

Metástasis a piel secundaria a Cáncer Cervicouterino Epidermoide. Dos años después de tratamiento radical

Skin Metastasis of a squamous cell cervical carcinoma. Two years after radical treatment

Sergio Vásquez-Ciriaco,¹ Carlos Hernández-Hernández,² Karina Del Villar-García,³ Rolando García-Matus,¹ Antonio Palomeque-López,¹ Omar Leyva-García,¹ Quetzalli Navarro-Hernández,³ Victoria Morales-Chairez,⁴ Fabián Tafoya-Ramírez,⁴ Norma Valencia-Mijares.²

▷ RESUMEN

Introducción: El carcinoma metastásico a pared abdominal, piel, piel de cicatriz quirúrgica es evento poco común y de mal pronóstico. Los tumores más frecuentes en desarrollar este tipo de metástasis son el cáncer de colon, riñón y vejiga.

Caso clínico: Femenina de 50 años, con diagnóstico de cáncer epidermoide del cérvix, tratada con cirugía y radioterapia. A dos años de seguimiento, debutó con un tumor abscedado que involucra piel, tejido celular subcutáneo, el cual es drenado y biopsiado, con reporte de carcinoma epidermoide y finalmente, tratado con cirugía y quimioterapia paliativa, actualmente a tres meses de supervivencia.

▷ ABSTRACT

Introduction: Metastatic carcinoma in abdominal wall, incisional skin, skin from internal malignant neoplasm is uncommon and often preterminal event. Most commonly metastatic skin incisional cancers have been reported with cancer of colon, kidney, and bladder.

Clinical case: A fifty-year-old female with squamous cell carcinoma cervix treated with surgery, radiotherapy and after two years of completion radical treatment developed infected tumor that involved skin and subcutaneous tissue treated with surgery and palliative chemotherapy.

Discussion: The outcome of patients with this type of metastasis is usually poor as they are often associated with locoregional recurrence. The intent of treatment remains palliation either by

1 Departamento de Cirugía Oncológica. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO)

2 Departamento de Oncología Médica-Radioterapia. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO)

3 Departamento de Protocolos de Investigación. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO)

4 Departamento de Patología. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO)

Correspondencia: Dr. Sergio Vásquez Ciriaco. Calle Boulevard José Vasconcelos 208 b, Col. América Sur. C.P. 68050. Oaxaca, Oaxaca. Teléfono: 951 226 1993. Correo electrónico: sergiovc10@hotmail.com

Discusión: El pronóstico de este tipo de metástasis es muy malo a corto plazo, relacionado con enfermedad regional y/o a distancia. El tratamiento es paliativo con cirugía, quimioterapia y /o radioterapia o combinación de todos. Según nuestra revisión es el primer caso reportado en México.

Palabras clave: Cáncer cervico-uterino epidermoide, metástasis a piel, metástasis a cicatriz quirúrgica, México.

radiation/chemotherapy/surgery alone or in combinations. As far as we know this is the first case reported in Mexico.

Keywords: Squamous cell carcinoma cervix, skin metastasis, incisional scar metastasis, Mexico.

► INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino recurre más frecuentemente a nivel loco regional, después de tratamiento radical (cirugía, quimioterapia y radioterapia). La pelvis (parametrio, ganglios linfáticos) y vagina, son los sitios más frecuentes de recaída. Las metástasis a distancia son raras y usualmente se presentan en pulmón, hueso e hígado.¹ Sin embargo, la incidencia de metástasis a piel y/o piel de la herida quirúrgica, son extremadamente raras y su incidencia varía de 0.1% a 2%.^{2,3}

Nosotros reportamos un caso de una paciente, con diagnóstico de cáncer epidermoide del cérvix estadio IB1, tratado con cirugía y radioterapia adyuvante.

► PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 50 años de edad, con historia de sangrado transvaginal, leucorrea y pérdida de peso no cuantificada de cuatro meses de evolución. Se realiza revisión ginecológica, con presencia de tumoración exofítica de 4 cm de diámetro que sustituye al cérvix, parametrios y tabiques rectovaginal, vesicovaginal libres, con biopsia de cérvix que evidenciaba cáncer epidermoide invasor de células grandes. Estudios preoperatorios con anemia normocítica hipocrómica, función renal, hepática y tiempos de coagulación en parámetros de normalidad, tele de tórax sin alteraciones. Se realiza histerectomía abdominal radical tipo III, con linfadenectomía pélvica bilateral, que presenta reporte de patología con diagnóstico de cáncer epidermoide invasor de 4 cm, con involucro de la pared cervical mayor al 70%. Los parametrios, vagina y ganglios pélvicos, sin evidencia de actividad tumoral. Recibe tratamiento adyuvante, con radioterapia a pelvis 50Gy en 25 sesiones y braquiterapia, una sesión con cesio. Durante el seguimiento, la paciente a dos años y un mes presenta

