

Metástasis cutánea en patrón zosteriforme de un adenocarcinoma de colon

Zosteriform cutaneous metastasis of a colonic adenocarcinoma

María Alejandra Zuluaga¹, Diego Espinosa², Juliana Calle², Ana Cristina Ruiz³

1. Médica, residente de Dermatología, Universidad CES, Medellín, Colombia
2. Médico dermatólogo, Universidad CES, Medellín, Colombia
3. Médica dermatopatologa, Universidad CES, Medellín, Colombia

Resumen

Las metástasis cutáneas de neoplasias malignas internas son raras, especialmente las que tienen patrón zosteriforme. Se presenta el caso de una paciente con cáncer de colon en estadio IV, que presentó metástasis al muslo derecho con lesiones que simulaban herpes zóster. El pronóstico de los pacientes con metástasis cutáneas es generalmente malo.

PALABRAS CLAVE: metástasis cutáneas, cancer colon, lesiones zosteriformes

Summary

Cutaneous metastasis from internal malignancies are rare especially those with zosteriform pattern. We report the case of a female patient with a colonic adenocarcinoma stage IV, who presented metastasis to her right thigh that mimicked herpes zoster. Prognosis of patients with cutaneous metastasis from internal malignancies is poor.

KEY WORDS: Cutaneous metastasis, colon cancer, zosteriform lesions.

Correspondencia:

Maria Alejandra Zuluaga

Email:

maria_zuluagas@hotmail.com

Recibido: 26 de noviembre de 2012.

Aceptado: 12 de febrero de 2012.

No se reportan conflictos de intereses.

Introducción

Las metástasis cutáneas de neoplasias malignas internas son bastante infrecuentes, especialmente aquellas que siguen patrones zosteriformes. Se presenta el caso de una mujer con adenocarcinoma de colon que presentó una metástasis cutánea de esta distribución.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 57 años de edad residente en Medellín, Colombia, y cuya profesión era auxiliar de enfermería. La paciente inicialmente fue hospitalizada por medicina interna por hipoglucemia secundaria a una diabetes mellitus mal controlada.

Como antecedentes personales tenía un adenocarcinoma de colon en estadio IV con metástasis osea, resección

del tumor y colostomía tres años antes. Además, había recibido tratamiento con radioterapia y estaba recibiendo quimioterapia; llevaba seis sesiones y la última había sido 15 días atrás.

El Servicio de Medicina Interna solicitó interconsulta a dermatología por un cuadro de 15 días de evolución de lesiones vesiculares muy dolorosas, localizadas en el muslo derecho, para lo cual no había recibido tratamiento. También, refería la aparición de úlceras dolorosas en el pubis y en los labios mayores desde tres meses antes, relacionada con el inicio de la quimioterapia.

En el examen físico se encontró linfedema crónico asociado a múltiples vesículas de distribución zosteriforme sobre una base eritematosa, acompañadas de sensación de ardor, localizadas en el muslo derecho con extensión hasta el glúteo (**FIGURAS 1 Y 2**). En el pubis presentaba múltiples pápulas y nódulos eritematosos acompañados de úlceras con fondo sucio maloliente y



FIGURA 1 Y 2. Múltiples vesículas de distribución zosteriforme sobre una base eritematosa, localizadas en el muslo derecho con extensión hasta el glúteo derecho.

edema de genitales externos. Inicialmente, el cuadro clínico indicaba herpes zóster, por lo que se decidió iniciar tratamiento con dosis de 10 mg/kg de aciclovir.

En los exámenes de laboratorio clínico se informó: hemoglobina de 10,3 miligramos/decilitro (mg/dl); hematocrito de 33 %; 7.210 leucocitos células/mm³; 74 % de neutrófilos y 14 % de linfocitos; plaquetas de 882.500/mm³; creatinina de 1,4 mg/dl; nitrógeno ureico de 18 mg/dl; velocidad de sedimentación 67 mm/h; proteína C reactiva de 18 mg/dl; sodio de 141 mEq/L; potasio de 4,91 mEq/L; y glucemia de 75 mg/dl.

