

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Úlcera crónica en el mentón

Cristina Mangas de Arriba y Miquel Ribera Pibernat

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona.



Figura 1. Aspecto clínico de la úlcera.

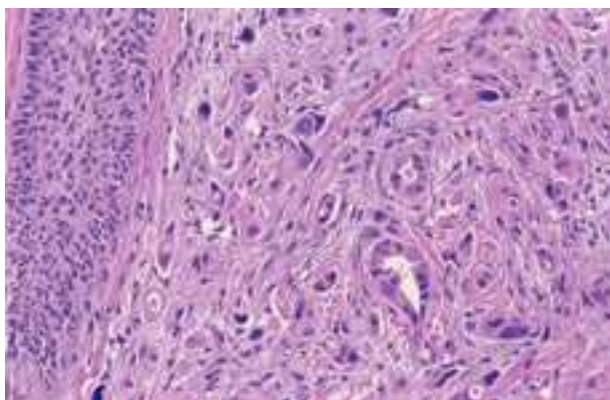


Figura 2. Imagen histológica del infiltrado en la dermis.

Varón de 46 años de edad, ex fumador, con antecedentes de adenocarcinoma bronquioalveolar en lóbulo inferior del pulmón derecho, estadio T₄ N_x M₁ (por metástasis contralaterales). Había sido diagnosticado hacía un año y el paciente había realizado tratamiento con quimioterapia durante 4 meses. Asimismo, refería el antecedente de infecciones dentarias recientes y una mala higiene bucal.

Consultaba por presentar un nódulo ulcerado en el mentón asintomático y de 8 meses de evolución. Durante este tiempo la lesión había ido creciendo lentamente

y fue valorada por su médico habitual, quien no le dio importancia.

Exploración física

La exploración física puso de manifiesto una lesión ulcerada de unos 2 cm de diámetro máximo, infiltrada, adherida a la epidermis y a planos profundos. En el tacto, se evidenciaba consistencia dura (fig. 1). Además, se observaban placas eritematodescamativas en los surcos nasogenianos y zona supraciliar bilateral, compatibles con eccema seborreico. No se palpaban adenopatías ni hepatosplenomegalia.

Histología

En el estudio anatomopatológico de la biopsia en sacabocados se observaba un denso infiltrado dérmico compuesto por células grandes de características atípicas que formaban estructuras ductales (fig. 2).

Dr. M. Ribera Pibernat.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Ctra. del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona.

DIAGNÓSTICO

Metástasis cutánea de adenocarcinoma de pulmón.

Evolución

El paciente falleció a los 2 meses del diagnóstico de la metástasis cutánea, debido a progresión de su enfermedad.

COMENTARIO

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes pero, por su implicación clínica y pronóstica, no nos pueden pasar desapercibidas. Su incidencia varía según las series. Se calcula que entre el 4 y el 9% de los pacientes con neoplasia desarrollan enfermedad metastásica en la piel.

El momento de la aparición de la metástasis cutánea ocurre, en la mayoría de casos, dentro de los primeros 5 años del diagnóstico de la neoplasia primaria. No obstante, también se ha descrito como primera manifestación de la enfermedad¹.

La localización también evidencia un predominio por algunas zonas como la pared torácica, la pared abdominal y el polo cefálico. Su etiología varía según el sexo. En las mujeres, el cáncer que con mayor frecuencia se encuentra asociado a metástasis en la piel es el de mama (el 70% de las metástasis cutáneas), seguido del colon, melanoma y ovario. En el varón, el más frecuente es el de pulmón (24%), colon, melanoma y cavidad orofaríngea. Se puede observar cómo estas variables en la frecuencia siguen un patrón parecido a la prevalencia de dichas neoplasias en la población general, excepto en el caso del carcinoma de próstata que, a pesar de ser muy frecuente, raramente metastatiza en la piel².

En cuanto al patrón clínico morfológico que puede adoptar la metástasis cutánea, el más frecuente es el de nódulo único de aparición brusca, no doloroso y persistente. La característica principal es su tacto leñoso, indurado, adherido a planos profundos que, en ocasiones, se puede ulcerar. De hecho, ante cualquier nódulo o tumor cutáneo infiltrado debemos incluir la metástasis en el diagnóstico diferencial.

En el caso de algunas neoplasias, como la de mama, las metástasis cutáneas pueden adoptar formas clínicas características: carcinoma en coraza, inflamatorio o erisipeloide, alopecia cicatricial y el linfangiosarcoma de Stewart y Treves³.

Por lo que se refiere al pronóstico, la mayoría de las series coinciden en que las metástasis cutáneas suponen un signo ominoso, con una supervivencia a partir del diagnóstico inferior al año, como sucedió en nuestro paciente caso. No obstante, algunas neoplasias como las de mama no cumplen esta regla y el hecho de observar infiltración cutánea por la neoplasia no acorta la supervivencia⁴.

