



EDITORIAL

En busca del tumor perdido

In search of the lost tumour

Rebeca de la Fuente Cañibano* y Jorge Crespo del Hierro



Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Se trata de un varón de 66 años, fumador importante de más de 20 cigarrillos diarios y bebedor moderado, en tratamiento con enalapril por hipertensión arterial. Había sido valorado en Dermatología por presentar una acrodermatitis o síndrome de Bazex con lesiones en manos y pabellones auriculares (fig. 1) y fue derivado al Servicio de Otorrinolaringología por presentar adenopatías cervicales bilaterales

de larga evolución. El paciente no refería clínica faringolaríngea concomitante. En la exploración, la orofaringoscopia y nasofibrolaringoscopia resultaron ser normales. La palpación cervical reveló la presencia de adenopatías de gran tamaño en niveles II-III bilaterales, de consistencia dura y escasa movilidad. Se solicitó una punción por aguja fina guiada por ecografía (ECO-PAAF) de la región cervical con



Figura 1 Acrodermatitis que afecta a pabellones auriculares, manos y uñas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbkfue@yahoo.es
(R. de la Fuente Cañibano).

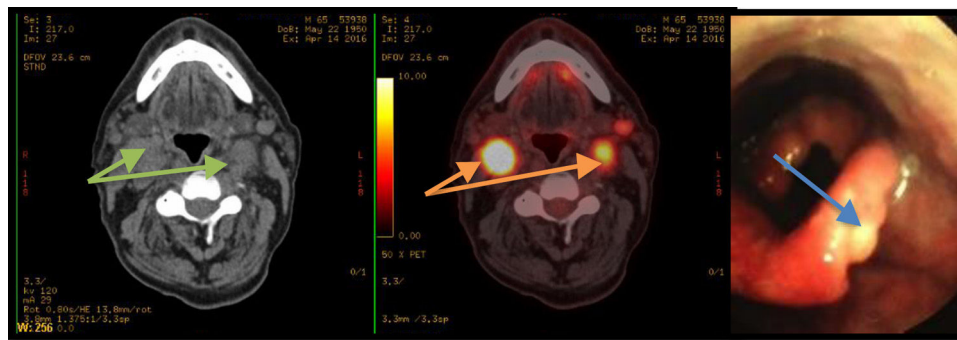


Figura 2 Flechas verdes: TAC, adenopatías patológicas en niveles II-III bilaterales. Flechas naranjas: captación patológica de dichas adenopatías en PET. Flecha azul: lesión en borde libre epiglótico. El color de esta figura solo puede apreciarse en la versión electrónica del artículo.

el resultado de carcinoma poco diferenciado. Ante dicho diagnóstico se solicitó un PET-TAC (fig. 2, flechas naranjas y verdes [cuyo color solo puede apreciarse en la versión electrónica]) que fue informado como presencia de infiltración en adenopatías laterocervicales bilaterales sin evidenciarse lesión primaria. Se le propuso al paciente tratamiento quirúrgico para realizar vaciamiento ganglionar bilateral y panendoscopia con toma de biopsias múltiples, que aceptó. Presentó gran mejoría de la acrodermatitis en las manos 48 horas después de la intervención. Diez días después se recibió el resultado de la anatomía patológica del acto quirúrgico, confirmándose el primer diagnóstico de metástasis de carcinoma poco diferenciado en los vaciamentos ganglionares y en las biopsias múltiples, resultó ser positiva con el diagnóstico de linfopitelioma, una biopsia tomada de una lesión milimétrica en la epiglottis (fig. 2, flecha azul [cuyo color solo puede apreciarse en la versión electrónica]). Se realizó semanas después una laringectomía supraglótica mediante láser para exéresis de dicho tumor. El paciente falleció meses después con metástasis óseas sin evidencia de enfermedad locorregional.

La acroqueratosis o síndrome de Bazex es un síndrome paraneoplásico muy infrecuente que se caracteriza por la presencia de lesiones psoriasiformes de distribución acral, siendo las regiones más frecuentemente afectadas orejas y uñas¹. Es más frecuente en varones de mediana edad².

Esta rara dermatosis se asocia a la presencia de carcinomas epidermoides de las vías aerodigestivas superiores o metástasis ganglionares cervicales secundarias a un tumor de origen desconocido³.

La patogenia es desconocida. Se cree que puede deberse a la producción de factores de crecimiento epidérmico

por parte de las células tumorales y/o por una reactividad cruzada entre los antígenos tumorales y los antígenos epidérmicos⁴.

Ante la presencia de dicho síndrome, debe realizarse una exhaustiva evaluación del tracto aerodigestivo superior para identificar la neoplasia subyacente, incluyendo una completa exploración otorrinolaringológica⁵.

Las lesiones cutáneas remiten con el tratamiento del tumor primario mientras que la afectación de las uñas puede persistir. Una recurrencia de las lesiones cutáneas en una paciente tratado con éxito debe hacer pensar en una recurrencia tumoral y/o presencia de metástasis⁶.

Bibliografía

1. Villares Soriano J, Vázquez Barro C, Martínez Vidal J. Acroqueratosis de Bazex como síndrome paraneoplásico. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014;65:138-9.
2. Rao R, Shenoit SD. Acrokeratosis paraneoplastica (Bazex síndrome): an atypical presentation. *Dermatol Online.* 2004;10:pp21.
3. Squires B, Daveluy SD, Joiner MC, Hurst N, Bishop M, Miller SR. Acrokeratosis paraneoplastica associated with cervical squamous cell carcinoma. *Case Rep Dermatol Med.* 2016;2016:7137691.
4. Poligone B, Christensen SR, Lazova R, Heald PW. Bazex syndrome (acrokeratosis paraneoplastica). *Lancet.* 2007;369:530.
5. Fasanmade A, Farrell K, Perkins CS. Bazex syndrome (acrokeratosis paraneoplastica): persistence of cutaneous lesions after successful treatment of an associated oropharyngeal neoplasm. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47:138-9.
6. Shah KR, Boland CR, Patel M, Thrash B, Menter A. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disease: part I. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:189.