Se practicó ecografía Doppler de miembros inferiores para descartar trombosis venosa profunda, la cual fue negativa. La paciente continuó con tratamiento antiviral; sin embargo, después de ocho días de tratamiento no hubo mejoría clínica, por lo que se decidió tomar biopsia de piel.

En la histopatología se encontró piel con epidermis normal y, en la dermis, infiltración difusa por células epiteliales malignas con apariencia en anillo de sello, morfología similar a la encontrada en el estudio del tumor primario de colon (**FIGURA 3**). Se diagnosticó metástasis cutánea en patrón zosteriforme de un adenocarcinoma de colon. A la paciente se le dio de alta para continuar ambulatoriamente su manejo por oncología.

Discusión

Las metástasis cutáneas de neoplasias malignas internas son raras¹. Se ha encontrado una prevalencia de 2 % y una incidencia de 0,2 a 8,5 %; la incidencia del adenocarcinoma de colon es de 4,4%. De todos los tipos histológicos, el adenocarcinoma es el que más frecuentemente

afecta la piel²; el de colon es el tercero en frecuencia después del de mama y del de pulmón². Se han postulado algunas vías por las cuales el tumor alcanza la piel: hematogénica, linfática, por contigüidad y por implantación iatrogénica. Sin embargo, las dos primeras son las que verdaderamente representan el mecanismo de diseminación metastásica³. Para que las células malignas alcancen la piel, se deben desprender del tumor primario, penetrar los vasos sanguíneos, viajar por el torrente sanguíneo, extravasarse y, por último, penetrar la dermis.

Clínicamente, las metástasis se clasifican en locales o regionales, en tránsito y a distancia¹. En el cáncer de colon son más frecuentes las metástasis cutáneas a distancia a cabeza, cara, cuello, abdomen y pelvis^{1,4}. Las metástasis pueden adoptar cualquier forma, como nódulos, pápulas o placas, entre otras. No obstante, en el cáncer de colon las lesiones más frecuentes son los nódulos inflamatorios y las placas ulceradas, eritematosas o de color piel y asintomáticas, aunque en estadios avanzados pueden llegar a ser dolorosas. Se han descrito lesiones en patrón zosteriforme, alopecia neoplásica y linfangiosis carcinomatosa en pocos casos de cáncer de colon, las cuales son formas clínicas raras de metástasis¹. Las lesiones de tipo zosteriforme o erisipeloides se han relacionado en muchos casos con congestión de los vasos linfáticos, lo que produce edema, eritema y, en ocasiones, vesículas, como es el caso de esta paciente. La causa de esta forma clínica se ha asociado con su aparición en sitios donde previamente el paciente había presentado herpes zóster; sin embargo, esta teoría se aplica solo para las leucemias, mas no para los tumores sólidos.

Hay casos descritos de metástasis cutáneas en patrón zosteriforme asociados a cáncer de mama, pulmón,

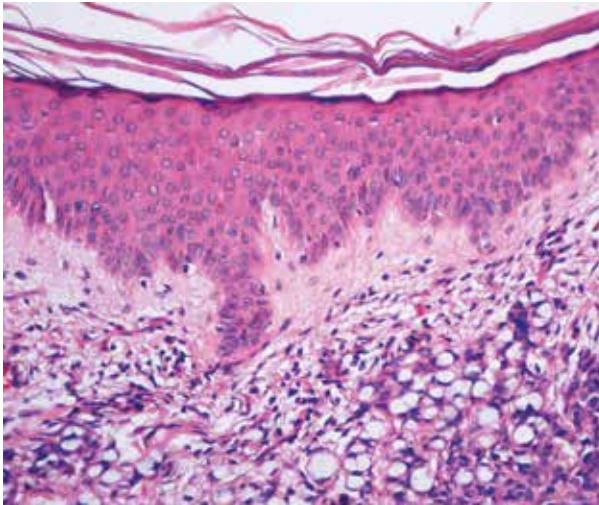


Foto 3. Se observa epidermis normal y en la dermis infiltración difusa por células epiteliales malignas con apariencia en anillo de sello, morfología similar a la encontrada en el estudio del tumor de colon primario.

