

7. Chen GY, Chen YH, Hsu NM, Tsao CJ, Chen WC. Onychomadesis and onycholysis associated with capecitabine. *Br J Dermatol.* 2001;145:521-2.
8. Vázquez-Bayo C, Rodríguez-Bujaldón AL, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M, Moreno-Giménez JC. Hiperpigmentación secundaria a capecitabina. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98:491-3.
9. Pui JC, Meehan S, Moskovits T. Capecitabine induced cutaneous hyperpigmentation: report of a case. *J Drug Dermatol.* 2002;1:202-5.
10. Tavares-Bello R. Capecitabine-induced hand-foot syndrome and cutaneous hyperpigmentation in an elderly vitiligo patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:1434-5.

## Metástasis cutáneas atípicas de adenocarcinoma mucinoso prostático con células en anillo de sello

N. López-Navarro<sup>a</sup>, J.C. López-Sánchez<sup>b</sup>, J.E. Pérez-Enríquez<sup>c</sup>, R.J. Bosch<sup>a</sup> y E. Herrera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>c</sup>Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

*Sr. Director:*

Las metástasis cutáneas de carcinoma de próstata son extremadamente raras. Cuando se presentan suelen aparecer como nódulos múltiples localizados en la zona suprapúbica o en la cara anterior de los muslos. La aparición de lesiones a distancia fuera de las localizaciones típicas es poco frecuente, con tan solo 14 referencias en los últimos 25 años. Presentamos un caso de metástasis cutáneas de adenocarcinoma de próstata de presentación atípica, resaltando además la utilidad del marcador inmunohistoquímico para el antígeno específico de la próstata (PSA) ante metástasis cutáneas de origen desconocido en varones de edad avanzada.

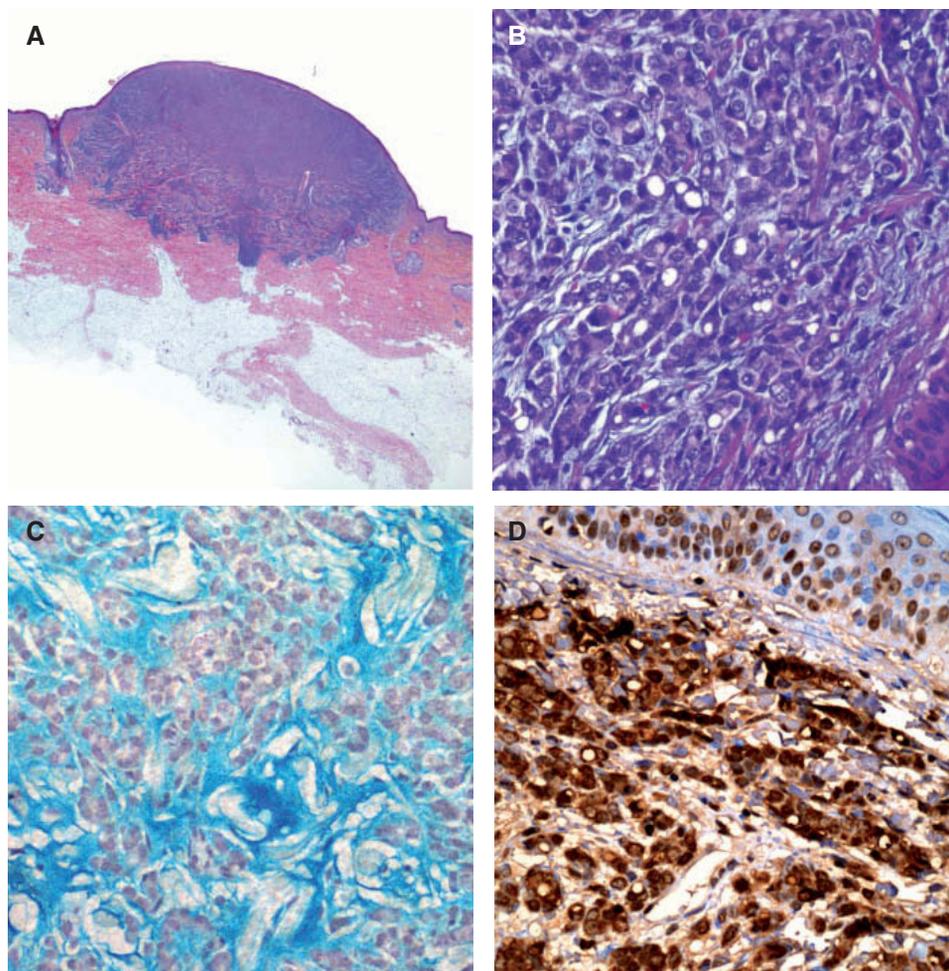
Se trata de un varón de 62 años con aparición de lesiones nodulares múltiples localizadas en el tórax, las axilas y la cara, que se habían desarrollado durante los últimos 3 meses. Eran especialmente numerosas en la cara, donde se concentraban en la mitad derecha, extendiéndose hacia el cuero cabelludo (fig. 1). Como síntomas acompañantes relataba disnea de esfuerzo y dolor costal con la inspiración profunda de 4 meses de evolución y dificultad en la mic-



