de piel confirmó infiltración carcinomatosa (Figura 2). En la resonancia magnética cerebral se evidenció una imagen focal en el cerebelo compatible con secundarismo. Con el diagnóstico de carcinoma de células pequeñas de pulmón diseminado se

* Médica Residente de 3.º año.

† Médica Residente de 2.º año.

§ Médica Residente de 4.º año.

^{||} Médica Jefa de Residentes.

¶ Médica de planta.

** Médica Jefa de Sala.

Servicio de Dermatología,
Hospital Interzonal General
de Agudos «Gral. San
Martín». La Plata, Bs. As.,
Argentina.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido:
07/Diciembre/2016.
Aceptado:
07/Diciembre/2016.



indicó tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia, para el cual la mujer fue derivada a un nosocomio de su localidad.

Caso 2

Individuo masculino de 72 años de edad, extabaquista, en estudio por el Servicio de Neumonología por lesión tumoral en el pulmón derecho, con adenopatías axilares y mediastinales. Fue derivado a nuestro servicio por múltiples lesiones cutáneas asintomáticas de tres meses de evolución ubicadas en la axila, la fosa iliaca y la región deltoidea derecha (*Figura 3A*). Las mismas eran de aspecto nodular, superficie eritematosa, consistencia duro-pétreo y se encontraban adheridas a planos profundos. La más voluminosa era la de la axila derecha, de 3 x 2 cm.

La histopatología informó una infiltración celular atípica en el espesor de la dermis profunda dispuesta en nidos y cordones, con inmunohistoquímica positiva para CK7 (*Figura 3B*). De esta manera, se arribó al diagnóstico de metástasis cutáneas nodulares por carcinoma de células pequeñas de pulmón. Se realizó interconsulta con el Servicio de Oncología y se inició tratamiento quimioterápico. El sujeto evolucionó con aumento en el número y tamaño de las lesiones, y falleció al poco tiempo del diagnóstico.

Caso 3

Paciente masculino de 63 años, con antecedente de adenocarcinoma de recto estadio IV diagnosticado

un año atrás, por el cual había realizado tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia, con intención paliativa. Consultó a nuestro servicio por una lesión inguinal derecha de dos meses de evolución. Al examen físico presentaba una lesión tumoral de aproximadamente cinco centímetros de diámetro, multilobulada, eritematosa, de consistencia duro-elástica, no dolorosa (*Figura 4A*). Se palpaban, además, adenopatías inguinales homolaterales.

En la histopatología se evidenció una proliferación glandular atípica con detritus celulares luminales (*Figura 4B*). Se arribó al diagnóstico de metástasis cutánea nodular ulcerada por adenocarcinoma de recto. El enfermo continuó con tratamiento quimioterápico y evolucionó al óbito a las pocas semanas.

Caso 4

Consultante de sexo femenino de 52 años, con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio IV diagnosticado dos años antes, por el cual realizó tratamiento quirúrgico y quimioterápico. Fue derivada del Servicio de Oncología por una lesión alopecica en el cuero cabelludo de un mes de evolución, de un centímetro de diámetro, aspecto nodular y superficie brillante y rosada en la región parietooccipital izquierda (*Figura 5A*).

La histopatología reveló una proliferación glandular atípica infiltrante a nivel dérmico (*Figura 5B*). Se arribó así al diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon. La mujer continuó con tratamiento quimioterápico y se sugirió abordaje quirúrgico de la lesión metastásica.

Tabla 1. Características clínicas de los seis casos diagnosticados en el Servicio de Dermatología del HIGA «Gral. San Martín» de La Plata.

