

Metástasis Cutáneas de Carcinoma origen digestivo

Florencia C Monti (1), María Virginia Fassi (1), Enrique Valente (1), María E C Kurpis (2), Alejandro Ruiz Lascano (1)

(1) Servicio de Dermatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

(2) Servicio de Patología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

RESUMEN

Las metástasis cutáneas de neoplasias digestivas son infrecuentes. Representan un estadio avanzado de la enfermedad primaria, generalmente con mal pronóstico y escasa supervivencia. Su reconocimiento, así como el estudio histopatológico y de inmunohistoquímica resultan esenciales para la aproximación diagnóstica y terapéutica de la patología primaria. Presentamos el caso de una paciente sin diagnóstico previo de tumor primario ni sintomatología sugestiva, que presentó lesiones cutáneas en cuero cabelludo que permitieron arribar al diagnóstico.

Palabras clave: metástasis cutánea, cáncer gastrointestinal, inmunohistoquímica

ABSTRACT

Cutaneous metastases of digestive cancers are rare. They represent an advanced stage of primary disease, usually with poor prognosis and poor survival. Recognition and histopathological and immunohistochemical study are essential for diagnosis and therapy of the primary pathology. We report the case of a patient without a previous diagnosis of primary tumor or suggestive symptoms, who presented skin lesions on the scalp and allowed the diagnosis.

Key words: cutaneous metastases, gastrointestinal cancer, immunohistochemistry

Correspondencia:

Florencia Monti
Av. Naciones Unidas 346, X5016KEH
Córdoba, Argentina
Te: +54 0351156871930
Correo electrónico: florenciamonti@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la evolución clínica de los tumores malignos, entre el 1 y el 10,4% de estos se presentan metástasis cutáneas (MC), por lo que su presencia se considera sinónimo de enfermedad rápidamente progresiva con bajos índices de sobrevida. En hombres el tumor que más suele producirlas es el de pulmón y en las mujeres se describe más frecuentemente el de mama (1,2).

Las MC son el resultado de la infiltración por proliferaciones de células procedentes de tumores malignos situados a distancia (3). Hasta un tercio de las MC se diagnostican de forma previa o simultánea al tumor de origen, por ello es esencial la sospecha clínica de las mismas ya que estas pueden originarse en un tumor maligno primario previamente desconocido, de la diseminación de un tumor primario ya conocido, o bien ser un signo precoz de recurrencia tumoral de un tumor maligno en aparente remisión. Por tanto, el diagnóstico de las MC puede suponer un diagnóstico y tratamiento determinado e incluso un cambio en la estadificación de la enfermedad tumoral y en las implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Presentamos el caso de una paciente sin diagnóstico previo de tumor primario que presentó lesiones cutáneas en cuero cabelludo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años de edad, tabaquista severa con antecedentes personales de infecciones respiratorias recurrentes y antecedentes familiares de padre fallecido por cáncer de pulmón. Consultó por disnea de reposo, disminución de peso y decaimiento. Había realizado previamente, en otra institución tratamiento con diferentes esquemas antibióticos sin mejoría. A su ingreso se encontraba febril, con mal estado general. Al examen físico presentaba lesiones nodulares en cuero cabelludo y en tronco, por lo que se interconsultó con Dermatología. Al examen físico se objetivaron nódulos de consistencia pétrea, eritematosos, algunos con necrosis central, dolorosos, en cuero cabelludo y un nódulo de

características similares a nivel de escápula derecha (Fig. 1).

Dichas lesiones habían aparecido de forma espontánea hacia dos semanas con rápido crecimiento. Se le realizó laboratorio que presentaba leve leucocitosis con neutrofilia, LDH y VSG aumentadas (1028 u/l y 82mm/h respectivamente), insuficiencia respiratoria hipoxémica, con el resto de parámetros dentro de valores normales. Se le realizó TAC de tórax en la que se objetivó una masa parahiliar derecha con compresión de vías aéreas, adenopatías regionales y derrame pleural



Figura 1. Nódulos eritematosos con centro necrótico en cuero cabelludo

leve bilateral. Con el diagnóstico presuntivo de masa de probable origen neoplásico y neumonía sobreagregada se decide internación para estudio y tratamiento antibiótico endovenoso.