**Figura 1.** Lesiones nodulares múltiples en la región facial.

ción durante los últimos dos años. Bajo la sospecha clínica de metástasis cutáneas se practicó una biopsia de una de las lesiones localizadas en el tórax. El estudio histológico reveló un nódulo tumoral dérmico bien delimitado sin contactar con la epidermis. Se hallaba formado por células epitelioides indiferenciadas, dispuestas formando cordones y con morfología en anillo de sello (fig. 2A y B). Estas células estaban inmersas en un estroma mucinoso (fig. 2C). En el panel inmunohistoquímico se detectó positividad intensa para CAM 5.2 y PSA (fig. 2D). Dados los resultados obtenidos hasta el momento, se realizaron exploraciones complementarias centradas especialmente en el estudio prostático. Entre las pruebas complementarias destacaban: anemia normocítica, PSA de 3.901 ng/ml; infiltrados alveolo intersticiales bibasales en la radiografía de tórax, y en la tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominopélvica, una vejiga con paredes engrosadas e irregulares, adenopatías paratraqueales derechas, subcarinales, paraaórticas, interaortocavas junto a un patrón blástico óseo, ambos compatibles con un patrón metastático. El tacto rectal mostró una próstata aumentada de tamaño, sin surco, mal delimitada, fija y con nódulos pétreos a la palpación de ambos lóbulos. La biopsia de próstata reveló un adenocarcinoma que afectaba al 90% de ambos lóbulos (Gleason 8). Era especialmente destacable que la histología del tumor primario era similar a la de las metástasis cutáneas, presentando células en anillo de sello inmersas en un estroma mucinoso. Dado lo avanzado de la enfermedad se decidió tratamiento paliativo con goserelina 10,8 mg por vía subcutánea trimestrales (análogo de la hormona liberadora de gonadotropina); el paciente mostró una disminución progresiva en el número de lesiones cutáneas en los meses sucesivos.

Las metástasis cutáneas de tumores internos son infrecuentes en la práctica clínica diaria. En el caso de las mujeres el origen más frecuente de las metástasis cutáneas es el adenocarcinoma de mama, siendo el carcinoma epidermoide de pulmón el más frecuente en los varones. La aparición de metástasis cutáneas en pacientes con cáncer de



**Figura 2.** A. Nódulo tumoral bien delimitado en la dermis (hematoxilina-eosina,  $\times 10$ ). B. Proliferación de células atípicas con morfología en anillo de sello, dispuestas en estratos y con patrón glandular (hematoxilina-eosina,  $\times 200$ ). C. Abundante estroma mucinoso (Azul-Alcian). D. Intensa positividad para el antígeno específico de la próstata.

próstata es extremadamente infrecuente: representan exclusivamente el 1% del total de las metástasis cutáneas<sup>1</sup>. La serie más amplia de pacientes con metástasis cutáneas corresponde a un estudio de Lookingbill, con un total de 4.020 pacientes. En esta serie resalta que pese a la elevada frecuencia del carcinoma de próstata, no detectan casos de metástasis cutáneas de origen prostático<sup>2</sup>. La información que tenemos acerca de las metástasis cutáneas de cáncer de próstata se debe a la publicación de pequeñas series o casos aislados, contando con aproximadamente 91 referencias.