cuadro de dolor abdominal, motivo por el cual ingresa al Servicio de Urgencias. A la exploración física, el abdomen presenta masa de 6 x 4 cm en región de flanco derecho, dolorosa, con partes sólida y fluctuante. Se realiza ultrasonido con reporte de masa tumoral abscedada de pared abdominal. Ésta es drenada en urgencias, con salida de material fétido. Se procede a tomar biopsia en huso de piel y tejido tumoral subyacente, el cual es enviado a patología con reporte de metástasis a piel, de carcinoma epidermoide poco moderadamente diferenciado. Se realizan estudios de extensión, tales como tomografía de tórax, abdomen y pelvis, y se reporta una lesión de 6 cm, que involucra la piel y la pared del abdomen, sin enfermedad metastásica en otro sitio. Exploración ginecológica y papanicolau de cúpula, sin evidencia de actividad tumoral. Debido a karnofsky de 90% en sitio único de actividad tumoral, es llevada a resección en bloque de pared abdominal paliativa, debido a presentar actividad tumoral en todo el espesor de la pared abdominal. Actualmente, a tres meses del posoperatorio, en tratamiento con quimioterapia paliativa (**Figuras 1 a 3**).

► DISCUSIÓN

La metástasis de un cáncer a piel es rara, se presenta con una incidencia menor a 5% o hasta menos.¹ Las metástasis de carcinoma a piel y/o piel de heridas quirúrgicas, son frecuentes en tumores del colon, riñón y vejiga.² La incidencia de metástasis a piel, por un cáncer cervical son menores de 1% (0.8%).⁴

La presentación de una metástasis solitaria, nos hace preguntar la ruta de la diseminación, si fue un implante al momento de la cirugía como sucede en las metástasis a piel de la cicatriz quirúrgica,⁵ o si la diseminación es producto de una diseminación retrógrada, secundaria a la obstrucción del flujo linfático.^{3,6-10}

Figura 1.

Cicatriz quirúrgica con actividad tumoral.



Figura 2.

Se observan células neoplásicas, rompiendo y ulcerando fragmento de epitelio plano estratificado A). Acercamiento B).

A

B

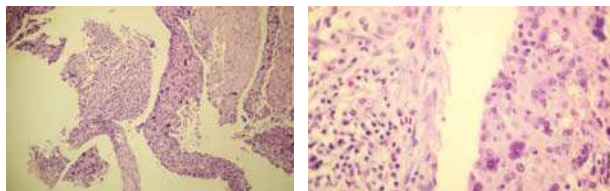


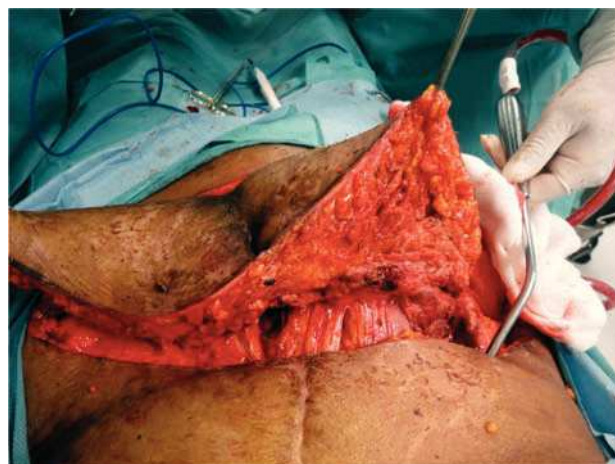
Figura 3.

Resección en bloque de pared abdominal.



Figura 4.

Resección en bloque de pared abdominal.



Por otro lado, el tipo histológico que se ha reportado como metastásico a piel es el adenocarcinoma o carcinoma indiferenciado del cérvix y muy raramente el carcinoma epidermoide.⁷ No parece existir evidencia de diferencias entre las distintas etapas clínicas.⁸ La forma clínica más frecuente de presentación es como nódulos, placas o telangiectasias inflamatorias, a diferencia de nuestro caso como un tumor (nódulo) abscedado.⁷ El sitio de piel más afectado es el abdomen^{8,11,12} y de éste, en dos lugares, en la incisión quirúrgicamente propiamente dicha y en el sitio de salida del drenaje. Sin embargo, en nuestra paciente no se dejó drenaje y el implante se localizaba a 5 cm de la herida quirúrgica. No obstante, el periodo libre de enfermedad, la etapa clínica y el status performance de la paciente, sugieren que se trate más de un implante durante la cirugía, que una recurrencia propiamente dicha.⁵ Los otros dos sitios frecuentemente afectados son, pared de tórax,⁸ cuero cabelludo¹¹ la vulva,¹³ y dorso de la nariz.¹⁴ En general, las teorías sobre la biología de la metástasis a piel y/o pared abdominal, también están influidas sobre el estado inmunológico del paciente, la dosis

Figura 5.

