



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Metástasis cutáneas como primer signo clínico de adenocarcinoma de ovario



Laia Pons Jimenez*, Jennifer Rovira Pampalona, Laura Cusiné López, Isabel Aznar García, Angel Guerra Garcia y Pere Brescó Torras

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Igualada, Barcelona, España

Disponible en Internet el 17 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Carcinoma de ovario;
Adenocarcinoma;
Metástasis a distancia;
Metástasis cutáneas

KEYWORD

Ovarian carcinoma;
Adenocarcinoma;
Distant metastases;
Skin metastases

Resumen

Introducción: Las metástasis cutáneas de origen ovárico son raras y representan un signo de mal pronóstico. Pueden adoptar diferentes formas clínicas de presentación que obligan al diagnóstico diferencial con gran variedad de dermatosis.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 86 años que consulta por aparición de lesiones cutáneas nodulares en el abdomen inferior y la parte proximal de ambas piernas como signo inicial de una neoplasia no conocida previamente. El estudio histológico revela metástasis de adenocarcinoma de ovario.

Conclusiones: Las metástasis cutáneas de origen ovárico como tumor primario constituyen una afección infrecuente y con mal pronóstico. Normalmente, aparecen a lo largo de la enfermedad, pero pueden ser el primer signo clínico de una neoplasia silente. Su manejo sigue siendo un reto clínico; por lo que son necesarios más estudios que evalúen el papel de terapias específicas para estandarizar el tratamiento.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cutaneous metastasis as the first clinical sign of ovarian adenocarcinoma

Abstract

Introduction: Cutaneous metastases are rare and represent a poor prognostic sign. Clinical forms of presentation differ, requiring differential diagnosis with a variety of dermatoses.

Case report: We report the case of an 86-year-old woman who presented with nodular skin lesions on the lower abdomen and proximal part of both legs as the initial sign of a previously unknown neoplasia. Histological examination revealed metastatic ovarian adenocarcinoma.

Conclusions: Cutaneous metastases from a primary ovarian tumor are rare and have a poor prognosis. They typically develop during the disease, but can be the first clinical sign of a silent

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lponsji@csa.cat (L. Pons Jimenez).

neoplasia. Their management remains a clinical challenge; consequently, more studies evaluating the role of specific therapies are needed to standardize treatment.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de ovario es la principal causa de muerte en mujeres con diagnóstico de cáncer de origen ginecológico, siendo la segunda neoplasia maligna ginecológica más común en incidencia¹.

El hallazgo de metástasis a distancia se encuentra en un 18% de los casos, ya sea durante el diagnóstico como en el seguimiento de la enfermedad². Las metástasis cutáneas se producen entre un 0,7 y un 9% de los pacientes con cáncer³. Generalmente, son consideradas como hallazgo raro y en fase evolucionada dentro de la historia natural de la enfermedad, aunque en algunos casos pueden constituir su forma de presentación, sobre todo en neoplasias de origen pulmonar, renal u ovárico⁴.

La presentación clínica en la mayoría de los pacientes es en forma de nódulos únicos o múltiples, pero pueden adoptar distintas formas clínicas que dificultan el diagnóstico diferencial con gran variedad de dermatosis.

La aparición de metástasis a distancia es un signo de mal pronóstico dentro de la evolución de cualquier enfermedad tumoral, reportando en estos casos una supervivencia promedio de 4 meses⁵.

Se presenta el caso de una paciente de edad avanzada con metástasis cutáneas como primer signo de adenocarcinoma de ovario.

Descripción del caso

Paciente de 86 años, que presenta como antecedentes patológicos de interés enfermedad de Parkinson e insuficiencia renal crónica.

Derivada del médico de cabecera para valoración de lesiones dérmicas localizadas a nivel de la cara interna de ambos muslos y en el abdomen inferior asociadas a tumoración hipogástrica de difícil delimitación. No otra sintomatología acompañante.

En la exploración se observan múltiples lesiones infiltrantes de aspecto nodular, con base eritematosa-violácea, formadas por zonas blanquecinas de aspecto perlado, de consistencia pétrea y con vascularización superficial, de tamaño variable, siendo la de mayor tamaño de 3 cm. No signos de ulceración ni infección (fig. 1).

Se realiza biopsia de una de las lesiones, que revela metástasis de adenocarcinoma de origen ginecológico con probable etiología ovárica (fig. 2).

Se palpa abdomen globuloso, con tumoración a nivel pélvico, de consistencia dura. En el tacto vaginal existe abombamiento a nivel de Douglas a expensas de gran masa pélvica con imposibilidad de delimitación y que dificulta la valoración uterina.

Las ecografías transvaginal y abdominal aportan poca información por mala transmisión de la paciente, visualizándose masa de contenido heterogéneo con predominio sólido-quístico y vascularización acentuada en su totalidad.

Los marcadores tumorales fueron CA 125 6710 U/ml, CA 15.3 de 318 U/ml y alfafetoproteína y CA 19.9, normales.