Se le realizó ecografía del nódulo escapular que informó un nódulo hiperecogénico, por debajo del tejido celular subcutáneo, con doppler positivo. Se tomaron biopsias de los nódulos de cuero cabelludo y se enviaron para tinción con hematoxilina-eosina (HE) e inmunohistoquímica (IHQ). La HE de dichas muestras mostró epidermis hiperplásica y a nivel de dermis nódulos con células atípicas de núcleos grandes, algunas de ellas en anillo de sello (Fig. 2). La IHQ resultó positiva para CK20, CDX2, siendo S100, TIF1 y SYN negativos lo que sugirió implantes secundarios de neoplasia de origen gastrointestinal (Fig. 3).

También se le realizó lavado broncoalveolar con estudio microbiológico negativo (cultivo y PCR) y

toma de biopsia por fibrobroncoscopia de la lesión pulmonar que informó infiltración por carcinoma poco diferenciado con inmunohistoquímica también sugestiva de origen gastrointestinal.

Tras referir dolor óseo en región torácica, se realizó Centellograma, donde se objetivó un foco compatible con posible implante secundario en arco medio de 6° costilla derecha.

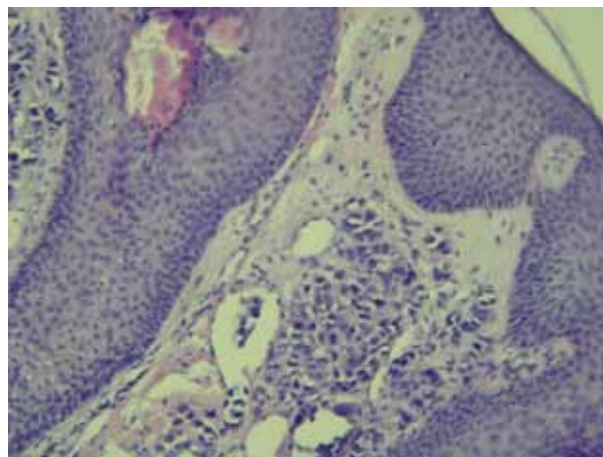


Figura 2. HE (10x) Epidermis hiperplásica, en dermis nódulos con células atípicas de núcleos grandes. Flecha señala células en anillo de sello.

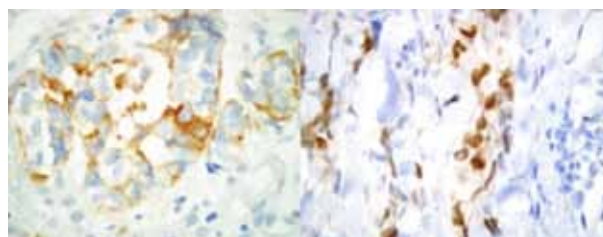


Figura 3. IHQ (derecha) CD20, (izquierda) CDX2

Con el diagnóstico de metástasis de carcinoma de origen gastrointestinal, se programó colonoscopia que no se logró realizar porque la paciente empeoró su estado general y falleció de insuficiencia respiratoria a los pocos días de la internación.

DISCUSIÓN

Las MC se definen como el crecimiento de células cancerígenas en la dermis y/o el tejido celular subcutáneo originadas de una neoplasia interna con la cual no tienen solución de continuidad (3). Estas lesiones pueden desarrollarse a partir de diseminación linfática, intravascular, extensión directa del tumor, implantación quirúrgica secundaria e incluso, como han propuesto Wong y cols, por remanentes embrionarios (5). La incidencia de las mismas es variable según las poblaciones estudiadas, describiéndose entre un 0,8 a 10% sin diferencias significativas de acuerdo al sexo (6) En nuestro país, la incidencia se desconoce.

