



Clinical practice

Letálide abdominal como presentación de neoplasia silente subyacente

Ana M. García Rodríguez^{a,*}, Miguel J. Sánchez Velasco^b y M. Rosa López Pedreira^c^a Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Análisis Clínicos, Centro de Salud Portillo, Portillo, Valladolid, España^b Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Legal y Forense, Gerencia de Emergencias de Castilla y León, UME de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España^c Servicio Radiología General, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de agosto de 2019

Aceptado el 27 de agosto de 2019

Palabras clave:

Letáldes

Tumor desconocido

Tumor cutáneo

Úlcera tórpida

RESUMEN

Las letáldes o metástasis cutáneas son infrecuentes como forma de presentación de tumor sólido subyacente. Se presenta un caso de aparición de nódulo subcutáneo doloroso de crecimiento rápido en paciente sin ningún tipo de sintomatología acompañante que es derivado para estudio hospitalario ante la mala evolución clínica. La TAC abdominopélvica revela metástasis diseminadas que desestiman continuar estudio del paciente, tras acuerdo con familia, por lo que se pone en manos de cuidados paliativos domiciliarios. El paciente fallece a los 3 meses del diagnóstico a causa de una hemorragia digestiva baja.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abdominal skin metastasis as underlying silent neoplasm

ABSTRACT

The skin metastasis are unfrequent as underlying silent neoplasm. It's showed a report about a fast growing and painfull subcutaneous nodule with no symptoms. It's treated in hospitalarian level for bad clinical evolution. The abdomino pelvic scan shows disseminated metastasis those rejected next clinical stages study after agreement with relatives. So then, he was treated in palliative care unit at home. He dies 3 mounth later because a low digestive bleeding, despite a good control of symptoms.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presentación del caso

Paciente varón de 79 años de edad, dependiente para todas las actividades de la vida diaria al que su cuidadora detecta lesión en piel, de unas semanas de evolución, molesta a la palpación, sin otra sintomatología acompañante. Como antecedentes personales destaca un parkinsonismo y una parálisis supranuclear progresiva con bradicinesia y deterioro cognitivo evolutivo. Estudiado por dolor torácico atípico, se detectó una pequeña zona de isquemia. Presentó un ictus lacunar en 2005. Sigue tratamiento con famotidina,

ácido acetilsalicílico, cianocobalamina, risperidona, rasagilina y trazodona.

En la exploración realizada por su médico de atención primaria se observa lesión nodular de alrededor de 1 cm de diámetro con hiperemia epidérmica y dolor local a la palpación en flanco izquierdo-suprailíaca izquierda. Inicialmente se considera como un quiste infectado y se pauta tratamiento antibiótico con cloxacilina 500/6 h 7 días con mejoría subjetiva. A los 15 días episodio similar, ahora el nódulo es un poco más grande y el eritema de superficie más intenso, y se indica una segunda tanda de antibiótico, apreciándose una mala evolución, con ulceración de la lesión y crecimiento del nódulo, alcanzando 3–4 cm y adherido a planos profundos (fig. 1).

Se toma una muestra para estudio microbiológico y se realiza ecografía en domicilio con ecógrafo portátil de bolsillo, obteniendo

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: amgarrod@saludcastillayleon.es (A.M. García Rodríguez).

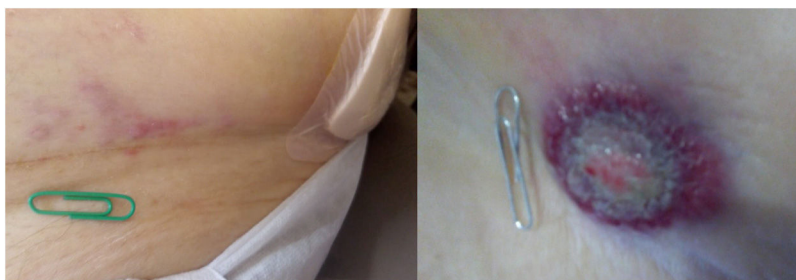


Figura 1. Imagen de la derecha: lesión nodular ulcerada con rodete hiperémico violáceo en flanco izquierdo de unos 3 cm de diámetro. Imagen de la izquierda: múltiples lesiones nodulares de aspecto arracimado y base hiperémica en región circundante a la anterior, de aparición posterior a la primera y que recuerdan el estadio inicial de la misma.