Diagnóstico diferencial

En el paciente presentado se planteó el diagnóstico diferencial en función de la morfología de la lesión (nódulo ulcerado) y de su localización (zona del mentón) con las siguientes entidades:

Fístula odontogénica. Se trata de una fístula dentaria a la piel que se localiza con frecuencia en el área del mentón. Se muestra en forma de una úlcera única con tendencia a la supuración crónica y que no cura. Ofrece un aspecto retráctil, adherida a planos profundos, que puede ser motivo de confusión. Existe correlación anatómica entre el orificio fistuloso de salida y el diente afectado. La exploración endobucal permite observar el cordón fibroso. Su etiología no está clara pero parece ser causado por una periostitis alveolodentaria crónica. En el caso de nuestro paciente, a pesar de que refería mala higiene bucal, no se observaba trayecto fistuloso ni orificio de entrada⁵.

Carcinoma basocelular noduloulcerativo. Incluye los tipos ulcerativo o *ulcus rodens*, quístico y nodular. Es una variedad de carcinoma basocelular de localización predominante en la cara, sobre todo en el canto interno del ojo y nariz. Cursa en forma de una lesión nodular que puede ulcerarse de forma temprana y provocar destrucción tisular importante. Su estudio histopatológico demuestra grupos celulares redondeados, con empalizada periférica, siguiendo un patrón expansivo. En el paciente, se descartó esta posibilidad debido a la ausencia de borde perlado y al gran tamaño del tumor para el poco tiempo de evolución.

Carcinoma escamoso. Este tumor que crece sobre lesiones premalignas, con frecuencia, puede presentarse, en su fase invasiva, como un nódulo que a menudo se ulcera y se cubre de costra. Su localización predomina en áreas fotoexpuestas, ya que la exposición a la radiación ultravioleta solar es el factor etiológico principal⁶.

Escrofuloderma. Es una forma secundaria de tuberculosis cutánea. Se denomina también escrofulodermia, escrófula o *tuberculosis colliquativa cutis*. Está producida por la inoculación endógena de *Mycobacterium tuberculosis*, desde un foco tisular profundo, en forma de adenitis o de absceso frío que fistuliza a la piel. Su localización predominante es el área cervical. La lesión se manifiesta como una o varias fístulas que drenan un material caseoso. Su diagnóstico se basa en la clínica, en la prueba de la tuberculina, que es fuertemente positiva, y en la presencia de granulomas tuberculoides con necrosis caseosa central en la biopsia de la piel. Para el diagnóstico de certeza es necesario demostrar la existencia de la micobacteria por medio del cultivo de la biopsia o del pus⁷.

Piodermitis vegetante. Algunas piodermitis pueden hacerse crónicas debido a la formación de granulomas e hiperplasia epitelial en la superficie, especialmente cuando se localiza periorificialmente o en los pliegues. Existen dos formas: la progresiva o piodermitis vegetante de Hallopeau y la regional. Dentro de esta última se encuentra la forma chancriforme, que se manifiesta como un nódulo ulcerado crónico. El tratamiento se basa en el uso de antibióticos tópicos y sistémicos y, en casos resistentes, es preciso recurrir a la exéresis quirúrgica.

Quiste epidermoide infectado. Se trata de un quiste folicular que se localiza con frecuencia en las zonas del acné vulgar: la cara, el cuello y la parte superior del tronco. Es un tumor, normalmente único, hemisférico, de superficie amarillenta y asintomático. Fácilmente se inflama y se infecta, aumenta de tamaño, adquiere un color violáceo y puede romperse, fistulizando al exterior. El paciente no presentaba antecedentes de acné ni refería haber tocado la úlcera.

Granuloma a cuerpo extraño. Nos referimos a la reacción granulomatosa formada alrededor de un cuerpo extraño que penetra en la dermis a través de la epidermis. A menudo el paciente recuerda un antecedente traumático en la zona, a veces dentro de un contexto laboral favorecedor (peluqueros, ordeñadores, carpinteros). Nuestro organismo intentará eliminar el cuerpo extraño a través de la fagocitosis y/o de la eliminación

transepidérmica de dicho agente⁸. En este último caso, el granuloma se ulcera y expulsa el material extraño. En el caso presentado el paciente negaba el antecedente de un pinchazo en la zona ni tampoco se observaban granulomas en la biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz RA. Skin cancer. Nueva York: Springer-Verlag, 1988.
2. Suárez R, Herrera M, Rueda M, Del Cerro M, Sánchez Yus E. Metástasis cutáneas. *Medicina Integral* 1996;28:426-30.
3. Lookingbill DP, Klaus FH. Metastatic tumors. In: Demis J, editor. *Clinical dermatology*, 26th rev Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 1999; Vol 4:Sec 32-35.
4. Tharakaram S. Metastases to the skin. *Int J Dermatol* 1988;27:240-3.
5. Lassere J, Authie JP. Fistules dentaires à la peau. *Nouv. Dermatol* 1989;8:657-9.
6. Fonseca E. Tumores cutáneos epiteliales. En: Ferrándiz C, editor. *Dermatología clínica*. Barcelona: Doyma, 1996; p. 293-9.
7. Tomecki KJ, Hall GS, Aberg JA. Tuberculosis of the skin. In: Demis J, editor. *Clinical dermatology*, 26th rev, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 1999; Vol 3: Sec. 16-26.
8. Armijo M, Camacho F. *Tratado de dermatología*. Madrid: Grupo Aula médica, S.A, 1998.