

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Lazarus DL, Al-Busafi SA, Hilzenrat N. Chylous ascitis secondary to giant liver hemangioma. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6:478–83.
2. Almakdisi T, Massoud S, Makdisi G. Lymphomas and chylous ascitis: Review of the literature. *Oncologist.* 2005;10:632–5.
3. Yilmaz M, Akbulut S, Isik B, et al. Chylous ascitis after liver transplantation: Incidence and risk factors. *Liver Transpl.* 2012;18:1046–52.
4. Steinemann DC, Dindo D, Clavien PA, et al. Atraumatic chylous ascitis: Systematic review on symptoms and causes. *J Am Coll Surg.* 2011;212:899–905.
5. Rector WG. Spontaneous chylous ascites of cirrhosis. *J Clin Gastroenterol.* 1984;6:369–72.

6. Huang Q, Jiang ZW, Jiang J, et al. Chylous ascites: Treated with total parenteral nutrition and somatostatin. *World J Gastroenterol.* 2004;10:2588–91.
7. Leong RW, House AK, Jeffrey GP. Chylous ascites caused by portal vein thrombosis treated with octreotide. *J Gastroenterol Hepatol.* 2003;18:1211–3.
8. Chen J, Lin RK, Hassanein T. Use of orlistat (xenical) to treat chylous ascites. *J Clin Gastroenterol.* 2005;39:831.

J.P. Piña-Pedraza^a, L. Álvarez-Avalos^{a,b,*},
J.M. Vargas-Espinosa^a, A. Salcedo-Gómez^a
y J. Carranza-Madriral^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General «Dr. Miguel Silva» Secretaría de Salud, Morelia Michoacán, México

^b Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia Michoacán, México

* Autor para correspondencia. Diego José Abad 193 3 Colonia Centro, CP 58000 Morelia Michoacán, México, Teléfono: +443 313 33 35.

Correo electrónico: drlaa@prodigy.net.mx (L. Álvarez-Avalos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.04.005>

Metástasis múltiples en cuero cabelludo como primera manifestación de adenocarcinoma de páncreas



Multiple scalp metastases as a first manifestation of pancreatic adenocarcinoma

Presentamos el caso de una mujer de 81 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial bien controlada y temblor esencial tratado con propranolol. Consultó a su médico de cabecera tras notar la aparición de 8-10 lesiones dolorosas en el cuero cabelludo en las últimas 3 semanas. Las lesiones (fig. 1) consistían en nódulos firmes, adheridos a planos profundos, con un tamaño entre 1 y 2 cm, y la mayoría presentaba una superficie ulcerada cubierta de pequeños coágulos. Por este motivo fue remitida a consultas de dermatología. Dos semanas después, antes de acudir a dicha consulta, advirtió marcada ictericia cutáneo-mucosa, coluria e hipocolia, por lo que acudió a urgencias de nuestro centro y fue ingresada para completar el estudio. Se solicitó biopsia cutánea por parte de dermatología, analítica sanguínea, que mostró bilirrubina 10.2 mg/dl, AST 111 IU/ml, ALT 227 IU/ml, GGT 3.300 IU/ml y CA 19-9 436 IU/ml (límite normal < 37 IU/ml), y se realizó una TC abdominal que mostró una masa localizada en el proceso uncinado del páncreas que condicionaba dilatación de la vía biliar común y del conducto pancreático de Wirsung. Además, se observaron lesiones peritoneales, pulmonares y en la musculatura paravertebral sugestivas de metástasis. Con estos hallazgos, se hizo una ecoendoscopia con punción-aspiración con aguja fina de la masa pancreática. La biopsia de cuero cabelludo (fig. 2)

reveló la presencia de metástasis cutáneas, con características morfológicas e inmunohistoquímicas consistentes con un origen pancreático (citoqueratinas 7 y 19 positivas, citoqueratina 20 negativa). La muestra de la masa pancreática confirmó la presencia de un adenocarcinoma a ese nivel. La paciente fue informada de su diagnóstico y pronóstico, y rechazó cualquier tratamiento activo para su afección, por lo que la obstrucción biliar fue tratada con colocación endoscópica de prótesis biliar y fue dada de alta con cuidados paliativos domiciliarios.

Las metástasis cutáneas ocurren en el 0.6-10.4% de todos los pacientes con cáncer¹, siendo la primera manifestación del mismo en hasta el 7.8% de ellos². Cuando descubrimos una lesión sospechosa de metástasis cutánea, además de las pertinentes pruebas de imagen, una biopsia con tinción



Figura 1 Nódulo de cuero cabelludo.