	Edad	Sexo	Tumor primario	Número de metástasis	Clínica	Localización	Aparición
Caso 1	43	Femenino	Carcinoma de células pequeñas de pulmón	Única	Nodular	Cara interna del brazo derecho	Sincrónica
Caso 2	72	Masculino	Carcinoma de células pequeñas de pulmón	Múltiples	Nodular	Axila, fosa iliaca, región deltoidea derechas	Sincrónica
Caso 3	63	Masculino	Adenocarcinoma de recto	Única	Nodular	Región inguinal derecha	Metacrónica
Caso 4	52	Femenino	Adenocarcinoma de colon	Única	Alopécica nodular	Cuero cabelludo	Metacrónica
Caso 5	72	Masculino	Tumor primario de origen desconocido	Múltiples	Nodular	Región suprarrotuliana derecha, tórax	
Caso 6	63	Masculino	Adenocarcinoma de esófago	Múltiples	Nodular	Tórax, miembros superiores	Metacrónica

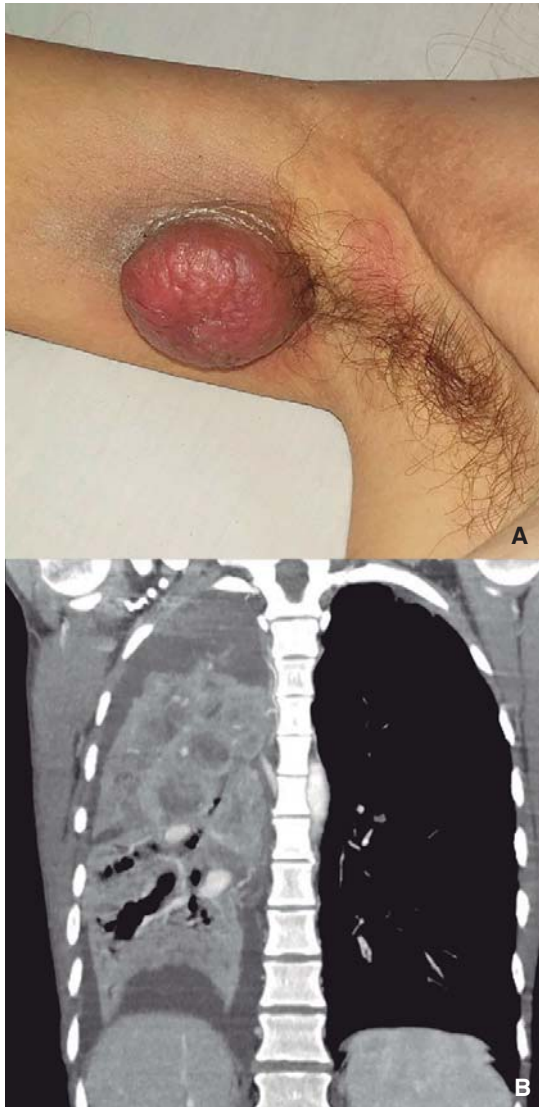


Figura 1. Caso 1: A) lesión tumoral en la cara interna del brazo derecho. B) TC tórax: atelectasia masiva del pulmón derecho por formación sólida con áreas de necrosis.

Caso 5

Individuo de género masculino de 72 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó a nuestro servicio por una lesión tumoral de rápido crecimiento en la región suprarrotuliana derecha, de dos meses de evolución. Al examen físico presentaba un tumor de cinco centímetros de diámetro, hemisférico, de superficie eritematosa y brillante, consistencia duro-pétreo y adherido a planos profundos (Figura 6). La lesión era levemente dolorosa.

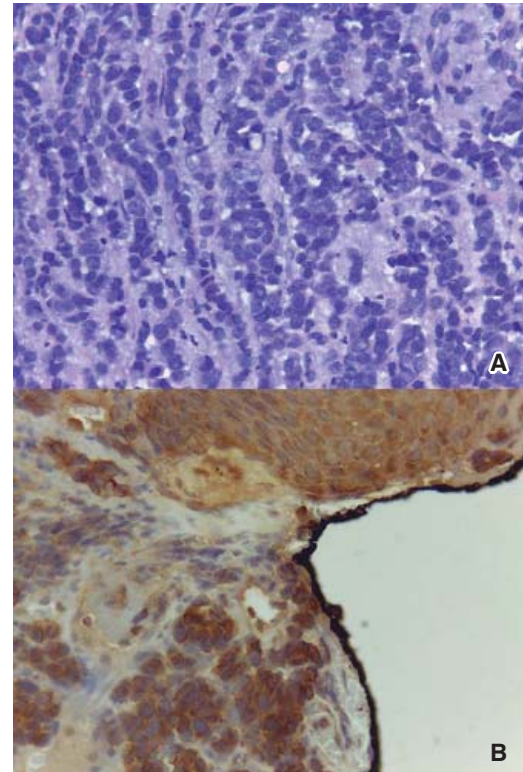


Figura 2. Caso 1: A) cordones de células pequeñas infiltrando la dermis (H-E 100x). B) Inmunohistoquímica: citoqueratina AE1-AE3 positiva.

