

Tras una evolución de más de 3 años desde el diagnóstico inicial, y a pesar de la mejoría sintomática experimentada, la discordancia clínico-radiológica nos obliga a continuar el seguimiento en nuestro caso.

Actualmente no disponemos de protocolos que establezcan los intervalos de revisión o la duración óptima del seguimiento, si bien este parece justificado por la posible relación con el desarrollo de tumores en determinados casos⁴. Sería conveniente disponer de una mayor evidencia científica para poder establecer pautas de actuación específicas.

Bibliografía

- Emory TS, Monihan JM, Carr NJ, Sobin LH. Sclerosing mesenteritis, mesenteric panniculitis and mesenteric lipodystrophy: a single entity? *Am J Surg Pathol*. 1997;21:392-8.
- George V, Tammisetti VS, Surabhi VR, Shanbhogue AK. Chronic fibrosing conditions in abdominal imaging. *Radiographics*. 2013;33:1053-80.
- Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, et al. CT evaluation of mesenteric panniculitis: Prevalence and associated diseases. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174:427-31.
- Smith ZL, Sifuentes H, Deepak P, Ecanow DB, Ehrenpreis AD. Relationship between mesenteric abnormalities on computed tomography and malignancy: clinical findings and outcomes of 359 patients. *J Clin Gastroenterol*. 2013;47:409-14.
- Garrido A, Verdejo C, Márquez JL, Giráldez A, Trigo C, Belda O. Intestinal lymphoma and mesenteric panniculitis: Complications of undiagnosed celiac disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:221-4.
- Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: Clinical features, treatment, and outcome in ninety-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:589-96.
- Labalde Martínez M, de Jaime Guijarro J, Pacheco Martínez P, Fernández Escudero B, Domingo Asenjo T, Jiménez de los Galanes S, et al. Sclerosing mesenteritis as an exceptional cause of abdominal pain. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:309-10.
- Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): Spectrum of disease. *Radiographics*. 2003;23:1561-7.
- Van Breda Vriesman AC, Schuttevaer HM, Coerkamp EG, Puylaert JB. Mesenteric panniculitis: US and CT features. *Eur Radiol*. 2004;14:2242-8.
- Bala A, Coderre SP, Johnson DRS, Nayak V. Treatment of sclerosing mesenteritis with corticosteroids and azathioprine. *Can J Gastroenterol*. 2001;15:533-5.

Rosa M. Martín-Mateos^{a,*}, Víctor F. Moreira-Vicente^a, Ana Burdaspal-Moratilla^b y Jose Ignacio Gallego-Rivera^c

^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosam.martinma@salud.madrid.org (R.M. Martín-Mateos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.10.002>

Metástasis cutáneas de adenocarcinoma pancreático como forma de presentación de recidiva tumoral



Cutaneous metastasis from a pancreatic adenocarcinoma as a form of presentation of tumoral recurrence

Presentamos un caso de metástasis cutáneas (MC) por carcinoma de páncreas que se presentó en forma de nódulos cutáneos difusos.

Se trataba de un varón de 42 años, diagnosticado en abril de 2011 de adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas. Había recibido tratamiento erradicador mediante cirugía y quimiorradioterapia adyuvante. En junio de 2012 consultó en el servicio de dermatología por presentar 6 nódulos cutáneos, del color de la piel, consistencia dura, de 1-2 cm de tamaño. Las lesiones habían aparecido progresivamente desde hacía 3 semanas localizándose en cuero cabelludo, tórax anterior, hombro derecho, axila y abdomen (fig. 1). Se realizó un *punch*-biopsia que mostró un infiltrado nodular en dermis profunda e hipodermis constituido por una proliferación de células atípicas en disposición glandular,

formando ductos, inmersa en un estroma desmoplásico (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para citoqueratina 7 (fig. 2), siendo negativo para citoqueratina 20, cromogranina y sinaptosina, por lo que fue diagnosticado de metástasis cutáneas de adenocarcinoma pancreático. En una TC de control realizada 2 semanas después se detectaron metástasis pulmonares múltiples, falleciendo el paciente 2 meses más tarde.