Generalmente en mujeres, a diferencia de lo ocurrido en este caso, se han descripto con mayor frecuencia metástasis asociadas a cáncer de mama, siguiéndole en frecuencia el cáncer de colon, melanoma y ovario (5). Las localizaciones habituales de estas lesiones son el tórax y abdomen principalmente seguidos por cuero cabelludo, cuello y extremidades.

La presencia de MC asociadas a cáncer colorectal se han reportado en un 2,3-6% de la población (6-8), y característicamente dichas lesiones se presentan en los dos primeros años de resecao el tumor primario y casi siempre asociadas a metástasis en otros órganos como hígado, peritoneo y pulmón (7). En nuestro caso, las lesiones cutáneas, asociadas a las manifestaciones clínicas de la metástasis pulmonar, fueron las primeras en aparecer y las que permitieron el diagnóstico del tumor primario.

Brownstein y cols, así como también Wong y cols en sus estudios retrospectivos han reportado múltiples formas de presentación de estas metástasis, siendo lo más habitual la presencia de nódulos violáceos o color piel, asintomáticos, firmes o móviles que pueden ser únicos o múltiples, como en el caso de nuestra paciente. También se han descripto formas que simulan quistes epidérmicos, neurofibromas, lipomas, placas tipo morfea o incluso como lesiones inflamatorias, induradas, eritematosas y bien delimitadas que se conocen con el nombre de carcinoma erisipeloides (7).

Los hallazgos histopatológicos de estas lesiones remedan a las del tumor primario, aunque suelen ser más anaplásicas. La IHQ adquiere un valor diagnóstico fundamental en estos casos para poder definir, o por lo menos aproximar, el origen de las células neoplásicas (4). Los marcadores CK20 y CDX2, positivos en el caso descripto, son marcadores característicamente hallados en las neoplasias de tracto digestivo, siendo más frecuentes encontrar ambos marcadores en las neoplasias de colon.

Las MC representan un pronóstico ominoso ya que se acompañan indefectiblemente de la presencia de otras diseminaciones del tumor primario indicando un estadio avanzado del mismo. Diferentes estudios establecen una media de supervivencia que no supera los 3 a 6 meses. Nuestra paciente al momento de la aparición de las lesiones en piel ya presentaba metástasis a nivel pulmonar y óseo, falleciendo a los 10 días del ingreso hospitalario.

CONCLUSIÓN

Las MC constituyen una entidad infrecuente en la práctica clínica y representan un desafío diagnóstico para los médicos. La localización y distribución de las mismas, así como también las características histológicas e inmunohistoquímicas, orientan hacia el órgano de origen. Las MC pueden ser la clave que indica la recurrencia

de un tumor o incluso el primer signo de un tumor previamente desconocido. Creemos que es de suma importancia reconocer las distintas formas de presentación clínica de las MC a los fines de realizar un diagnóstico correcto y establecer el pronóstico.

Conflictos de interés: ninguno para declarar

BIBLIOGRAFÍA

1. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *ArchDermatol*1972; 105: 862-868.
2. Wong C, Helm. Patterns of skin metastases: a review of 25 years' experience at a single cancer center. *International Journal of Dermatology*, 2014; 53: 56-60
3. Centeno, A; Ruiz Lascano, A. Metástasis Cutáneas. *Exp Médica* 2005; 23:11-14
4. Azcune, R; Spelta, M.G; Moya, J y col. Metástasis cutáneas de carcinomas internos, nuestra experiencia a propósito de 94 casos. *Dermatol Argent* 2009; 15:117-124
5. Wong N, Chang BM Inflammatory metastatic carcinoma of the colon: a case report and review of the literatura. *Tumori* 2004; 90:253-255
6. Martinez Casimiro, L; Vilata Corel, L.L. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan IberLat Am* 2009; 37:117-129
7. NesserisI, Tsomas C Cutaneous metastasis of colon adenocarcinoma: case report and review of the literatura *An. Bras. Dermatol.* 2013; 88:56-58
8. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am AcadDermatol.* 1993; 29:228-36