El estudio anatomopatológico reveló una proliferación celular siguiendo un patrón glandular moderadamente diferenciado. Se realizaron estudios de laboratorio de rutina con marcadores tumorales: antígeno prostático específico (PSA), gonadotropina coriónica humana subunidad beta (β HCG), antígeno carcinoembrionario (CEA) y alfafetoproteína (AFP), que resultaron negativos. En búsqueda del tumor primario, se solicitó una tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste y una colonoscopia, que fueron normales. El sujeto fue evaluado por el Servicio de Oncología y, con el diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tumor primario de origen desconocido, se instauró tratamiento quimioterápico. El enfermo desarrolló nuevas lesiones en la región torácica anterior, con rápido deterioro del estado general, y falleció al cabo de dos meses del diagnóstico.

Caso 6

Paciente masculino de 63 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma indiferenciado del tercio distal del

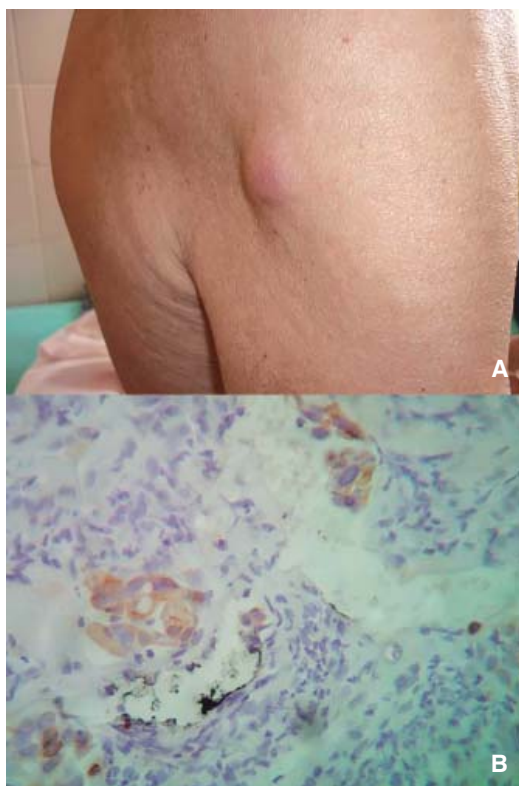


Figura 3. Caso 2: A) lesión nodular en la espalda. B) Inmunohistoquímica: positiva para CK7.

esófago diagnosticado en diciembre de 2015, por el que recibió tratamiento quimioterápico con paclitaxel y carboplastino, y radioterapia.

Fue derivado del Servicio de Oncología por presentar lesiones nodulares de 20 días de evolución. Mostraba al examen físico múltiples nódulos de consistencia duro-pétrea adheridos a planos profundos, sin alteración de la piel suprayacente en tronco, y otros de superficie eritemato-violácea en los miembros superiores (*Figura 7*).

El estudio anatomopatológico informó infiltración dérmica difusa por células pequeñas y medianas, y otras en anillo de sello, confirmando el diagnóstico de metástasis cutánea por adenocarcinoma de esófago. El individuo evolucionó al óbito a las semanas del diagnóstico.