Tomando como base estas referencias sabemos que su forma de presentación clínica habitual suele ser como nódulos múltiples, localizados en la zona suprapúbica, en la cara anterior de los muslos o en el abdomen<sup>3</sup>. La localización de las metástasis fuera de estas áreas típicas es excepcional, con apenas 16 casos descritos en los últimos 25 años<sup>3-16</sup> (tabla 1). Cuando aparecen constituyen un signo de mal pronóstico, al ser un dato clínico de diseminación tumoral. Así, en el estudio de extensión es frecuente encontrar afectación de otras áreas corporales, especialmente en huesos pélvicos y ganglios linfáticos<sup>7-10</sup>.

De forma excepcional las metástasis cutáneas pueden ser el primer signo de la enfermedad prostática. En estas situaciones es esencial el estudio clínico exhaustivo en busca de otros síntomas sistémicos asociados, ya que de otra forma resultaría difícil orientar el diagnóstico hacia metástasis cutáneas, y más aun hacia un origen prostático. Cabe resaltar la especial ayuda de la determinación serológica del PSA ante la sospecha de metástasis cutánea<sup>16</sup>.

Desde el punto de vista dermatopatológico las metástasis de carcinoma prostático se identifican como nódulos de células tumorales o estratos de células neoplásicas dispuestos entre las fibras de colágeno dérmicas, que muestran diferenciación glandular. Citológicamente es característico detectar células con un núcleo redondeado y uno o más nucleolos eosinofílicos<sup>3-7</sup>. En nuestro caso se trataba, tanto el tumor primario como las metástasis, de un adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello. En el adenocarcinoma de próstata este tipo histológico representa una rareza, pero cuando se presenta suele ser de los más agresivos<sup>17</sup>. El hallazgo de células en anillo de sello en un estroma mucinoso obliga a descartar un tumor primario de

**Tabla 1.** Metástasis en localizaciones atípicas

Referencia	Forma de presentación	Localización	Apariencia clínica
Venable 1983 <sup>3</sup>	Masa tumoral	Zona supraclavicular	Metástasis
Whitmore 1986 <sup>4</sup>	Placas induradas	Tórax	Morfea
Pieslor 1986 <sup>5</sup>	Nódulo umbilical	Omblico	Nódulo de la hermana M. <sup>a</sup> José
Rossetti 1991 <sup>6</sup>	Nódulo tumoral	Tórax	Carcinoma basocelular
Azaña 1993 <sup>7</sup>	Lesiones nodulares	Cuello	Metástasis
Cox 1994 <sup>8</sup>	Lesiones nodulares	Cabeza y cuello	Celulitis
Pique 1996 <sup>9</sup>	Placa eritematosa indurada	Tórax	Morfea
	Nódulos cutáneos múltiples	Abdomen	
Offidani 1997 <sup>10</sup>	Nódulos	Cuero cabelludo, tórax	Metástasis
Marcoval 1998 <sup>11</sup>	Lesiones papulonodulares	Areola mamaria y pezón	Enfermedad de Paget
Ng 2000 <sup>12</sup>	Placa inflamatoria	Muslo	Celulitis
Boswell 2005 <sup>13</sup>	Placa violácea irregular	Frente	Angiosarcoma
Sharma 2005 <sup>14</sup>	Pápulo-nódulos	Cara, cuello y tórax	Tricoepiteliomas
Fukuda 2006 <sup>15</sup>	Nódulo firme y elástico	Omblico	Nódulo de la hermana M. <sup>a</sup> José
Wu 2006 <sup>16</sup>	Nódulos eritematosos múltiples	Zona anterior izquierda de tórax	Metástasis
Caso actual	Nódulos múltiples	Cuero cabelludo, cara y tórax	Metástasis

pulmón, estómago o colon<sup>1,2,17</sup>. Es en estos casos donde el marcador inmunohistoquímico para el PSA tiene su principal importancia, al ser un signo inequívoco de origen prostático en los tumores cutáneos.

En resumen, presentamos un caso de metástasis cutáneas atípicas de origen prostático. Queremos resaltar lo atípico del caso al aparecer en un individuo relativamente joven para este tipo de tumor, su presentación como múltiples nódulos en una localización infrecuente, el subtipo histológico de células en anillo de sello en un estroma mucinoso, su elevada agresividad y la utilidad del marcador inmunohistoquímico para el PSA en estas situaciones.

