



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/198 - LESIONES DERMATOLÓGICAS COMO SIGNO DE UN CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

A. García Martínez¹, D. López Fernández², N. Otero Cabanillas³, M. Arias Lago⁴, I. Ruiz Larrañaga⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Maliaño. Cantabria. ²Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años, exfumador desde hace 9 años de 80 paquetes/año, hipercolesterolemia, fibrilación auricular permanente y psoriasis. Consulta por lesión dérmica sobreelevada en región occipital, de crecimiento progresivo en el último mes, sin dolor ni prurito. Además refiere clínica previa de tos escasamente productiva, disnea de esfuerzo y síndrome general (no cuantificada pérdida de peso). No fiebre ni otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: FC 71, TA 132/79, SatO2 94% FR15. Buen estado general. Normal coloración piel y mucosas. Cabeza y cuello: En región occipital presenta lesión nodular, eritematoviolácea de aproximadamente 1,5 cm de diámetro de consistencia dura, adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación. No adenopatías. Tórax: auscultación cardiopulmonar arrítmica, hipofonesis 2/3 inferiores hemitórax derecho, palpación dolorosa a nivel de 3^{er} arco costal anterior derecho, donde se aprecia un aumento del volumen de forma difusa. No dolor a la palpación de resto de estructuras óseas. Abdomen: normal. Extremidades inferiores: normales. Analítica general: sin hallazgos relevantes. Radiografía tórax: masa hilar derecha. TAC toracoabdominal: masa hilar derecha con crecimiento endoluminal a bronquio intermedio que afecta también al parénquima pulmonar (lóbulo inferior derecho) sugestivo de neoformación primaria. Múltiples adenopatías locoregionales, imágenes osteolíticas en arcos costales bilaterales, cuerpos vertebrales y escápulas sugestivas de metástasis. Fibrobroncoscopia: estenosis del bronquio intermedio con mucosa de aspecto infiltrativo, nacarado, muy vascularizada. Biopsia bronquial: carcinoma microcítico. Biopsia cutánea: infiltración dérmica por carcinoma microcítico. Citología esputo y BAS: negativa para células malignas.

Juicio clínico: Carcinoma microcítico de pulmón estadio IV (metástasis ganglionares, óseas y cutáneas).

Diagnóstico diferencial: Con procesos independientes dermatológicos (quiste, lipoma) y respiratorios (infecciones, otras neoplasias...).

Comentario final: Las lesiones dermatológicas son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. La mayoría de los casos son de etiología banal, pero hay que tener en cuenta que también pueden ser manifestación de otras patologías graves, siendo necesario una buena anamnesis en busca de otros síntomas acompañantes. Las metástasis a piel son infrecuentes, siendo la manifestación inicial de neoplasias de órganos internos solo en el 0,8% de las ocasiones. Los tumores que con más frecuencia metastatizan a piel

son el de mama en las mujeres y el de pulmón en los hombres. Su aparición suele indicar estadio avanzado de la enfermedad y mal pronóstico y por tanto mal pronóstico.

Bibliografía

Esteban Zubero E, Reyes Gonzales MC, López García C, Alonso Barragán SA, Alatorre Jiménez MA. Lesión cutánea como primer signo de una neoplasia pulmonar. Medicina General y de Familia. 2017;6(1):36-9.

García Rodríguez L, Lozada Ordóñez SM, Muñoz García LE. Metástasis a piel de cáncer de pulmón de células pequeñas. Dermatología Peruana. 2009;19(2):156-9.