DISCUSIÓN

Las MC se definen como la infiltración de la dermis y/o la hipodermis por células neoplásicas procedentes de un

tumor maligno situado a distancia, con el cual no tienen contigüidad.^{4,6}

Constituyen un hallazgo infrecuente en la práctica diaria: se presentan en el 0.7 al 9% de las neoplasias malignas. La edad media de ocurrencia es entre los 50 y 70 años; las mujeres son las más afectadas, con el cáncer de mama como principal causa de MC a cualquier edad, alcanzando un 69% del total en casi todas las series. Le siguen en orden de frecuencia el cáncer colorrectal, el melanoma, el cáncer de ovario y el de pulmón. Por el contrario, en los hombres, el cáncer de pulmón es el origen más común en mayores de 40 años, seguido por el carcinoma colorrectal, el carcinoma oral de células escamosas y el melanoma. No obstante, esta relación se invierte en menores de 40 años, donde el melanoma ocupa el primer lugar.^{3,4,7} En Argentina, las MC de cáncer gástrico son relativamente frecuentes en hombres.^{6,7} El origen esofágico, como el caso descrito, es extremadamente inusual.⁸

A pesar de que el adenocarcinoma mamario es la principal causa de MC, el melanoma maligno es el tumor con mayor capacidad de metastatizar a piel.⁷



Figura 4. Caso 3: A) lesión tumoral en la región inguinal derecha. B) Proliferación glandular atípica (H-E 40x).

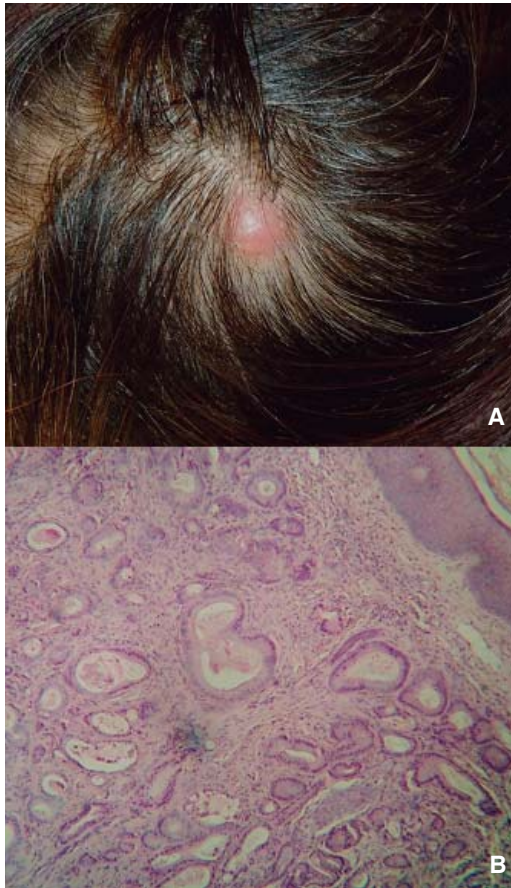


Figura 5. Caso 4: **A)** lesión nodular alopécica. **B)** Proliferación glandular atípica (H-E 40x).

La etiopatogenia de las MC consiste en el desprendimiento de células del tumor primario y su posterior diseminación, ya sea por vía hemática o linfática. Las lesiones producidas por extensión directa o implantación de células tumorales mediante procedimientos invasivos no constituyen, por definición, verdaderas MC.^{5,7}

Si bien la mayoría de las MC aparecen próximas al tumor que les da origen, algunas afectan preferentemente determinadas áreas del cuerpo, lo que puede ser de gran ayuda para la búsqueda de la neoplasia primaria.⁴ La cara anterior del tórax constituye la localización más frecuentemente observada en ambos sexos, siendo el cáncer de mama y el de pulmón los orígenes más comunes de las MC en esta región. En este último, también puede verse comprometida la cara posterior del tronco (*Figura 3*). Cuando las lesiones



Figura 6. Caso 5: lesión nodular suprarrotuliana derecha.