Se solicita una TC abdominopélvica como estudio de extensión, que informa de tumoración sólida heterogénea en la pelvis que tapiza todo el peritoneo pélvico, englobando el útero y con posible origen en el ovario izquierdo. Voluminosas adenopatías ilíacas e inguinales bilaterales con implantes peritoneales múltiples. Hidronefrosis renal izquierda por obstrucción de uréter a nivel de pelvis.



Figura 1 Se observan múltiples lesiones nodulares en el abdomen inferior y la cara interna de ambos muslos.

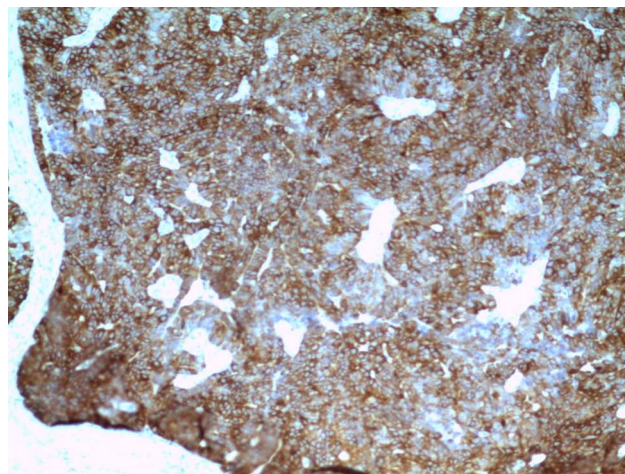


Figura 2 Inmunoexpresión positiva para citoqueratina 7 que, junto a WT1, estrógenos y progesterona positivos, apuntan a un origen ginecológico.

Se comenta el caso en comité de oncología, valorando si la paciente podría ser candidata a tratamiento con quimioterapia (paclitaxel por su insuficiencia renal), aunque finalmente se descarta por estado basal muy deteriorado (índice de Karnofsky del 40%) y rápido empeoramiento de su estado general. De acuerdo con la familia, se decide tratamiento sintomático y de bienestar a cargo de la Unidad de Paliativos domiciliaria. En los meses siguientes, se constata empeoramiento y extensión de las lesiones cutáneas con supuración, sangrado localizado y prurito, persistiendo ausencia del dolor. Se realiza tratamiento sintomático con dexclorfeniramina maleato para el prurito y curas complejas de aquellas lesiones que sangran con facilidad.

Finalmente, la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos y fallece a los 5 meses del diagnóstico por fallo multiorgánico.

Discusión

Es conocido que las metástasis cutáneas de órganos internos son infrecuentes si las comparamos con el resto de las metástasis. Su presencia indica siempre un estadio avanzado de la enfermedad.

El carcinoma de ovario representa el 18% de todas las neoplasias ginecológicas, siendo el responsable prácticamente de la mitad de las muertes por cáncer de origen genital, principalmente en mujeres de más de 50 años⁶. El subtipo histológico adenocarcinoma pertenece al grupo de tumores de origen epitelial (2/3 de los tumores de ovario) y representa el 40% de estos. En un 50% de los casos aparecen de forma bilateral y las metástasis son casi la norma⁷.

Las bajas tasas de supervivencia asociadas a los carcinomas ováricos, junto a la dificultad de detección precoz, hace que en casi un 80% de los casos la enfermedad ya se haya extendido a la pelvis o fuera de ella en el momento del diagnóstico.

En referencia a nuestro caso y a las metástasis cutáneas de origen ovárico como tumor primario, son conocidos distintos patrones de diseminación. Por un lado, tenemos la vía directa, que actúa a través de accesos quirúrgicos como serían la laparoscopia/laparotomía o estructuras embrionarias rudimentarias, como el cordón umbilical, y por otra parte, la vía linfática. El riesgo en ambos casos implica metástasis a distancia, presentadas clínicamente como nódulos metastásicos generalmente únicos en el caso de la vía directa (siendo la presentación clásica la metástasis umbilical conocida como el «nódulo de la hermana María José»)⁸, así como múltiples lesiones cutáneas causadas por una obstrucción en los ganglios pélvicos e inguinales en la vía linfática.

Dauplat et al.⁹, en su manuscrito, hacen referencia a las metástasis a distancia en el cáncer de ovario, observando una mayor frecuencia en la localización a nivel pleural, seguida del hígado, el pulmón y los ganglios linfáticos. Respecto a las metástasis cutáneas, su frecuencia es inferior, apareciendo entre el 1,9% y el 5,1% de los casos². Suelen manifestarse como pequeñas lesiones nodulares únicas pero pueden presentarse también como lesiones eritematosas con distribución herpetiforme o bien placas cicatriciales localizadas principalmente en la pared abdominal, cerca de la neoplasia primaria, como sería la región perineal, abdomen bajo, ingles y parte proximal de muslos⁶.