vejiga, riñón, cuello uterino y colon. En la búsqueda en Pubmed, se encontraron solo dos casos reportados asociados a adenocarcinoma de colon. El primero fue un paciente de sexo masculino de 65 años de edad con cáncer cecal, que a los cinco años del diagnóstico de la neoplasia presentó múltiples pápulas translúcidas en el muslo izquierdo, indicativas de metástasis cutánea, y que murió cinco meses después. El segundo caso fue un hombre de 85 años con cáncer cecal, que presentó múltiples pápulas translúcidas y dolorosas en distribución dermatómica en el hemiabdomen inferior. En la biopsia se reportó metástasis cutánea de cáncer de colon^{5,6}.

El diagnóstico de estas lesiones depende casi exclusivamente de la histopatología y, cuando no se conoce el tumor primario, la inmunohistoquímica es de ayuda^{1,7,8}. Por su distribución, es importante descartar procesos infecciosos como el herpes zóster. Este tipo de compromiso indica enfermedad avanzada y el pronóstico es malo. En la mayoría de los pacientes hay antecedentes de cáncer de colon y, frecuentemente, con metástasis a otros tejidos como el hueso. En el adenocarcinoma de colon, el tiempo que transcurre desde el diagnóstico

del tumor primario hasta la aparición de las metástasis cutáneas, es de un mes a cinco años, con un promedio de 15,6 meses. La supervivencia es de 21 % al año del diagnóstico de la metástasis y, de 12 %, a los tres y cinco años^{1,9}. En este punto de la enfermedad, el tratamiento tiene un objetivo paliativo más que curativo¹.

Conclusión

El dermatólogo debe sospechar lesiones metastásicas a piel en dermatosis de formas clínicas atípicas y tomar biopsia de las lesiones nuevas en la piel de los pacientes con antecedente de cáncer.

Referencias

1. Nashan D, Müller ML, Braun-Falco M, Reichenberger S, Szeimies R-M, Bruckner-Tuderman L. Cutaneous metastases of visceral tumours: A review. *J. Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135:1-14.
2. Hu SC-S, Chen G-S, Wu C-S, Chai C-Y, Chen W-T, Lan C-CE. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: Experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:379-87.
3. White JW Jr. Evaluating cancer metastatic to the skin. *Geriatrics.* 1985;40:67-73.
4. Bansal R, Patel T, Sarin J, Parikh B, Ohri A, Trivedi P. Cutaneous and subcutaneous metastases from internal malignancies: An analysis of cases diagnosed by fine needle aspiration. *Diagn Cytopathol.* 2011;39:882-7.
5. Maeda S, Hara H, Morishima T. Zosteriform cutaneous metastases arising from adenocarcinoma of the colon: Diagnostic smear cytology from cutaneous lesions. *Acta Derm Venereol.* 1999;79:90-1.
6. Goodwin TL, Wren SM. Metastatic colon adenocarcinoma mimicking herpes zoster. *J Am Coll Surg.* 2007;205:625.
7. Azoulay S, Adem C, Pelletier FLE, Barete S, Francès C, Capron F. Skin metastases from unknown origin: Role of immunohistochemistry in the evaluation of cutaneous metastases of carcinoma of unknown origin. *J Cutan Pathol.* 2005;32:561-6.
8. Eichinger J, George B, Myhand R. Cutaneous metastatic rectal carcinoma masquerading as herpes zoster. *South Med J.* 2011;104:233-5.
9. Hu SC-S, Chen G-S, Lu Y-W, Wu C-S, Lan C-CE. Cutaneous metastases from different internal malignancies: A clinical and prognostic appraisal. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:735-40.