



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2388 - HERPES PARECE, ¿METÁSTASIS ES!

N. Cubelos Fernández^a, M. Ajenjo González^b, M. Piro^c y N. Fernández Valverde^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 61 años. Acude a urgencias por astenia y dolor lumbar que le imposibilita el descanso. Desde hace aproximadamente 1 mes y medio, lesiones pruriginosas en abdomen y tórax, que han ido en aumento. AP: alergia a penicilina. Carcinoma urotelial papilar de vejiga T1, G3 en 2014. IQ por recidiva tumoral en 2015, en seguimiento por Urología. Quiste en riñón derecho en 2014. Microcirugía laringe + RT (febrero 2014), y ceguera OD secundaria a accidente hace 18 años. Ictus embólico en 2016. Tratamiento actual: Adiro, omeprazol, metformina, atorvastatina, eutirox.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. PPR + derecha. Bolsa cistectomía. Lesiones eritematosas, duras, con costra y pápulas marronáceas, en varios estadios, no dolorosas, si pruriginosas, más importantes en bordes de IQ abdominal, y en región superior de tórax. A/S: BQ: glucosa 116, urea 61, Cr 1,41, FG 53. Na 136, K 4,3. PCR 45,5. HbA1c: 7,8%. HG: 8.300 leucocitos, 81,8%N. Hb 12,6. Plaquetas 277.000. SS: 500 leucocitos, nitritos+, proteínas 150, eritrocitos 250. Sistemático: 50-80 leucocitos/campo. Hematuria intensa. Rx tórax: ICT normal. No masas ni condensaciones. Histología: compatible con metástasis cutánea por carcinoma transicional de vejiga, con imágenes de invasión perineural y de permeación vascular. Queratosis seborreica hiperqueratósica. Última gammagrafía ósea (enero 2016): no hallazgos sugestivos de metástasis óseas.

Orientación diagnóstica: Infección urinaria. Metástasis de piel secundarias a ca. vesical.

Diagnóstico diferencial: Herpes zoster. Sarcoidosis. Quistes sebáceos.

Comentario final: La incidencia de metástasis cutáneas de todos los tipos de cáncer es de aproximadamente un 0,3-9%, estando relacionadas de forma más frecuente con el cáncer de mama. Las metástasis cutáneas cuyo origen son los carcinomas de células transicionales son muy infrecuentes. Representan una diseminación importante de la enfermedad, generalmente en casos muy avanzados, y se asocia un pronóstico muy desfavorable. El carcinoma de células transicionales suele propagarse por infiltración directa o metastatizar a ganglios pélvicos; Alrededor de un 20% de los cánceres superficiales de vejiga presentan algún tipo de diseminación. Las metástasis cutáneas pueden presentarse como zonas eritematosas, erupciones paponodulares, lesiones esclerodermiformes o como lesiones redondeadas, lisas, nodulares, ulceradas o necróticas. El diagnóstico se realiza por biopsia de la lesión. El tratamiento posterior consiste en quimioterapia sistémica, instilaciones de quimioterapia y/o radioterapia local, con alta tasa de fracasos.

Bibliografía

1. Alarcón ML, Esper JA. Metástasis cutánea solitaria de carcinoma vesical. Arch Esp. Urol. 2006;60(10).

Palabras clave: Metástasis cutánea. Herpes zóster. Carcinoma vesical.