

Metástasis cutánea: una opción a tener presente

Sr. Director: La piel puede ser el asiento de metástasis cutáneas de un gran número de carcinomas, pero clínicamente se detecta en menos del 5% de los casos^{1,2}. Esta afectación metastásica se puede producir en el momento del diagnóstico del tumor primario (ocasionalmente incluso como signo de presentación) hasta años después de su extirpación. Para el diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha clínica, y requiere del análisis anatomo-patológico de la lesión, ya que las características macroscópicas carecen de especificidad^{1,2}. Presentamos el caso de una paciente que 9 años después de ser tratada de un cáncer de mama desarrolla una lesión cutánea que resultó ser una recidiva tumoral a distancia.

Caso clínico

Paciente mujer de 69 años con antecedente de carcinoma de mama ductal infiltrante (T2 N1 M0) hacía 9 años, que fue tratado mediante mastectomía radical con vaciamiento ganglionar axilar y radioterapia. No fue tratada con quimioterapia ni hormonoterapia. Seguía revisiones anuales en oncología sin signos de enfermedad residual. Acudió al Servicio de Urgencias por una otitis supurativa, detectándose en la exploración un derrame pleural, por el que ingresa. En la exploración realizada en la planta de hospitalización se detecta además del mencionado derrame pleural derecho una lesión subcutánea a nivel de la región dorso-lumbar, redondeada, de unos 2 cm de diámetro, adherida a planos profundos, recubierta por piel normal y dolorosa a la palpación, que la paciente refirió haber detectado semanas atrás, pero a la que no había prestado importancia, pese a que había ido incrementado su tamaño progresivamente. En las exploraciones complementarias realizadas destacaban el marcador tumoral Ca 15.3 93,6 U/l(0-30) y un líquido pleural con características de exudado, pero con citología negativa para malignidad. En la radiografía y tomografía computarizada (TC) de tórax se observa un derrame pleural derecho y lesiones nodulares en ambos pulmones. El estudio ecográfico abdominal y la mamografía de la mama única fueron normales. La citología obtenida por punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión cutánea fue de carcinoma metastásico, diagnosticándose con ello la recidiva tumoral.

Comentarios

Dentro de los tumores con tendencia a las metástasis cutáneas, el cáncer de mama es uno de los que con más frecuencia las desarrolla³, habitualmente por contigüidad o diseminación linfática regional^{3,4}. La aparición de lesiones

a distancia, que se cree producida por diseminación hematogena, es mucho más rara¹. Morfológicamente las lesiones pueden ser nodulares (únicas o múltiples), grandes placas esclerodermiformes o formas erisipeloides, eczematiformes, etc., que pueden confundirse con otros procesos dermatológicos. Con respecto al momento de aparición, hay que tener presente casos que describen la aparición de lesiones hasta 20 años después del tumor primario⁵. Desde el punto de vista pronóstico, la aparición de metástasis cutáneas implica muy mal pronóstico a medio plazo.

La alta incidencia de cáncer de mama, junto con las altas tasas de supervivencia que se han conseguido (mayores del 80% a los 5 años)⁶ hacen que en la clínica diaria sea muy frecuente atender por muy diferentes motivos a pacientes que han sido diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama. Como en muchos otros casos, la Atención Primaria de salud va a tener un papel muy importante en la atención de este grupo de población, como se desprende de estudios en los que se ha comprobado que la supervivencia conseguida mediante un seguimiento basado en la valoración diligente de las manifestaciones clínicas y la realización de exploraciones complementarias dirigidas es igual que la conseguida con protocolos muy exhaustivos pero indiscriminados que incluyen exploraciones radiológicas múltiples, determinaciones bioquímicas complejas, etc.⁶.

Con nuestro caso, queremos resaltar que en la valoración de lesiones cutáneas de pacientes con antecedente de cáncer de mama debemos ser especialmente cuidadosos y diligentes, destacando tres aspectos fundamentales: primero, que las metástasis cutáneas pueden suceder muchos años después del proceso original; segundo que la morfología y la localización de las lesiones son muy variables; y tercero, que la única forma de establecer la sospecha diagnóstica es el estudio patológico de la lesión.

J. BARQUERO-ROMERO^a, A.J. CHAVES ÁLVAREZ^b
y E. HERNÁNDEZ-NIETO^c

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peretz E, Hallel-Halevy D, Yanai-Inbar I, Halevy S. Metastatic breast carcinoma: diffuse involvement of the skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000;14:226-7.

2. David I, Mclean A, Harley A. Cutaneous manifestations of internal malignant disease. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, editors. *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 2229-49.
3. Krathon RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J*. 2003;96:164-7.
4. Beaumont Caminos C, Estremera Urabayen V, Vives Nadal MR. Recidiva cutánea local de carcinoma de mama. *Aten Primaria*. 2003;31:555.
5. Mincey BA, Pérez EA. Advances in screening, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Mayo Clin Proc*. 2004;79:810-6.
6. Burstein HJ, Winer EP. Primary care for survivors of breast cancer. *N Engl J Med*. 2000;343:1086-94.