aparecen en abdomen, los carcinomas de mama, pulmón, colon y ovario suelen ser los responsables; el llamado «nódulo de la hermana María José», que asienta en el ombligo, es ocasionado por carcinomas gastrointestinales. El compromiso de cuero cabelludo generalmente está dado por el cáncer de mama en la mujer y el cáncer de pulmón y riñón en el hombre. Las MC del carcinoma de cavidad oral suelen comprometer con mayor frecuencia la cara y el cuello, y las del cáncer colorrectal, la pelvis. Las metástasis palpebrales tienen como tumor primario al melanoma y al cáncer de mama. Las que asientan sobre los miembros superiores e inferiores son excepcionales y generalmente son producidas por melanomas y carcinomas primarios de mama, pulmón, riñón y colon.^{3,4,7} Clínicamente se dividen en formas tempranas y tardías. Dentro de las tempranas se encuentra la variante erisipeloides o inflamatoria y telangiectásica; dentro de las tardías, la variedad en coraza y la nodular. Esta última es la más frecuente, y suele manifestarse como un nódulo asintomático, redondo u ovalado, de consistencia duro-pétreo, color piel o eritematoso. En ocasiones, la lesión puede ser dolorosa, como en nuestra paciente del caso 1. Existen variantes clínicas atípicas: ampollar, esclerodermiforme, cicatrizal, umbilical, similar a pápula dismetabólica, pseu-



Figura 7. Caso 6: múltiples nódulos en el tronco y extremidades.

domixedematosa, zosteriforme y alopecica. En nuestra serie se presenta una MC alopecica de cuero cabelludo proveniente de un adenocarcinoma de colon, no frecuente como tumor de origen (*Figura 5*). Asimismo, está descrito que las MC pueden remedar cualquier lesión elemental; es por eso que el dermatólogo debe mantener siempre un alto índice de sospecha para diagnosticarlas precozmente.^{5,7} En cuanto a la cantidad de lesiones, se puede clasificar a las MC como únicas o múltiples. Las lesiones únicas se definen como una o más lesiones en un área anatómica. Antiguamente se describía mayor incidencia de lesiones múltiples, pero porque se consideraba cada lesión individual. Debido al cambio en la definición, en la actualidad las MC únicas son las más prevalentes.⁷

A su vez, las MC se clasifican de acuerdo con el tiempo transcurrido entre la detección del tumor primario y su aparición, que en la mayoría de las series ronda entre los dos y tres años. Se denominan «sincrónicas» aquellas que se diagnostican de manera simultánea con el tumor primario y «metacrónicas» cuando aparecen luego de meses o años del diagnóstico del mismo. Algunos autores consideran una tercera variante, las MC tardías, que acontecen después de 10 a 30 años en la evolución del tumor subyacente. En un tercio de los casos las MC son sincrónicas, y al ser fácilmente accesibles para el estudio histopatológico, ayudan a esclarecer el diagnóstico de la neoplasia aún no conocida. Las metacrónicas o tardías pueden poner de manifiesto la

diseminación, o bien, la recurrencia de una neoplasia hasta el momento en remisión y suponer un cambio en la estadificación, terapéutica y pronóstico del paciente. En un 0.5%, las MC pueden ser la primera manifestación de la neoplasia visceral.⁷

Para el diagnóstico se debe realizar un interrogatorio detallado y un examen físico minucioso. El estudio histopatológico de la MC suele revelar menor grado de diferenciación que el tumor primario y, en muchos casos, nos permite orientar la búsqueda del mismo. El adenocarcinoma se asocia con neoplasias de mama, pulmón, tubo digestivo y ovario, y el carcinoma epidermoide con el carcinoma broncogénico, de esófago y cavidad oral. Como método adicional, las técnicas de inmunohistoquímica son de gran ayuda para definir el origen de la neoplasia primaria, especialmente en los carcinomas indiferenciados o anaplásicos. El panel básico propuesto incluye CD45 (para neoplasias linfoides), AE1/AE3 pancitoqueratina (tumores epiteliales), S100 (melanoma) y CD34 (neoplasias vasculares y leucemias). Luego, de persistir dudas diagnósticas, se sugiere un segundo panel más específico.⁴

Con respecto a las MC de origen primario desconocido, solamente se diagnostica el tumor primario en el 27% de los individuos, y un 57% en la autopsia. En el resto de los casos, que constituyen el 16%, nunca se identifica a pesar de un estudio exhaustivo.^{9,10}

En cuanto a los métodos complementarios, existe una gran controversia en la bibliografía debido a que, en la mayoría de los casos, no sólo no se logra identificar la neoplasia, sino que esto no cambia el pronóstico ni la terapéutica del enfermo. Por ende, se recomienda orientar los estudios de acuerdo con la sintomatología. Los adenocarcinomas bien o moderadamente diferenciados son el 60% de las MC de origen desconocido y suelen provenir de neoplasias pancreáticas o pulmonares.⁹ En nuestra serie presentamos un paciente con MC con dicha estirpe celular, cuyo tumor primario no pudo ser identificado.

