

Metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico; informe de un caso

Martínez-Luna E,¹ Puebla-Miranda M,¹ Vega-Memije ME.²

¹ Médica Dermatóloga egresada del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

² Jefa del Servicio de Dermatopatología, Departamento de Dermatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, México, DF.

Correspondencia: Dra. María Elisa Vega Memije, Departamento de Dermatología, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Calzada de Tlalpan 4800, Del. Tlalpan, CP 14000, México, D. F. Teléfono: (55) 4000-3057. Correo electrónico: dra_elisa_vega@yahoo.com.mx eduwiges_ml@hotmail.com

Resumen

La incidencia de las metástasis cutáneas de un tumor maligno se ha estimado entre 0.7% y 10.8%. Estas lesiones surgen en estadios tardíos de la enfermedad primaria, mientras es poco común su manifestación en la etapa inicial.

Se informa el caso de un hombre que presentó un adenocarcinoma metastásico en la piel del tórax. El análisis histopatológico de la lesión mostró la presencia de células “en anillo de sello” y debido a la sospecha de un tumor primario de tubo digestivo se realizó endoscopia que corroboró la presencia de un adenocarcinoma gástrico. Este caso ilustra la morfología atípica que pueden tener las metástasis cutáneas del adenocarcinoma gástrico, que además pueden presentarse como el dato clínico inicial de una enfermedad avanzada.

Palabras clave: metástasis cutáneas, adenocarcinoma metastásico, cáncer gástrico, México.

Abstract

Incidence of cutaneous metastases of malignant tumors has been estimated between 0.7%-10.8%. These lesions generally occur in late stages of disease, being uncommon their presentation at the time of diagnosis.

We inform the case of a male patient who presented a metastatic adenocarcinoma in the skin of the chest. The histopathological analysis showed signet ring carcinoma cells. Under the suspect of primary tumor in the gastrointestinal tract, an upper gastrointestinal endoscopy was made corroborating diagnosis of a primary gastric cancer. The case instructs the unusual morphology of cutaneous metastasis of gastric adenocarcinoma, as well appearing as the initial clinical data in an extended malignant disease.

Key words: cutaneous metastases, metastatic adenocarcinoma, gastric carcinoma, Mexico.

Introducción

El adenocarcinoma gástrico es un tumor con mortalidad elevada y una sobrevida media de 10 meses que suele manifestarse con sintomatología inespecífica como malestar epigástrico, astenia y anemia, lo que contribuye al retraso en el diagnóstico. En los carcinomas viscerales, las metástasis cutáneas son poco frecuentes, por lo general expresan un evento tardío en el curso de una neoplasia maligna interna y sólo en 0.8% aparecen como la primera manifestación de la enfermedad. Estas lesiones representan un reto diagnóstico ya que no presentan morfología característica ni específica.¹⁻⁴

Presentación del caso

Hombre de 62 años de edad que acudió a consulta al servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González por presentar una lesión dérmica en la cara lateral izquierda del cuello que se extendía hacia la región clavicular y al tórax ipsolateral. La lesión es una neoformación de forma alargada, de 20 x 5 cm, coloración violácea, con superficie de aspecto papular e indurada de 3 meses de evolución (**Figura 1A**). Al interrogatorio dirigido, el paciente informó pérdida de peso de 25 kg desde la aparición de la lesión, plenitud gástrica postprandial inmediata, un episodio de melena y datos clínicos de síndrome anémico. Otros hallazgos relevantes a la exploración física fueron taquicardia, hipotensión, taquipnea, diaforesis profusa y palidez de mucosas y tegumentos sin adenopatías palpables. No se registró la presencia de masa palpable en el epigastrio.

Los exámenes de laboratorio y gabinete mostraron hemoglobina de 7.8 g/dL, plaquetas, 102 000/dL; sodio, 129 mEq/dL; potasio, 5.1 mEq/dL; bilirrubina total, 2.08 mg/dL; deshidrogenasa láctica, 1 413 UI/L, y la radiografía de tórax no mostró alteraciones.

Se realizó una biopsia con la posibilidad diagnóstica de angiosarcoma o sarcoma de Kaposi. El análisis del tejido mostró proliferación celular que ocupaba la dermis papilar superficial hasta el tejido celular subcutáneo compuesta por células grandes, pleomórficas, algunas con núcleos hiperromáticos, con abundante citoplasma basófilo, vacuoladas en "anillo de sello", que en conjunto mostraba un aspecto glandular, con abundante proliferación de vasos capilares, los cuales se encontraban dilatados y congestivos. El diagnóstico histológico fue adenocarcinoma metastásico a piel,

y como probable localización del tumor primario se considera al aparato digestivo debido a la presencia de células "en anillo de sello" (**Figura 1B**).

