

Metástasis cutáneas: reporte de 7 casos

Skin metastasis: report of 7 cases

Karen Peláez-Castro¹, Cecilia Pérez-Vásquez¹, Gadwyn Sánchez-Félix², Antonio Paredes-Arcos², Veronica Vilcahuamán-Rivera², Tomas Carbajal-Chavez³

RESUMEN

Las metástasis cutáneas constituyen una condición poco frecuente, tienen una presentación clínica variada y generalmente anuncian un mal pronóstico. Presentamos 7 casos de metástasis cutánea de diversas neoplasias además de una breve revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVES: metástasis cutánea, cáncer de mama, cáncer de próstata, pronóstico.

Dermatol Peru 2015; 25 (4): 201-205

ABSTRACT

Cutaneous metastases are a rare condition that have a varied clinical presentation and generally announces a poor prognosis. We present 6 cases of cutaneous metastasis of various tumors along with a brief review of the literature.

KEY WORDS: cutaneous metastases, breast cancer, prostate cancer prognosis.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas se definen como el desarrollo de procesos tumorales que se han propagado por vía hemática, linfática y/o perineural, sin contigüidad con el tumor primario.¹ Estas células cancerígenas crecen en la dermis y/o tejido celular subcutáneo.

Constituyen una condición poco frecuente, y se ha estimado que se producen en 0,7% a 9% de los pacientes con neoplasias malignas internas.

Las metástasis en piel en algunos casos pueden corresponder al primer signo de un tumor desconocido, presentarse como

un evento tardío de una enfermedad neoplásica, o como primera manifestación de una recurrencia. Presentamos 5 casos con diagnóstico de metástasis cutánea.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Varón de 83 años de edad, natural y procedente de Lima, con antecedente de adenocarcinoma de próstata diagnosticado el año 2009. Fue tratado con resección prostática transuretral más orquiectomía bilateral; dos años después presenta elevación del antígeno prostático específico (PSA) por lo que recibió bicalutamida via oral y posteriormente debido a persistencia de niveles altos de PSA recibe radioterapia y flutamida; sin embargo no presenta mejoría. Hace un año presentó hallazgos tomográficos de metástasis hepática, adenomegalias retroperitoneales y metástasis ósea a nivel de isquion y sacro; en ese contexto se interconsulta a nuestra especialidad por la aparición de una tumoración vegetante color rojo vinoso con áreas de necrosis localizada en región inguinal izquierda y otras lesiones papulares y nodulares rojo violáceas periféricas (Figura 1A). Se realizó biopsia incisional y los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con adenocarcinoma metastásico en piel, PSA positivo (Figura 1B-C). El paciente recibió quimioterapia y radioterapia paliativa en región inguinal y perineal. A la fecha del reporte paciente ha descontinuado atención por consultorio externo.

1. Médico Residente de Dermatología del HNERM.
2. Médico Asistente de Dermatología del HNERM.
3. Médico Asistente de Anatomía Patológica del HNERM.

