

Casos clínicos

# Letálides cutáneas o metástasis cutáneas, a propósito de un caso

**Sílvia Hernández Anadón<sup>1</sup>, Carles Llor Vilà<sup>1</sup>,  
Sílvia Crispí Cifuentes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Médicos de familia. EAP Jaume I, Tarragona

Publicado: 1 de abril del 2008  
Butlletí 2008,26:4

Este artículo está disponible en:

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol26/iss1/5/>

Éste es un artículo Open Access distribuíd según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Introducción

Las metástasis cutáneas suceden en el 2,7 a 4,4% de todos los pacientes con cáncer y pueden presentarse como signo inicial del cáncer, después del descubrimiento del cáncer primario o después del curso de la enfermedad. En general, las metástasis cutáneas se asocian a enfermedad sistémica avanzada y con una supervivencia esperada menor de un año.

## Descripción del caso

Presentamos un paciente hombre de 62 años de edad, sin alergias conocidas; exfumador y sin otros hábitos tóxicos. Como antecedentes patológicos hay que destacar diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e hipertensión esencial primaria como factores de riesgo cardiovascular; enfermedad isquémica crónica del corazón (IAM anteroapical Killip I en abril de 2002, angor inestable en mayo de 2002, enfermedad de dos vasos intervenida con doble by-pass aortocoronario); insuficiencia renal crónica. Como tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 150 mg, simvastatina 40 mg, diazepam 5 mg, lecardipina 10 mg, atenolol 50 mg, insulina 100 UI 34 unidades cada 24 horas. Acudió a la consulta por nódulos cutáneos desde hacía un mes en espalda, cara, extremidades y a nivel cervical (el primero en aparecer), indolores y no pruriginosos (**Figuras 1 y 2**).

**Figura 1: Perfil del paciente**



**Figura 2: Cara posterior del paciente**



El paciente no explica alteración del ritmo deposicional, ni astenia, ni disfagia, ni fiebre ni otra sintomatología. La exploración física fue la siguiente: buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Cicatriz en la pierna izquierda y en el esternón. Presentaba adenopatías axilares y supraclaviculares bilaterales simétricas y no dolorosas; pulsos pedis y radiales conservados; nódulos cutáneos de distribución difusa generalizada y volumen variable (1-3 cm) no dolorosos a la palpación, con leve eritema. En la cara anterior de cuello presentaba un nódulo-placa, eritematosa y molesta. Eupneico. En la exploración presentaba una TA de 169/93 mm Hg, una frecuencia cardiaca de 60 latidos por minuto y una temperatura axilar de 36°C. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AR: murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin masas con probable hepatomegalia (un ancho de dedo) no dolorosa; sin dolor a la palpación profunda; peristaltismo conservado. Tacto rectal: no dolor en la exploración mucosa anal ni rectal, dolor intenso a la palpación de la próstata que se palpa grande, lisa y dura. Heces en guante, de aspecto normal, sin restos hemáticos ni productos patológicos. Se interpretó como una furunculosis diseminada y se pautó tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico. El paciente reacude por persistencia y no mejora de las lesiones, por lo cual se remite al dermatólogo de zona, el cual realizó cultivo y biopsia de la lesión. La anatomía patológica mostró dermis difusamente infiltrada por adenocarcinoma en "células en anillo de sello". Ingresó en el Servicio de Medicina Interna para estudio de metástasis cutáneas de adenocarcinoma de origen desconocido. Se le hizo analítica, con una VSG de 21 mm en la primera hora y resto sin hallazgos significativos. Hormonas y marcadores tumorales basales: CEA 5,1, el resto normal; radiografía de tórax normal; radiografía de abdomen: borrado de psoas derecho; ecografía de tiroides: normal; TAC torácica: normal; TAC abdominal: ausencia de riñón derecho, diverticulosis colónica, a nivel de la unión del colon descendente con sigma sin apariencia de masa, siendo el resto normal. En la colonoscopia se aprecian orificios diverticulares en sigma, con el resto del colon normal. Como todas las pruebas fueron negativas se comentó con el comité oncológico y se decidió realizar la fibrogastroscoopia para completar el estudio digestivo, aunque el paciente no refería ninguna sintomatología. Debido a que el paciente está asintomático se decide alta hospitalaria. Se hizo la prueba de manera ambulatoria y el resultado fue el siguiente: en cuerpo y antro gástrico a nivel de la curvatura menor e incisura angular ulceración con desestructuración de la zona, siendo sugestiva de infiltración neoplásica. La biopsia ha resultado ser adenocarcinoma tipo mixto. Comentado con el comité oncológico se decide tratamiento quimioterápico paliativo.

## Discusión

La asociación de metástasis cutáneas está correlacionada positivamente con las tasas de incidencia para lugares de cáncer primario. Por ejemplo, las metástasis cutáneas suceden más frecuentemente entre las mujeres con cáncer mamario (hasta un 50% de los casos) y en hombres con carcinoma broncogénico. A estos tipos de neoplasias, juntamente con los melanomas, el cáncer de ovario, los de la cavidad oral, los de colon y los cánceres primarios gástricos como nuestro caso, corresponden aproximadamente al 90% de las metástasis cutáneas. El sarcoma de Kaposi, los linfomas y la leucemia pueden causar también lesiones cutáneas.

La presentación de las metástasis cutáneas varía y puede confundirse con las alteraciones benignas de la piel. Las lesiones se presentan como nódulos duros, no móviles, formación de placa y ulceradas. La mayoría se desarrollan en el tronco anterior, pero otros lugares son la cabeza, cuello, tronco posterior, flancos y pelvis. Las metástasis cutáneas son el resultado de procesos metastásicos que implican la proliferación del tumor primario. Estamos de acuerdo que en este caso la ausencia de otra sintomatología no hizo pensar y se impuso lo que es más frecuente. En ningún caso el pronóstico del paciente habría cambiado, pero debido a la infrecuencia de estas lesiones en las consultas de atención primaria son un hecho a tener en cuenta por los médicos de familia.

## Bibliografía

1. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. Arch Dermatol 1972; 105: 862-868.
2. Klaus SN, Kierland RR. When primary cancer spreads to the skin. Geriatrics 1976; 31: 39-43.
3. Foltz AT. Nursing care of ulcerating metastatic lesions. Oncol Nurs Forum 1980; 7: 8-13