Fue internado en el servicio de urgencias para transfusión de 3 paquetes globulares y realización de esófagogastroduodenoscopia, que mostró una masa infiltrante en el fondo y cuerpo gástrico, ulcerada, con zonas de necrosis, pero que respetaba antro y píloro. El estudio histopatológico de esta lesión confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. El diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma gástrico metastásico a piel en etapa clínica IV. El paciente falleció durante su estancia en el servicio de urgencias por hemorragia del aparato digestivo proximal, lo que impidió realizar otros estudios de extensión.

Discusión

Las metástasis cutáneas representan la invasión de células cancerosas a la dermis o al tejido celular subcutáneo, sin que exista continuidad con la neoplasia primaria. Éstas pueden ser locales o a distancia. Se han descrito procesos biológicos críticos que deben llevarse a cabo para que la neoplasia adquiera el potencial de generar metástasis y básicamente se resumen en tres pasos. El primero es la capacidad de las células tumorales de desprenderse del tumor primario y de penetrar al torrente sanguíneo, al linfático o a ambos. El segundo es la capacidad de estas células de mantenerse en un vaso del lecho receptor por medio de moléculas de adhesión. El tercero es la extravasación e invasión del tejido del lecho receptor, que puede ser cualquier órgano del cuerpo y su proliferación en él, para convertirse en lo que se denomina metástasis o tumor secundario.⁵

Las metástasis en piel son una manifestación poco frecuente de las neoplasias viscerales y por lo general se presentan en estadios tardíos. Sin embargo, en algunos casos pueden preceder a la aparición clínica de la neoplasia, lo que dificulta el diagnóstico ya que las metástasis cutáneas carecen de un aspecto específico. El diagnóstico apropiado y temprano es importante, ya que la remoción quirúrgica de una metástasis solitaria y del tumor primario puede mejorar el tiempo libre de enfermedad.²⁻⁴

Entre las presentaciones clínicas descritas con mayor frecuencia están los nódulos cutáneos o subcutáneos, que suelen ser de color rosado a violáceo, por lo regular asintomáticos y pueden o no

Figura 1A.

Neoformación eritematosa y violácea que en el acercamiento (recuadro inferior) permite observar su superficie de aspecto papular.

Figura 1B.

Proliferación dérmica de células grandes en “anillo de sello”, aspecto glandular, sin afectar la epidermis (HE 40x).



estar ulcerados. Existen informes de caso con morfologías menos frecuentes, como cuerno cutáneo, granuloma piógeno, alopecia cicatrizal, placas que parecen hemangiomas, ampollas con disposición zosteriforme, aspecto cicatrizal, telangiectoides, placas pétreas en coraza, linfedema facial por compresión de los linfáticos, aspecto erisipeloides o de celulitis caracterizada por edema, eritema, hipertermia local y dolor relacionado con la oclusión de los vasos.⁵⁻¹⁰

No existe consenso en lo referente a la incidencia de metástasis cutáneas. En series de necropsias se informa una prevalencia de 0.7% a 9%. Un estudio en 7 518 necropsias mostró una frecuencia de 9% de metástasis cutáneas, entre las cuales el cáncer de mama fue la causa más frecuente (debido quizá a su alta incidencia), mientras que 4.5% de las lesiones correspondió a cáncer gástrico.²

En un estudio retrospectivo de 4 020 pacientes con enfermedad metastásica, se informó una incidencia de metástasis cutáneas de 10.4% y fue el signo de presentación de la neoplasia en 7.6% de los casos. Las metástasis locales se presentaron en 44% y a distancia en 56%; los sitios de enfermedad metastásica en orden de frecuencia fueron piel cabelluda, extremidades inferiores, extremidades superiores, cuello, abdomen, tórax anterior y espalda. El cáncer gástrico se registró en 2% de los casos y constituyó la primera manifestación de

la enfermedad en 0.7%. La supervivencia posterior al diagnóstico fue de 1 mes en todos los casos y los nódulos abdominales fueron la presentación clínica más frecuente.⁹

Un meta-análisis realizado por Krathen¹¹ que incluyó siete estudios de pacientes con enfermedad metastásica demostró una incidencia de metástasis cutáneas de 5.3%, al detectar dichas lesiones en 1 013 pacientes de un total de 20 380 enfermos. Las metástasis cutáneas fueron el signo de presentación en 0.8% de los casos. Los sitios afectados con más frecuencia fueron el tórax con 28.4% y el abdomen con 20.2%.

Un estudio de reciente publicación¹² informa datos similares a los descritos en los informes previos: la piel del tórax fue el sitio más frecuentemente afectado con 44% y la presentación clínica más común fue un nódulo subcutáneo en 40% de los casos. Los pacientes con carcinoma gástrico metastásico a piel representaron 2.6% del total. En 40% de estos pacientes, las metástasis estaban presentes al momento del diagnóstico y en 60% se desarrollaron durante los 24 meses siguientes al diagnóstico.¹² También se ha descrito la aparición de metástasis cutáneas como signo inicial de recurrencia posterior a cuatro meses de la resección de un cáncer gástrico primario.¹³ La edad de presentación en las diferentes series varía entre 50 y 70 años, lo cual coincide con la edad de mayor frecuencia de la mayoría de las neoplasias.¹¹