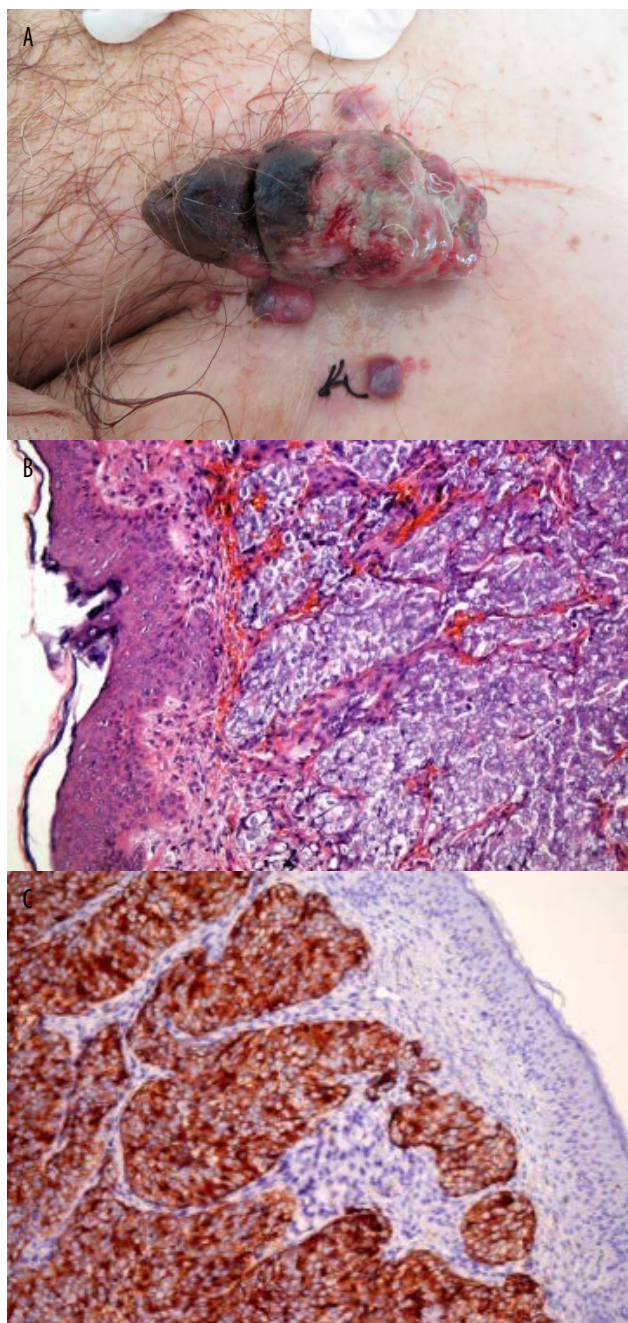


Figura 1. A. Tumoración vegetante con área de necrosis y lesiones papulares-nodulares rojo vinosas periféricas. B. Infiltración en dermis de células epitelioides pobremente diferenciadas. C. PSA positivo.

Caso 2

Mujer de 55 años natural y procedente de Lima con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha y receptores de estrógenos y progesterona +++/+++ diagnosticado el año 2008. La paciente recibió quimioterapia neoadyuvante y luego se le realizó resección local radical de tumoración más disección de ganglios axilares. Luego recibió radioterapia coadyuvante más



Figura 2. Placa eritematosa sobre mama derecha.

terapia hormonal con anastrozol. Hace diez meses presenta placa eritematosa indurada sobre mama derecha (Figura 2).

El estudio histopatológico de dicha lesión mostró embolia linfática tumoral glandular. Receptor de estrógenos y progesterona: positivos. Posteriormente la paciente recibió Paclitaxel por 4 meses sin mejoría y se suspende. Desde hace dos meses en tratamiento con exemestano.

Caso 3

Mujer de 84 años natural y procedente de Ayacucho, que ingresa al servicio de emergencia con tiempo de enfermedad de 4 meses caracterizado por dolor, distensión abdominal, vómitos postprandiales y baja de peso al examen físico preferencial destaca conglomerado ganglionar supraclavicular izquierdo además a este nivel se observó múltiples nódulos ligeramente eritematosos que se extendían hacia tórax anterior y región axilar izquierda (Figura 3A).

Dentro de los hallazgos tomográficos se evidenció un extenso conglomerado ganglionar retroperitoneal que circundaba tronco celiaco y vena cava inferior; además de compromiso ganglionar extenso a nivel del hilio hepático. Dentro de los analíticos: CA-125: 72.6 U/mL, CA-19-9 >1200 U/l, CEA >1500 ng/mL y B2 microglobulina 303mg/L. En la endoscopia digestiva alta se observa varias lesiones elevadas sésiles de aprox. 4.5mm ulceradas en su superficie. Se realizó biopsia de piel de lesión nodular de tronco y se encuentra carcinoma metastásico de células de tronco y se confirma que el primario es de origen gástrico. Paciente es dada de alta con indicación de tratamiento paliativo.