Se calcula que la incidencia del carcinoma pancreático en España es de alrededor 7/100.000 habitantes¹ situándose en el decimotercer lugar entre los tumores por incidencia. Ahora bien, se trata de un tumor agresivo, pues representa la cuarta causa de muerte por cáncer, siendo responsable del 6% de todas las muertes por este motivo. Las manifestaciones cutáneas son frecuentes y consisten en ictericia obstructiva y prurito. Más raramente se ha asociado a panniculitis pancreática y tromboflebitis migratoria superficial.

Las MC representan del 0,6-10,4% del total de metástasis, según las series revisadas². Los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en la piel se corresponden con los de mayor prevalencia entre la población. En el hombre la primera causa sería el cáncer de pulmón y en la mujer el de mama. Existen 2 excepciones: el melanoma, un tumor relativamente raro, que metastatiza en la piel con una frecuencia desproporionalmente alta debido a su



Figura 1 Nódulos subcutáneos eritematosos de consistencia pétreo y adheridos a planos profundos, correspondientes a metástasis cutáneas en cuero cabelludo y región axilar.

epidermotropismo; y el cáncer de próstata, un tumor muy frecuente que excepcionalmente lo hace.

Las MC por carcinoma de páncreas son raras. La localización más frecuente es el ombligo, lo que se conoce como nódulo de la hermana María José. Yendluri et al.³, en una revisión de la literatura de los últimos 90 años, identificaron 57 casos de nódulo de la hermana María José procedentes de neoplasia pancreática. En este estudio la mayoría de los tumores originales (91%) se localizaban en el cuerpo y la cola del páncreas, a pesar de que entre el 70-80% de los adenocarcinomas de páncreas tengan su origen en la cabeza o el cuello⁴. Esta localización preferente se explicaría por la existencia del uraco, que facilitaría el tránsito de las células malignas. Siguiendo el mismo camino, pueden alcanzar la región periumbilical otras neoplasias intraabdominales. La aparición de MC en localizaciones distintas al área umbilical, como el paciente que describimos, es aún menos habitual. Hafez⁵ publicó un caso de MC de origen pancreático en forma de placa indurada en el cuello. En su revisión de la literatura, encontró 17 casos con MC extraumbilical (15 varones y 2 mujeres), siendo el cuero cabelludo y el cuello las localizaciones predominantes. Las MC pueden constituir el primer signo de cáncer de páncreas⁶. En 11 de los 22 casos registrados por Miyahara et al.⁷ las lesiones cutáneas fueron la primera manifestación de la neoplasia. También se ha descrito MC en la herida quirúrgica, por siembra tumoral durante la resección. En otros casos pueden constituir el primer signo de recidiva, como en nuestro paciente, con las consecuencias pronósticas y terapéuticas que conlleva. Las MC múltiples por carcinoma de páncreas constituyen un signo de mal pronóstico, que indica diseminación de la enfermedad. La supervivencia media oscila entre los 5,8-3,3 meses en función de las series revisadas^{7,8}.