La supervivencia es menor a dos años luego del diagnóstico de cualquier MC.⁵ Las provenientes de cáncer de pulmón son las de peor pronóstico, con una supervivencia media de cuatro meses.¹¹

Dado que el diagnóstico de MC implica necesariamente diseminación sistémica y mal pronóstico, el tratamiento de las mismas está dirigido al control de la neoplasia primaria. Están descritas la radioterapia y la cirugía de las lesiones de piel para reducir los síntomas como el dolor y el prurito, con intención puramente paliativa.⁴

CONCLUSIONES

A pesar de que las MC constituyen un hecho infrecuente en la práctica diaria, deben ser siempre sospechadas por el médico dermatólogo por el pronóstico sombrío que implican para el individuo, pudiendo ser incluso la primera manifestación de una neoplasia interna. Además, las características clínicas y su localización son de gran ayuda para identificar el tumor primario. Si aparecen meses o años luego del diagnóstico, se debe tener presente que

este hecho tiene un correlato significativo con la evolución de la neoplasia: implica diseminación o recidiva de la enfermedad, lo que altera el pronóstico y la terapéutica del paciente.

Correspondencia:

Eugenia Miraglia

Calle 50 Núm. 1533,

C.P. 1900, La Plata. Bs. As.

E-mail: eugeniam88@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Salces IG, Grasa MP, Carapeto FJ. Metástasis cutánea como primer hallazgo de carcinoma pulmonar. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009; 37 (2): 102-104.
2. Batalla A, Aranegui B, De la Torre C, Prieto O. Metástasis cutáneas en el cáncer de pulmón: revisión de la literatura a propósito de dos casos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2012; 40 (1): 24-27.
3. Casimiro LM, Corell JV. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009; 37 (3): 117-129.
4. Martínez MFA, Parra-Blanco V, Izquierdo JA, Fernández RS. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104 (10): 841-853.
5. Azcune R, Spelta MG, Moya J, Lado-Jurjo ML, Fontana MI, Barbarulo AM et al. Metástasis cutáneas de carcinomas internos, nuestra experiencia a propósito de 94 casos. *Dermatol Argent*. 2009; 15 (2): 117-124.
6. Matamoras E, Michelen MA, Campoy MV, Díaz-Leaño C, Chivassa AM. Metástasis cutánea de adenocarcinoma secundaria a paracentesis. *Arch Argent Dermatol*. 2014; 64 (5): 200-204.
7. Chiesura V, Caballero G, Garay I, Kurpis M, Ruiz-Lascano A. Metástasis cutáneas: a propósito de 6 casos. *Arch Argent Dermatol*. 2013; 63 (5): 180-186.
8. Carbia SG, Malah V, Wappner D, Carbia C, Glorio R, Laudi R et al. Metástasis cutánea sobre cicatriz por carcinoma de esófago en acondroplásica. Comunicación de un caso diagnosticado por punción aspiración con aguja fina. *Arch Argent Dermatol*. 2003; 53 (3): 119-122.
9. Bordel-Gómez MT, Used-Aznar MM. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de origen primario desconocido. *Actas Dermosifiliogr*. 2006; 97 (10): 662-665.
10. Recio ED, Sánchez-Herreros C, Jiménez-Blázquez E, Vergara-Sánchez A, Bélmar-Flores P, Cuevas-Santos J et al. Metástasis cutáneas de presentación atípica de adenocarcinoma de probable origen endometrial. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009; 37 (4): 184-188.
11. Marcoval J, Penín RM, Llatjós R, Martínez-Ballarín I. Cutaneous metastasis from lung cancer: retrospective analysis of 30 patients. *Australas J Dermatol*. 2012; 53 (4): 288-290.