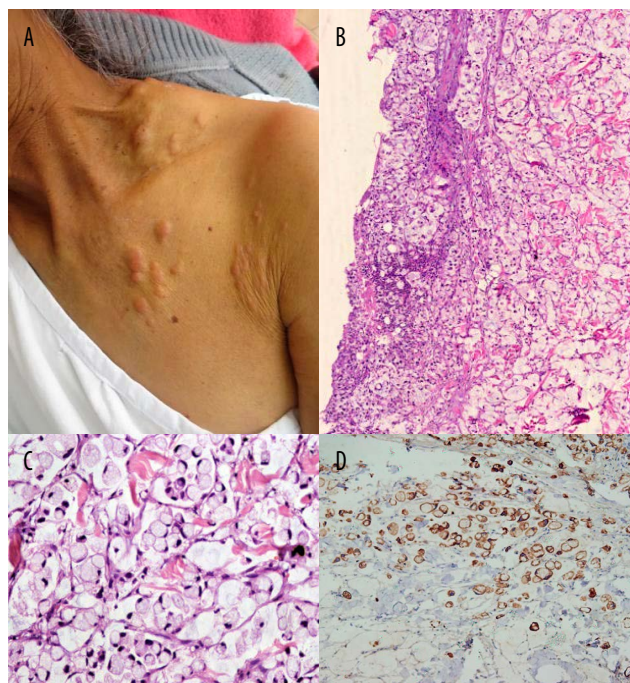


Figura 3. A. Múltiples nódulos ligeramente eritematosos en región supraclavicular y tórax anterior. B. Tinción H-E la muestra totalmente ocupada por células neoplásicas malignas de citoplasma claro. C. A mayor aumento células con citoplasma vacuolar y núcleo lateralizado que corresponden a células en anillo de sello. D. Tinción de pancitoqueratina.



Figura 4. A-B. Acropaquia, uña en garra, perionixis y puntos hemorrágicos subungueales en 2° dedo de mano izquierda. C. Tinción H-E nidos de células epitelioses malignas. D. RE positivo.

Caso 4

Mujer de 40 años natural y procedente de Junín con antecedente familiar de cáncer de mama de tía y abuela materna, se le diagnosticó carcinoma ductal infiltrante de mama derecha el año 2008 (receptores de progesterona 80% y estrógenos 15%) fue tratada con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante a mastectomía radical.

Hace un año presentó metástasis cerebral para lo cual recibió radioterapia. Hace un mes presentó lesiones nodulares múltiples sobre cicatriz de tórax, brazos y muslo izquierdo; además en 2°dedo de mano izquierda presentó acropaquia, uña en garra, perionixis y signos de hemorragia subungueal (Figura 4A-B) Se tomó biopsia de región periungueal y los hallazgos histopatológicos mostraron nidos de células epitelioses malignas que infiltraban la piel y receptores estrogénicos positivo (Figura 4C-D).

Caso 5

Mujer de 49 años natural y procedente de Lima con antecedente de carcinoma seroso papilar de ovario derecho diagnosticado el año 2009 y que dos años después presentó recurrencia de la enfermedad y dos lesiones nodulares eritematosas cercanas a cicatriz umbilical (Figura 5A); la histopatología mostró neoplasia maligna epitelial papilomatosa metastásico de piel. Hace un año presentó metástasis pulmonar y posteriormente falleció por insuficiencia respiratoria.



Figura 5. A. Nódulos algo eritematosos cercanos a cicatriz umbilical B. Múltiples nódulos eritematosos alrededor de base de pene, área púbica y region. inguinal bilateral.

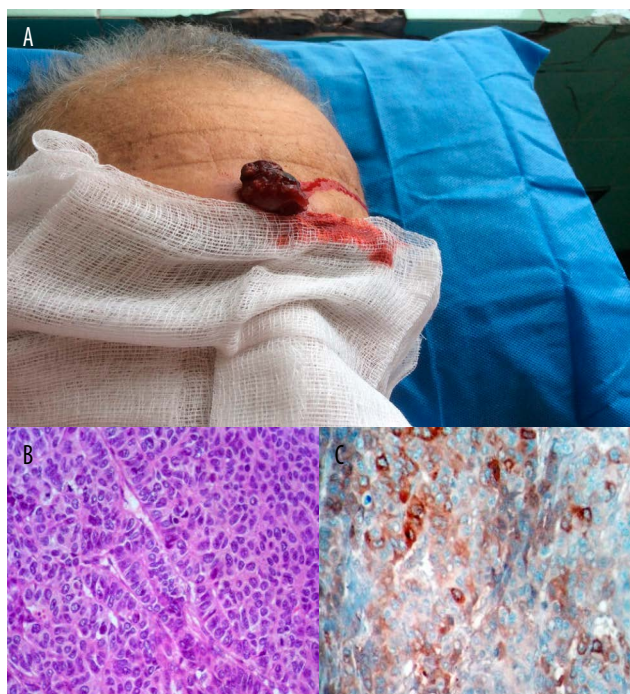


Figura 1. A Tumoración pediculada de aspecto vascular en frente. B. HE 40 X. Células atípicas polimórficas, con citoplasma eosinófilo amplio, numerosas mitosis y patrón de crecimiento trabecular, semejante a un hepatocito. C. Alfa-feto proteína positiva.

Caso 6

Varón de 68 años natural de Ancash y procedente de Lima con antecedente de adenocarcinoma prostático con metástasis ósea (arcos costales) en el año 2013; recibió flutamida, triptoreline y radioterapia. Hace un año presenta elevación de PSA llegando hasta 92 ng/dL por lo que se agregó ciproterona. Desde hace seis meses presenta múltiples nódulos eritematosos en región púbica y cercana a base de pene, dichas lesiones se extienden hacia ambas regiones inguinales a predominio derecho (Figura 5B).