Defecto quirúrgico posterior a la resección en bloque.

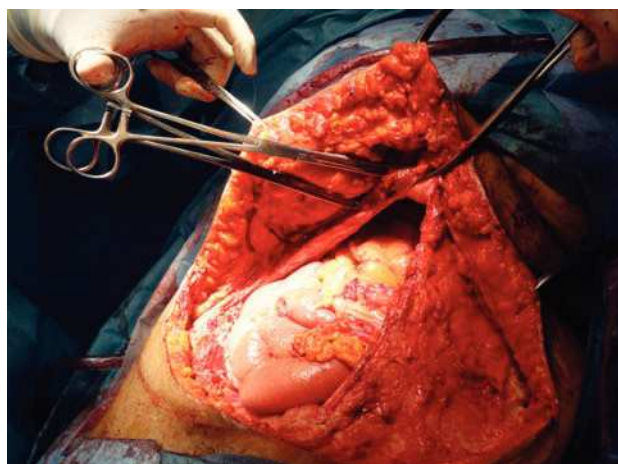


Figura 6.

Paciente a un mes posterior a la resección en bloque.



de radioterapia recibida a piel es menos de un cuarto del total que recibe la pelvis.⁹

En la revisión de la literatura médica, Srivastava en el 2005,¹⁵ presenta una lista de 14 pacientes con recurrencia a nivel de piel y la mayor parte de las éstas, ocurren dentro de los primeros 21 meses posteriores al tratamiento inicial, excepto por dos casos de cinco y cuatro años.³ En todos los casos, el pronóstico de supervivencia es de tres a 12 meses,^{11,12} debido a que la recurrencia local, regional o a distancia se presenta en breve tiempo.^{12,13} El tratamiento para estos casos es paliativo con un mal pronóstico mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de todos, el tratamiento con quimioterapia se basa en cisplatino.¹⁶

El caso reportado es inusual, debido a varias razones: la forma del diagnóstico inicial como un tumor (nódulo) abscedado (**Figura 4**), la metástasis a piel no es sobre el sitio de drenaje, ni propiamente sobre la herida quirúrgica, la histología del primario fue epidermoide (**Figura 5**).

Dos años de control del primario, sin enfermedad a distancia, su tratamiento fue con cirugía resectiva paliativa (**Figuras 1 a 3**) y quimioterapia paliativa. Actualmente, a tres meses de supervivencia (**Figura 6**).

REFERENCIAS

1. Brady LW, O Neil EA, Farber SH. Inusual sites of metastasis. *Semin Oncol* 1977;459-464.
2. Greenle RM, Chervenak FA, Tovell MMH. Incisional recurrence of a cervical carcinoma report of a case. *JAMA* 1981;246:69-70.
3. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol* 2004;31:419-30.
4. Bolli JA, Doering DL, Bosscher JR, et al. Squamous cell carcinoma antigen: clinical utility in squamous cell carcinoma of uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1994;55:169-173.
5. Kotwall CA, Kirkbride P, Zerata AE, et al. Endometrial cancer and abdominal wound recurrence. *Gynecol Oncol* 1994;53:357-360.
6. Malfenato JH. Skin metastasis from cervical cancer: a fatal event. *Gynecol Oncol* 1986;24:177-182.
7. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972;105:862-868.
8. Imachi M, Tsukamoto N, Kinoshita S, et al. Skin metastasis from carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1993;48:349-354.
9. Khail AM, Chammás MF, Kaspar HJ, et al. Case report: endometrial cancer implanting in the laparotomy scar. *Eur J Gynecol Oncol* 1998;19:408-409.
10. Requena L, Aguilar A, Lopez B, et al. Metastasis Cutaneas. Estudio epidemiológico, clínico e histológico. *Piel* 1988; 3: 211-6.
11. Takagi H, Miura S, Matsunami K, et al. Cervical cancer metastasis to the scalp: case report and review of the literature. *Eur J Gynecol Oncol* 2010;31(2):217-218.
12. Agrawal A, Yau A, Magliocco A, et al. Cutaneous metastasis disease in cervical cancer. A case report. *J Obstet Gynecol Can* 2010;32(5):467.
13. Grabiec M, Walentowicz M, Marszałek A. Multiple skin metastases to vulva from carcinoma of the cervical stump. *Ginek Pol* 2010;81(2):140-143.
14. Ozdemir H, Tuncbilek G. Metastasis of carcinoma of the uterine cervix to the nasal dorsum. *J Craniofac Surg* 2009;20(3):971-973.
15. Srivastava K, Singh M. Incisional skin metastasis of squamous cell cervical carcinoma 3.5 years after radical treatment – a case report. *Int J Gynecol cancer* 2005;15:1183-1186.
16. Mehrotra S, Sing U, Gupta HP, et al. Cutaneous metastasis from cervical carcinoma: an ominous prognostic sign. *J Obstet Gynecol* 2010;30(1):78-79.