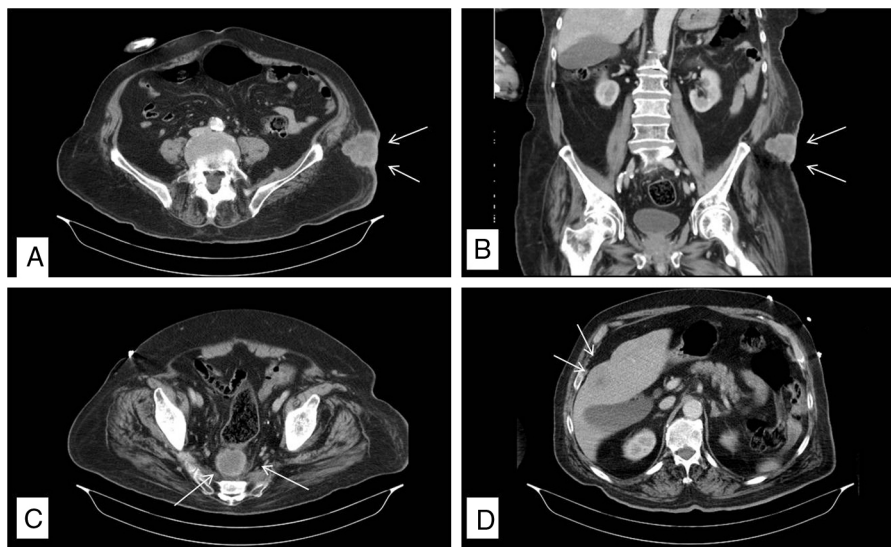


Figura 2. A) Imagen de TAC axial con masa sólida de partes blandas en flanco izquierdo que afecta a piel y tejido celular subcutáneo. B) Imagen de TAC coronal que muestra la masa. C) TAC axial a nivel de pelvis donde existe otra masa sólida presacra por detrás del recto. D) TAC axial que muestra una lesión hipodensa hepática.

una imagen de contornos irregulares, contenido no homogéneo y desorganizado, con aspecto grumoso y agrupaciones hiperecogénicas que sugieren malignidad. (Ver vídeo 1 y vídeo 2 en material adicional). Se decide derivación para estudio con biopsia desde dermatología. El resultado de microbiología indica flora polimicrobiana mixta.

Ante la evolución tórpida, una exploración de auscultación pulmonar con crepitantes basales en base derecha y dolor de espalda, se decide derivación para estudio hospitalario por Medicina Interna.

La analítica realizada indica: ferritina 992,5 ng/mL (30-400), PCR 6,2 mg/dL, VSG 38 mm (1-20), albúmina 51 g/dL (55,8-66,1), alfa-1 globulinas 5,3% (2,9-4,9), alfa-2 globulinas 15,2% (7,1-11,8), betaglobulinas 15% (8,4-13,1), cociente PSA libre/PSA total 0,14 (0,19-0,60), CEA 56,4 ng/mL (0,0-5,2), CYFRA 21-1 4,10 ng/mL (0,1-3,3), enolasa neuroespecífica 74,2 ng/mL (1-20), proGRP 3654,77 pg/mL (0,0-63). La TAC abdominopélvica con contraste intravenoso, destaca unas lesiones focales hipodensas en hígado sugestivas de metástasis. Una masa presacra de 4 cm hipodensa con realce periférico y trabeculación de la grasa locorregional, posible implante tumoral. Imagen sugestiva de implante tumoral de 3 × 1,7 cm en fosa ilíaca izquierda adyacente a asa de íleon. Engrosamiento cutáneo en flanco izquierdo con masa en tejido celular subcutáneo subyacente, hipodensa con realce periférico

de 4,5 × 5 cm. Adenopatía inguinal izquierda de 16 mm. Los cortes de tórax incluidos muestran imágenes nodulares en ambas bases pulmonares (fig. 2).

Dado el estado cognitivo basal del paciente y la sospecha de enfermedad neoplásica diseminada, sin conocer el tumor de origen, se acuerda con la familia limitación diagnóstico-terapéutica, evitando las pruebas invasivas, y proporcionando tratamiento sintomático, curas de la lesión ulcerada y cuidados paliativos. La evolución del paciente comporta la aparición de nuevas lesiones dolorosas periféricas a la lesión primaria en zona abdominal y con el mismo aspecto nodular de la primera (fig. 1). El paciente fallece a los 3 meses del diagnóstico a causa de una hemorragia digestiva baja.