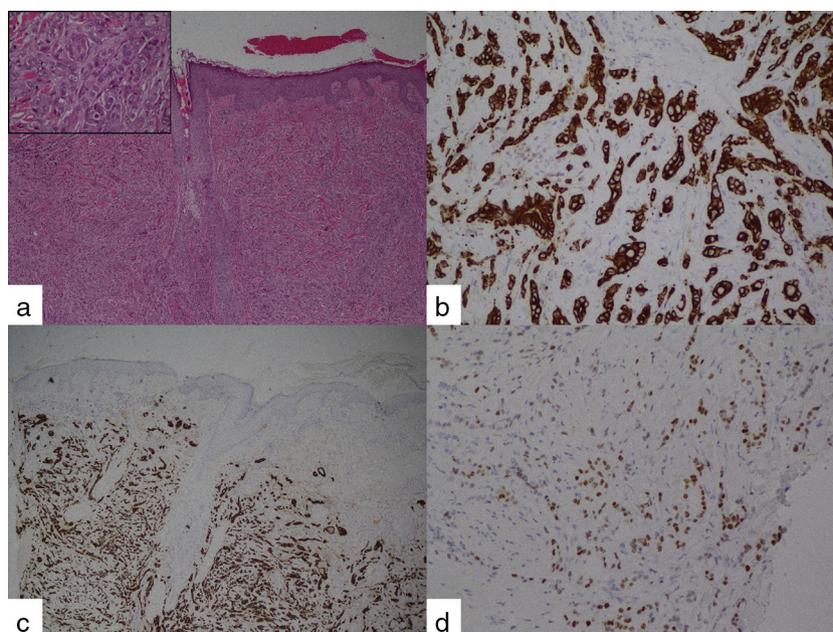


Figura 2 Biopsia excisional de lesión en cuero cabelludo que muestra un adenocarcinoma metastásico: a) hematoxilina-eosina $\times 4$, detalle: hematoxilina-eosina, $\times 40$; b) tinción inmunohistoquímica para CK7; c) tinción inmunohistoquímica para CK19, y d) tinción inmunohistoquímica para CDX2.

inmunohistoquímica de la misma puede orientar hacia el diagnóstico del tumor primario. CK7 y CK19 están presentes en la mayoría de los adenocarcinomas pancreáticos y CK20 es negativo en el 38-80%. También es frecuente una tinción positiva para CA19-9 y CEA³⁻⁶. En nuestro caso, la tinción inmunohistoquímica fue sugestiva de un origen pancreático.

El adenocarcinoma de páncreas es la cuarta causa de muerte relacionada con cáncer y, normalmente, tiene mal pronóstico en su comienzo, estando en un estadio avanzado en muchos casos⁷. La supervivencia del adenocarcinoma de páncreas es especialmente devastadora, con una mediana de supervivencia de aproximadamente 5-6 meses. La aparición de metástasis cutáneas en este contexto tiene un impacto similar en la supervivencia con respecto a otras localizaciones más frecuentes^{6,8}, y la norma es encontrar otros implantes secundarios concurrentes. Por este motivo, el tratamiento no varía ante esta forma de presentación.

Las metástasis cutáneas son raras y, cuando ocurren, suelen estar localizadas en la zona periumbilical, produciendo la lesión conocida como «nódulo de la hermana Mary Joseph»^{9,10}. Fuera de esta localización, las metástasis son excepcionales, y más frecuentes en varones y en pacientes de edad avanzada⁶.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio/artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228-36.
2. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: A clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol.* 2004;31:419-30.
3. Chu P, Wu E, Weiss LM. Cytokeratin 7 and cytokeratin 20 expression in epithelial neoplasms: a survey of 435 cases. *Mod Pathol.* 2000;13:962-72.
4. Jain R, Fischer S, Serra S, et al. The use of Cytokeratin 19 (CK19) immunohistochemistry in lesions of the pancreas, gastrointestinal tract, and liver. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2010;18:9-15.
5. Moll R, Franke WW, Schiller DL, et al. The catalog of human cytokeratins: Patterns of expression in normal epithelia, tumors and cultured cells. *Cell.* 1982;31:11-24.
6. Zhou HY, Wang XB, Gao F, et al. Cutaneous metastasis from pancreatic cancer: A case report and systematic review of the literature. *Oncol Lett.* 2014;8:2654-60.
7. Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60:277-300.
8. Horino K, Takamori H, Ikuta Y, et al. Cutaneous metastases secondary to pancreatic cancer. *World J Gastrointest Oncol.* 2012;4:176-80.
9. Gabriele R, Conte M, Egidi F, et al. Umbilical metastases: Current viewpoint. *World J Surg Oncol.* 2005;3:13.
10. Miyahara M, Hamanaka Y, Kawabata A, et al. Cutaneous metastases from pancreatic cancer. *Int J Pancreatol.* 1996;20:127-30.

E. Tavío-Hernández^{a,*}, Á. Cañete-Ruiz^a, C. Moreno^b, M. Urech^c y A. Cano-Ruiz^a

^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*

^c *Servicio de Dermatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etavio@gmail.com

(E. Tavío-Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.04.003>