

Casos clínics

Letàlides cutànies o metàstasis cutànies, a propòsit d'un cas

**Sílvia Hernández Anadón¹, Carles Llor Vilà¹,
Sílvia Crispi Cifuentes¹**

¹ Metges de família. EAP Jaume I, Tarragona

Publicat: 1 d'abril de 2008

Aquest article està disponible a

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

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducció

Les metàstasis cutànies succeeixen en el 2,7 a 4,4% de tots els pacients amb càncer i poden presentar-se com a signe inicial del càncer, després del descobriment del càncer primari o després del curs de la malaltia. En general, les metàstasis cutànies s'associen a malaltia sistèmica avançada i amb una supervivència esperada menor d'un any.

Descripció del cas

Presentem un pacient home de 62 anys d'edat, sense al·lèrgies conegudes; exfumador i sense altres hàbits tòxics. Com a antecedents patològics cal destacar diabetis mellitus tipus 2, dislipèmia i hipertensió essencial primària com a factors de risc cardiovascular; malaltia isquèmica crònica del cor (IAM anteroapical Killip I a l'abril de 2002, angor inestable al maig de 2002, malaltia de dos vasos intervinguda amb doble by-pass aortocoronari); insuficiència renal crònica. Com a tractament habitual: àcid acetilsalicílic 150 mg, simvastatina 40 mg, diazepam 5 mg, lecardipina 10 mg, atenolol 50 mg, insulina 100 UI 34 unitats cada 24 hores.

Va acudir a la consulta per nòduls cutanis des de feia un mes en esquena, cara, extremitats i a nivell cervical (el primer en aparèixer), indolors i no pruriginosos (Figures 1 i 2).

Figura 1: Perfil del pacient



Figura 2: Cara posterior del pacient



El pacient no explica alteració del ritme deposicional, ni astènia, ni disfàgia, ni febre ni altra simptomatologia. L'exploració física va ser la següent: bon estat general, conscient i orientat, normohidratat i normocolorejat. Cicatriu a la cuixa esquerra i a l'estèrnum. Presentava adenopaties axil·lars i supraclaviculars bilaterals simètriques i no doloroses; polsos pedis i radials conservats; nòduls cutanis de distribució difusa generalitzada i grandària variable (1-3 cm) no dolorosos a la palpació, amb lleu eritema. En la cara anterior de coll presentava un nòdul-placa, eritematosa i molesta. Eupneic.

A l'exploració presentava una TA de 169/93 mm Hg, una freqüència cardíaca de 60 batecs per minut i una temperatura axil·lar de 36°C. AC: tons rítmics, sense bufes. AR: murmur vesicular conservat. Abdomen globulós, tou i depressible, sense masses amb probable hepatomegàlia (un través de dit) no dolorosa; sense dolor a la palpació profunda; peristaltisme conservat. Tacte rectal: no dolor a l'exploració mucosa anal ni rectal, dolor intens a la palpació de la pròstata que es palpa gran, llisa i dura. Femta en quant, d'aspecte normal, sense restes hemàtiques ni productes patològics.

Es va interpretar com una furunculosi disseminada i es va pautar tractament amb amoxicil·lina i àcid clavulànic. El pacient reaccideix per persistència i no millora de les lesions, per la qual cosa, es remet al dermatòleg de zona, el qual va realitzar cultiu i biòpsia de la lesió. L'anatomia patològica va mostrar dermis difusament infiltrada per adenocarcinoma en "cèl·lules en anell de segell". Va ingressar al Servei de Medicina Interna per a estudi de metàstasis cutànies d'adenocarcinoma d'origen desconegut. Se li va fer analítica, amb una VSG de 21 mm a la primera hora i resta sense troballes significatives. Hormones i marcadors tumorals basals: CEA 5,1, la resta normal; radiografia de tòrax normal; radiografia d'abdomen: esborrament del psoes dret; ecografia de tiroide: normal; TAC toràcica: normal; TAC abdominal: absència de ronyó dret, diverticulosi colònica, a nivell de la unió del colon descendent amb sigma sense aparença de massa, essent la resta normal. En la colonoscòpia s'aprecien orificis diverticulars en sigma, amb la resta del colon normal.

Com que totes les proves van ésser negatives es va comentar amb el comitè oncològic i es va decidir realitzar la fibrogastrososcòpia per completar l'estudi digestiu, encara que el pacient no referia cap simptomatologia. Atès que el pacient està asimptomàtic es decideix alta hospitalària. Es va fer la prova de manera ambulatòria i el resultat va ésser el següent: en cos i antre gàstric a nivell de la curvatura menor i incisura angular ulceració amb desestructuració de la zona, essent suggestiva d'infiltració neoplàstica. La biòpsia ha resultat ser adenocarcinoma tipus mixt. Comentat amb el comitè oncològic es decideix tractament quimioteràpic pal·liatiu.

Discussió i conclusions

L'associació de metàstasis cutànies està correlacionada positivament amb les taxes d'incidència per a llocs de càncer primari. Per exemple, les metàstasis cutànies succeeixen més freqüentment entre les dones amb càncer mamari (fins a un 50% dels casos) i en homes amb carcinoma broncogènic. A aquests tipus de neoplàsies, ensems amb els melanomes, el càncer d'ovari, els de la cavitat oral, els de colon i el càncers primaris gàstrics com el nostre cas, corresponen aproximadament el 90% de les metàstasis cutànies. El sarcoma de Kaposi, els limfomes i la leucèmia poden causar també lesions cutànies. La presentació de les metàstasis cutànies varia i pot confondre's amb les alteracions benignes de la pell. Les lesions es presenten com a nòduls durs, no mòbils, formació de placa i ulcerades. La majoria es desenvolupen en el tronc anterior, però altres llocs són el cap, coll, tronc posterior, flancs i pelvis. Les metàstasis cutànies són el resultat de processos metastàsics que impliquen la proliferació del tumor primari. Estem d'acord que en aquest cas l'absència d'altra simptomatologia no va fer pensar i va manar a allò que és més freqüent. En cap cas el pronòstic del pacient hauria canviat, però atesa la infreqüència d'aquestes lesions en les consultes d'atenció primària són un fet a tenir en compte pels metges de família

Bibliografia

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