Los sitios de metástasis más frecuentes del adenocarcinoma gástrico son el hígado, la cavidad peritoneal y los ganglios linfáticos regionales. Se ha descrito el área umbilical como el sitio de localización de metástasis cutáneas típicas que se conocen como el “nódulo de la hermana Joseph”, pero otras lesiones informadas son los nódulos subcutáneos solitarios y el patrón erisipeloides.¹⁴⁻¹⁸

En ocasiones, el estudio histológico sólo puede catalogar a la lesión como adenocarcinoma metastásico o carcinoma de células escamosas o indiferenciado, sin que sea posible determinar el sitio del tumor primario. No obstante, algunas claves histológicas sugieren el sitio del cáncer primario, como la presencia de células “en anillo de sello”, que se observan en metástasis del tracto gastrointestinal, aunque también han sido informadas en el carcinoma pulmonar, y los de mama, vejiga y melanoma.¹⁹

En una serie de casos de metástasis cutáneas, 28 de los cuales correspondían a metástasis de

adenocarcinoma gástrico, se encontraron grados variables de diferenciación histológica.²⁰ Se observaron células “en anillo de sello” y células con diferenciación escamosa con disposición tanto en un patrón papilar como en un patrón de carcinoma mucinoso, con pequeños agregados de células tumorales embebidas en grandes lagos de mucina, que evidencia el origen gastrointestinal. Sin embargo, estos hallazgos pueden confundirse con un carcinoma mucinoso primario o metástasis mucinosas de un cáncer de pulmón, de glándulas salivales, lagrimales o de mama. Algunos casos mostraron patrón anaplásico con pobre diferenciación.

Las metástasis cutáneas representan un signo de gravedad en los pacientes con cáncer del aparato digestivo alto, como sucedió en el caso descrito, ya que el paciente acudió a consulta de dermatología por una lesión cutánea que resultó ser la manifestación de un estadio avanzado de adenocarcinoma gástrico. Las autoras consideraron importante refrescar esta posibilidad de presentación dermatológica e intentar establecer un diagnóstico más temprano.

Referencias

1. Spencer P, Helm T. Skin metastases in cancer patients. *Cutis* 1987;39:119-21.
2. Brownstein N, Helwing E. Metastatic tumors to the skin. *Cancer* 1972;29:1298-307.
3. Reingold I. Cutaneous metastases from internal carcinoma. *Cancer* 1966;19:162-8.
4. Alvarez J, Vicente J, Gomez E, Naz E, Pinedo F, Lopez J. Cutaneous metastasis from internal malignancies. *J EADV* 2003;17(Suppl 3):393.
5. Brodland D, Zitelli J. Mechanisms of metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:1-8.
6. Lever L, Holt P. Carcinoma erysipeloides. *Br J Dermatol* 1991;124:279-82.
7. Cox S, Cruz P. A spectrum of inflammatory metastasis to skin via lymphatics: Three cases of carcinoma erysipeloides. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:304-7.
8. Finch T, Grech C, Heagerty A. Carcinoma erysipeloides of unknown primary. *Br J Dermatol* 1998;139(Suppl 51):33-4.
9. Lookingbill D, Spangler N, Helm K. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:228-36.
10. Nambi R, Tharakaram S. Carcinoma erysipeloides as a presenting feature of breast carcinoma. *Int J Dermatol* 1999;38(5):367-8.
11. Krathen R, Orengo I, Rosen T. Cutaneous metastasis: A meta-analysis of data. *South Med J* 2003;96:164-7.
12. Marcoval J, Moreno A, Peyri J. Cutaneous infiltration by cancer. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:577-80.
13. Hoffmann M, Oberhuber G, Kletter K, Becherer A, Raderer M. Imaging of cutaneous recurrence of gastric cancer with F-18 FDG positron emission tomography. *Clin Nucl Med* 2002;27:731-2.
14. Kostandy G, Katapadi M, Pullarkat V. Skin metastases: an unusual presenting sign of gastric carcinoma. *J Clin Gastroenterol* 1996;23:236-8.
15. Atilganoglu U, Kural Y, Turgut E. A rare entity: cutaneous metastasis from gastric adenocarcinoma. *J EADV* 2004;18(Suppl 2):450-1.
16. Sáez-Rodríguez M, García-Bustinduy M, Noda-Cabrera A, et al. Metastatic gastric cancer presenting as a solitary axillary cutaneous nodule. *Int J Dermatol* 2002;41:598-9.
17. Boscaino A, Orabona P, D'Antonio A. Cutaneous metastases from gastric adenocarcinoma. Report of two cases and review of the literature. *Arch Anat Cytol Pathol* 1996;44:60-4.
18. Miyashita M, Honjo M, Suzuki H. A case of cutaneous metastases of gastric carcinoma showing peculiar clinical features. *J Dermatol* 1991;18:619-20.
19. Schwartz R. Histopathologic aspects of cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:649-57.
20. Brownstein N, Helwing E. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972;105:862-8.