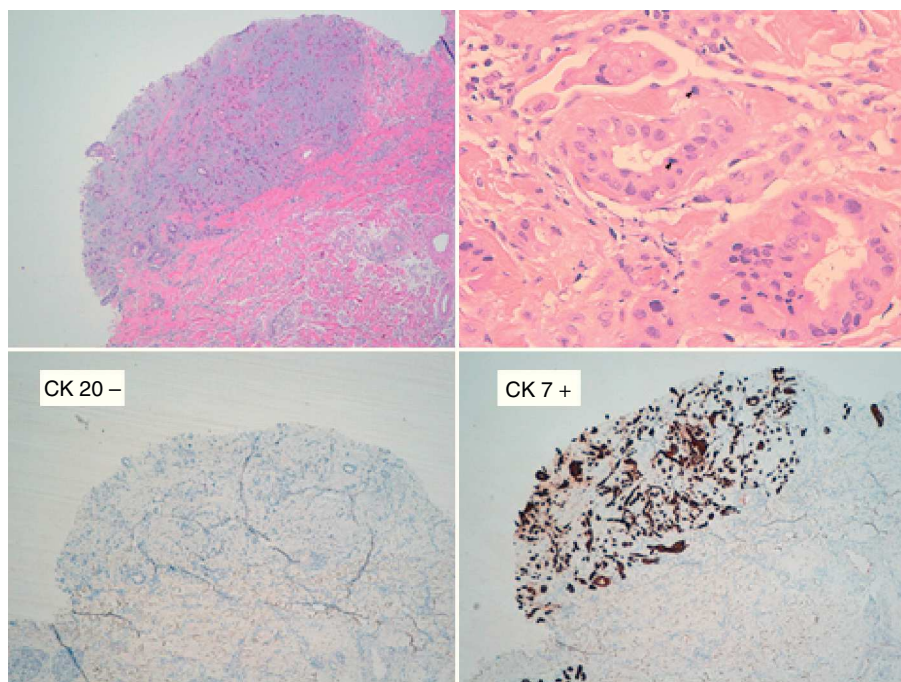


Figura 2 En la imagen superior izquierda podemos observar un infiltrado nodular en dermis profunda junto a un importante estroma desmoplásico. En la imagen superior derecha se aprecian células atípicas que se disponen formando ductos. En las imágenes inferiores se muestra el resultado obtenido en la tinción inmunohistoquímica.

En el proceso metastásico las células tumorales adoptan un fenotipo agresivo seleccionado por unas condiciones microambientales de estrés celular (falta de oxígeno y nutrientes, pH ácido y radicales libres). Las células adoptan la capacidad de sobrevivir y reproducirse mejor en estas condiciones. La inestabilidad genómica generada favorece la aparición de nuevas mutaciones que les confieren una ventaja reproductiva y colonizadora⁹. En el proceso invasivo y metastásico, uno de los primeros cambios que se producen es la transición epitelio-mesénquima, por la que las células cancerosas pierden su capacidad de formar tejidos adhesivos, con la pérdida de caderina E, y adquieren fenotipo mesenquimal reordenando su citoesqueleto de actina y expresando integrinas capaces de interactuar con la matriz extracelular, lo que facilita su migración. También sintetizan metaloproteinasas que permiten penetrar las paredes de los vasos y alcanzar tejidos distantes¹⁰.

Describimos un caso de MC por adenocarcinoma de páncreas. Su peculiaridad es que las MC fue el signo de recidiva de la neoplasia. Resaltamos la importancia del examen cutáneo en el seguimiento de pacientes con neoplasias malignas. La facilidad de la detección visual y el acceso rápido al estudio histológico permitirán un diagnóstico precoz.

Bibliografía

1. Hidalgo Pascual M, Ferrero Herrero E, Castillo Fé MJ, Guadarrama González FJ, Peláez Torres P, Botella Ballesteros F. Cáncer de páncreas. Epidemiología y diagnóstico. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:714–22.
2. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:19–26.
3. Yendluri V, Centeno B, Springett GM. Pancreatic cancer presenting as a Sister Mary Joseph' nodule: Case report and update of the literature. *Pancreas*. 2007;34:161–4.
4. Gómez-Díez S, García-García B, Fernández-García MS, Pérez-Oliva N. Skin metastases as the initial presentation of pancreatic carcinoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:93–5.
5. Hafez H. Cutaneous pancreatic metastasis: A case report and review of literature. *Indian J Cancer*. 2007;44:111–4.
6. Jun DW, Lee OY, Park CK, Choi HS, Yoon BC, Lee MH, et al. Cutaneous metastases of pancreatic carcinoma as a first clinical manifestation. *Korean J Intern Med*. 2005;20:260–3.
7. Miyahara M, Hamanaka Y, Kawabata A, Sato Y, Tanaka A, Yamamoto A, et al. Cutaneous metastases from pancreatic cancer. *Int J Pancreatol*. 1996;20:127–30.
8. Shoenlaub P, Sarraux A, Grosshans E, Heid E, Cribier B. Survival after cutaneous metastasis: A study of 200 cases. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:1310–5.
9. Chiang AC, Massagué J. Molecular basis of metastasis. *N Engl J Med*. 2008;359:2814–23.
10. Palena C, Hamilton DH, Fernando RI. Influence of IL-8 on the Epithelial–Mesenchymal Transition and the Tumor Microenvironment. *Future Oncol*. 2012;8:713–22.

M. Reyes García-De La Fuente*, Verónica Sanmartín-Novell y Josep Manel Casanova-Seuma

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mrgarcia_dlf@hotmail.com (M. Reyes García-De La Fuente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.gastrohep.2013.09.005>