Se realizó biopsia incisional y la histopatología informo infiltración dérmica como neoplasia maligna epitelioides. PSA positivo

Caso 7

Varón de 71 años natural de Lima con diagnóstico de hepatocarcinoma el año 2006, fue tratado con hepatectomía derecha, dos años después presenta metástasis pulmonar múltiple por lo recibe quimioterapia. Hace seis meses se evidencia tumoración hepática recidivante y hace dos meses presenta lesión papular en frente que crece rápidamente hasta convertirse en una tumoración pediculada de aspecto vascular no dolorosa con tendencia al sangrado (Figura 6A).

Se realizó biopsia shave de dicha tumoración y la histopatología mostró infiltrado difuso en dermis constituido por células atípicas que correspondían a metástasis cutánea de hepatocarcinoma que se confirmó con alfafetoproteína positiva en células tumorales.

COMENTARIO

Las metástasis cutáneas (MC) representan el 2% de todos los tumores de piel; y se presentan en 0.6%-10.4% de todos los pacientes con alguna neoplasia maligna.²

Las MC pueden presentarse de forma temprana con sus variantes erisipeloides inflamatoria y telangiectásica; y tardías adoptando formas nodulares y en coraza.¹

La localización de las MC dependerá de la fisiopatología de su lesión primaria y el mecanismo patogénico involucrado en su desarrollo. Es así que el caso de compromiso linfático de cáncer de mama y melanoma, las localizaciones serán locorregionales; y cuando la diseminación es hemática serán generalmente a distancia como sucede en el cáncer de pulmón, colorrectal, riñón entre otros.^{1,3}

La distribución de las metástasis que presentan un patrón de cercanía al tumor primario son las más frecuentes en los casos de varones alcanzando más del 75%; y la patología visceral más frecuente en estos casos es el cáncer colorrectal. El cuero cabelludo puede ser asiento de metástasis que provienen de cáncer pulmonar, renal y de mama.^{1,4}

Presentamos 7 casos de metástasis cutáneas de diversas neoplasias (Tabla 1). La mayoría de nuestros pacientes fueron mujeres (4/7). La edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico de MC fue 64 años; los cánceres primarios más frecuentes fueron cáncer de mama y cáncer de próstata.

Tabla 1.

Nº Caso	Edad (años)	Sexo	Tumor primario	Sitio de metástasis	Presentación clínica	*Tiempo de aparición
1	83	M	próstata	pelvis	tumor	5 años 3 meses
2	55	F	mama	tórax	placa	6 años 8 meses
3	84	F	gástrico	tórax	nódulos	6 meses
4	40	F	mama	tórax, extremidades superiores	nódulos	7 años
5	49	F	ovario	abdomen	nódulos	2 años 10 meses
6	68	M	próstata	pelvis	nódulos	1 año
7	71	M	hepático	cabeza	tumor	9 años

M: masculino F:femenino

*Tiempo de aparición de metástasis cutánea luego de diagnóstico de tumor primario.

Respecto a la presentación clínica, la más frecuente fue el nódulo y la localización más común fue tórax (Tabla 1). Solo una paciente presentó la lesión cutánea antes del diagnóstico de fondo y se trató de un caso de carcinoma gástrico de células en anillo de sello.

El tiempo promedio de aparición de la metástasis después del diagnóstico del tumor primario fue de 4.75 años en los 6 pacientes que ya presentaban el antecedente de tumor maligno.

CONCLUSIONES

Resulta importante que el dermatólogo reconozca las formas clínicas de la MC para un diagnóstico precoz ya que esta condición generalmente implica cambios en el manejo y pronóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Driban Nelson, Galdeano Florencia, Poljak María. Manifestaciones cutáneas de neoplasias malignas internas. Ed. Elsevier 2014:647-650.
2. Hu et al. A Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: Experience from a Taiwanese medical center. J Am Acad Dermatol. Vol 60, Issue 3, Pages 379–387.
3. Chiesura Vilma. Metastasis cutanea: a propósito de 6 casos. Arch. Argent. Dermatol. 2013; 63 (5): 180-186.
4. Martínez Casimiro, Vilata Corell. Metástasis cutánea de neoplasias internas. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(3):117-129

Correspondencia:
Dra. Karen Peláez Castro
karenp106@hotmail.com

Recibido: 01-06-15
Aceptado: 15-07-15