Discusión

Las cutánides, letálides o metástasis cutáneas, constituyen un evento dermatológico raro (0,7-9%), pero pueden ser la primera manifestación de una neoplasia desconocida subyacente^{1,2}. El médico de familia suele ser el primero en observarlas, por eso es importante un diagnóstico de sospecha. Se considera una manifestación tardía de la enfermedad avanzada y diseminada con afectación metastásica de múltiples órganos, por lo que suelen ocurrir, de modo habitual, tras diagnóstico de neoplasia de órgano

sólido. Solo en el 2-3% de los casos precede al diagnóstico de la neoplasia, y en estos casos el pronóstico es infausto (como en el caso que nos ocupa). En un 5-10% no se llega a identificar el tumor primario; hasta un 27% acontecen en el periodo previo al fallecimiento; un 57% se identifican en la autopsia y alrededor de un 16% no llegan a ser localizados^{3,4}.

Alrededor del 60% de las letáldes corresponden a adenocarcinomas, en la década de los 50 años prevalece el melanoma y en la edad pediátrica los neuroblastomas y las leucemias como tumores primarios. En mujeres mayoritariamente provienen del cáncer de mama (69%), colorrectal (9%), melanoma (5%), pulmón (4%) y ovario (4%). En el hombre el cáncer de pulmón (24%) es la causa más frecuente, seguido del cáncer colorrectal (19%), melanoma (13%), carcinoma epidermoide de cavidad oral (12%), renal (6%), esófago (3%) y sarcoma (3%)^{1,5,6}.

Las localizaciones más frecuentes son: pared torácica (cáncer de mama), abdomen, zona inguinal, escroto y periné (cáncer colorrectal) y cuero cabelludo (en cáncer de mama en la mujer y tumores renales o pulmonares en el varón). Las metástasis faciales suelen tener su origen en carcinomas orales, pulmón y mama. Otras localizaciones como extremidades superiores son infrecuentes⁷.

Clínicamente suelen manifestarse como nódulos únicos inicialmente (como el caso que nos ocupa) o múltiples, a veces con distribución zosteriforme, típica en el cáncer de pulmón. Pueden ser dolorosos o asintomáticos, y se caracterizan por un crecimiento rápido⁸. Suelen encontrarse en dermis o tejido celular subcutáneo sin afectación epidérmica, aunque también pueden ulcerarse, contener pigmento (en el melanoma), asemejar una dermatosis inflamatoria o dar un aspecto vascular (fundamentalmente en carcinomas renales y colorrectales). El aspecto puede ser muy variado, y especialmente el cáncer de mama dar manifestaciones como erisipeloide, placas esclerodermiformes, pápulas violáceas, telangiectasias, áreas de alopecia cicatricial, placas similares a un intertrigo o incluso un nódulo indoloro en párpado^{1,9,10}.

Las metástasis cutáneas suelen presentar una histología coincidente con el tumor primario, aunque las células pueden tener mayor grado de indiferenciación. Los estudios inmunohistoquímicos pueden ayudar a la identificación del tumor originario (aunque no siempre se consigue)^{11,12}.

El tratamiento, en caso de lesión única, puede ser la escisión quirúrgica. Si esta se descarta, el tratamiento oncológico puede ser una opción terapéutica, dependiendo del estado basal del paciente. No obstante, la presencia de una letálide ya suele ser indicadora de mal pronóstico. Hay que tener en cuenta que las tasas de respuesta global no superan el 30% y la supervivencia suele estar entre los 3-6 meses (media de 6,6 meses), con una mortalidad superior al 70% en el primer año^{13,14}.

Conclusiones

Las lesiones cutáneas con evolución tórpida deben hacer pensar en la posibilidad de una letálide o metástasis cutánea, incluso en pacientes asintomáticos.

El médico de atención primaria es una figura esencial en la sospecha diagnóstica y la evaluación precoz.