El diagnóstico es sencillo, ya que la piel es el órgano más aparente y de fácil acceso, lo que permite un diagnóstico más preciso que detecte el origen del primario cuando este es desconocido³.

En nuestro caso clínico, observamos lesiones cutáneas múltiples de morfología nodular, con crecimiento progresivo, indoloras y duras al tacto en paciente con diagnóstico histológico de adenocarcinoma de ovario en estadio IV. La TC toracoabdominal realizada revela la sospecha de carcinomatosis peritoneal. En dicho caso, las células tumorales localizadas a nivel de la pared abdominal utilizan la red linfática dérmica como vía de diseminación.

Dichas lesiones pápulo-vesiculosas, juntamente con la clínica de masa pélvica asociada en nuestro caso, haría bastante difícil confundirlo con otro tipo de dermatopatía o metástasis del tipo inflamatoria como el carcinoma erisipeloides.

Desde el punto de vista histopatológico, la morfología de las metástasis es similar a la de los tumores primarios; sin embargo, no siempre se demuestra su origen¹⁰.

El tratamiento, en la mayoría de los casos, y considerando estadios avanzados, sería el tratamiento sistémico primario, siempre y cuando se haya descartado previamente la posibilidad de cirugía citorreductora. Se recomienda como primera elección la asociación de paclitaxel con carboplatino (3 ciclos)¹¹; aun así, la estrategia terapéutica va a depender de las comorbilidades asociadas que presente la paciente. No existen protocolos establecidos para el tratamiento específico de las metástasis cutáneas de ovario, aunque se han propuesto tratamientos multifocales que incluyen resección quirúrgica de los nódulos cutáneos, quimioterapia y radioterapia localizada de las lesiones^{5,12}. Es importante también el tratamiento sintomático de las lesiones cutáneas, como el prurito o las úlceras.

En los últimos años, la frecuencia de metástasis cutáneas se ha incrementado debido al aumento de la supervivencia de las pacientes con cáncer, a las mejores alternativas terapéuticas y al incremento de la vida media en la población general; por dicho motivo, es importante pensar en neoplasia de órganos internos ante el diagnóstico de lesiones cutáneas sin otra clínica evidente asociada.

Conclusión

Las metástasis cutáneas de origen ovárico como tumor primario constituyen una afección infrecuente y con mal pronóstico. Normalmente, aparecen a lo largo de la enfermedad, pero pueden ser el primer signo clínico de una neoplasia silente. Su manejo sigue siendo un reto clínico, por lo que son necesarios más estudios que evalúen el papel de terapias específicas para estandarizar el tratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Soledad Lizana G., Clemente Arab E., Lissette Meza G., Paulina Peñaloza M.. Metástasis cutánea de cáncer de ovario en sitio de drenaje quirúrgico. *Rev Obstet Ginecol.* 2010;5:27–8.
2. Benedetto E., Ivankovic L., Arab E., Peñaloza P., Falcón B., Aguilera R., et al. Metástasis cutáneas en cáncer de ovario. *Rev Chil Dermatol.* 2009;25:360–3.
3. Krathen R.A., Orengo I.F., Rosen T.. Cutaneous metastasis: A meta-analysis of data. *South Med J.* 2003;96:164–7.
4. Nicolás-Sánchez F.J., Garreta-Messegue J., Fernández-Cabrera L., Sarta-Nuevo R.M., Nicolás-Sánchez M.E., Cabau-Rubies J.. Metástasis cutáneas generalizadas como forma de presentación de un adenocarcinoma gástrico. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98: 215–6.
5. Cormio G., Capotort M., di Vagno G., Cazzolla A., Carriero C., Selvaggi I.. Skin metastasis in ovarian carcinoma: A report of nine cases and review of the literatura. *Gynecol Oncol.* 2003;90: 682–5.
6. Miralles J., Mayol M., Moragón M., Ivars J.. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de ovario. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92: 412–8.
7. Eisenhauer EL, Salani R, Copeland LJ. *Clinical gynecologic oncology.* 8th ed. California: Saunders; 2012; p. 285-328.e12.
8. Tourad J.P., Lentz N., Dutronc Y., Mercier E., Sagot P., Lambert D.. Umbilical cutaneous metastasis (or Sister Mary Joseph's nodule) disclosing an ovarian adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Fertil.* 2000;28:719–21.
9. Dauplat J., Hacker N.F., Nieberg R.K., Berek J.S., Rose T.P., Sagae S.. Distant metastasis in epithelial ovarian carcinoma. *Cancer.* 1987;60:1561–6.
10. Lookingbill D.P., Spangler N., Helm K.F.. Cutaneous metastasis in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228–36.
11. Oncoguía SEGO. Cáncer epitelial de ovario, trompa y peritoneo 2014. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO; 2014.
12. Demirici S., Yavas F., Ozsaran Z., Ozsaran A., Dikmen Y., Zekioglu O., et al. Palliative radiotherapy for the skin metastasis of ovarian cancer: A case report and review of the literatura. *Med Oncol.* 2010;27:628–31.