La ecografía puede ser de ayuda, tanto en la consulta de atención primaria como en el propio domicilio, para orientar el diagnóstico diferencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Puntos clave

- Las lesiones cutáneas de evolución tórpida y refractarias al tratamiento nunca deben subestimarse.
- El personal responsable tanto médico como de enfermería debe replantearse el diagnóstico y el tratamiento ante esta situación, revisando procedimientos y sugiriendo nuevas líneas de acción.
- La normalidad en pruebas de laboratorio previas no puede excluir la presencia de procesos subyacentes no diagnosticados.
- En algunos casos puede ser que se planteen dilemas éticos como la limitación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.appr.2019.08.001](https://doi.org/10.1016/j.appr.2019.08.001).

Bibliografía

- Méndez-Flores S, Gatica-Torres M, Zamora-González A, Domínguez-Cherit J. Metástasis cutáneas. *Med Int Méx* [Internet]. 2015;31:434–40 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim154j.pdf>.
- Carnero-Fernández M, Allegue-Rodríguez F, Fachal-Bermúdez C, Fernández-Martín. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma lobulillar de mama. *J Galicia Clin* [Internet]. 2011;72:191–3 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/anamaria/Downloads/Dialnet-MetastasisCutaneasDeAdenocarcinomaLobulillarDeMama-4109489%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/anamaria/Downloads/Dialnet-MetastasisCutaneasDeAdenocarcinomaLobulillarDeMama-4109489%20(4).pdf).
- Beer GM, Beer K. The evaluation of cutaneous metastasis from an unknown primary. *J Drugs Dermatol*. [Internet] 2018;17:804–6 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/30005105>.
- Weimann ET, Botero EB, Mendes C, Santos MA, Stelini RF, Zelenika CR. Cutaneous metastasis as the first manifestation of occult malignant breast neoplasia. *An Bras Dermatol*. [Internet] 2016;91(5 Suppl 1):105–7 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325010/>.
- Handa U, Kundu R, Dimri K. Cutaneous metastasis: A study of 138 cases diagnosed by fine-needle aspiration cytology. *Acta Cytol*. [Internet] 2017;61:47–54 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002821>.
- Philips R, Langston L, Hwang H, Vandergriff T, Trynosky T, Berlinger-Ramos AC. Primary cutaneous histiocytoid carcinoma with distant metastasis. *J Cutan Pathol* 2017;44:376–80.
- Lido P, Paolino G, Feliziani A, Santurro L, Montuori M, Sanctis F, et al. Cutaneous metastasis of unknown primary presenting as massive and invasive abdominal lesion: An elective approach with electrochemotherapy. *An Bras Dermatol*. [Internet] 2015;90:879–82 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689078/>.
- Junqueira AL, Corbett AM, Oliveira Filho Jd, Nasser Kda R, Haddad NN, Tebet AC. Cutaneous metastasis from gastrointestinal adenocarcinoma of unknown primary origin. *An Bras Dermatol*. [Internet] 2015;90:564–6 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560548/>.
- Schmiedeck R, Perry A, Satter EK. Cutaneous metastasis of a transitional cell carcinoma. *Dermatol Online J* 2014;20.
- Kaur J, Sharma N, Sharma S. Multiple cutaneous squamous cell carcinomas: Primary carcinomas versus cutaneous metastasis. *J Cancer Res Ther*. [Internet] 2012;8:300–2 [citado 11 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22842381>.
- Bordel Gómez MT, Used Aznar MM. Cutaneous metastases from adenocarcinoma of unknown primary site. *Actas Dermosifiliogr*. [Internet] 2006;97:662–5 [citado 11 Jun 2019]. Disponible en: www.actasdermo.org/es-metastasis-cutaneas-adenocarcinoma-origen-primario-articulo-13095252.
- Bayer-Garner IB, Smoller B. Androgen receptors: A marker to increase sensitivity for identifying breast cancer in skin metastasis of unknown primary site. *Mod Pathol*. [Internet] 2000;13:119–22 [citado 11 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10697267>.
- Khasanov ShR, Iavorskii VV, Demidov LV. Metastases of skin melanoma from unknown primary site. *Vopr Onkol* 1987;33:36–9.
- Guarneri B. [2 cases of skin metastasis from epithelial tumors of unknown site (Clinico-histological contribution)]. *G Ital Dermatol Minerva Dermatol* 1971;46:68–72.