Correspondencia:  
Norberto López Navarro.  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.  
Campus Universitario de Teatinos, s/n.  
29010 Málaga. España.  
norbertoln@hotmail.com

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

- Pipkin CA, Lio PA. Cutaneous manifestations of internal malignancies: an overview. *Dermatol Clin*. 2008;26:1-15.
- Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:228-36.
- Venable DD, Hastings D, Misra RP. Unusual metastatic patterns of prostate adenocarcinoma. *J Urol*. 1983;130:980-5.
- Whitmore WF Jr. Stage A prostate cancer. *J Urol*. 1986;136:883.
- Pieslor PC, Hefter LG. Umbilical metastases from prostatic carcinoma—Sister Joseph nodule. *Urology*. 1986;27:558-9.
- Rossetti RB, Villaca Neto CM, Paschoal LH, Burnier Junior M. Cutaneous metastasis originating from prostate adenocarcinoma. *Int J Dermatol*. 1991;30:363.
- Azaña JM, de Misa RF, Gómez MI, del Hoyo JF Ledo A. Cutaneous metastases from prostatic cancer. *J Dermatol*. 1993;20:786-8.
- Cox SE, Ponciano D, Cruz JR. A spectrum of inflammatory metastasis to skin via lymphatics: three cases of carcinoma erysipeloides. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:304-7.
- Piqué Durán E, Paradela A, Fariña MC, Escalonilla P, Soriano ML, Olivares M, et al. Cutaneous metastases from prostatic carcinoma. *J Surg Oncol*. 1996;62:144-7.
- Offidani A, Simonetti O, Cellini A, Giangiacomini M, Brandozzi G, Minardi D, et al. Skin metastases from prostate cancer associated with malignant melanoma. *Cutis*. 1997;59:278-80.
- Marcoval J, Moreno A, Jucglà A, Servitje O, Peyri J. Prostatic adenocarcinoma with cutaneous metastases overlying oestrogen-induced gynaecomastia. *Clin Exp Dermatol*. 1998;23:119-20.
- Ng CS. Carcinoma erysipeloides from prostate cancer presenting as cellulitis. *Cutis*. 2000;65:215-6.

13. Boswell JS, Davis MD. Violaceous plaque on the forehead clinically resembling angiosarcoma: cutaneous metastasis in a patient with prostatic adenocarcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:744-5.
14. Sharma R, Chandra M. Cutaneous metastases from carcinoma of the prostate: a case report. *Dermatol Online J.* 2005; 11:24.
15. Fukuda H, Saito R. A case of Sister Mary Joseph's nodule from prostatic cancer. *J Dermatol.* 2006;33:46-51.
16. Wu JJ, Huang DB, Pang KR, Tying SK. Cutaneous metastasis to the chest wall from prostate cancer. *Int J Dermatol.* 2006;45:946-8.
17. Saito S, Iwaki H. Mucin-producing carcinoma of the prostate: review of 88 cases. *Urology.* 1999;54:141-4.

## Morfea siguiendo líneas de Blaschko estrechas

I.M. Coronel<sup>a</sup>, Á. Hernández<sup>a</sup>, I. Colmenero<sup>b</sup> y A. Torrel<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

*Sr. Director:*

Una niña de 4 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, presentaba lesiones pigmentadas en los brazos y el tronco que aparecieron aproximadamente un año antes de la consulta. Las lesiones iniciales eran pápulas del color de la piel normal que evolucionaron a lesiones hiperpigmentadas, ligeramente elevadas, de superficie lisa y brillante, con induración y esclerosis. En la exploración se observaron dichas lesiones dispuestas a lo largo del miembro superior izquierdo, siguiendo dos líneas finas desde la muñeca hasta el hombro (fig. 1); esta línea se continuaba a través del hombro izquierdo hasta la línea media de la espalda. Se encontró otra lesión lineal similar en el lateral izquierdo del abdomen, que seguía un trayecto en forma de S.

La paciente no presentaba otra sintomatología cutánea ni sistémica acompañante. Los resultados del hemograma y la bioquímica fueron normales, con ANA positivos a 1/160 y p-ANCA, c-ANCA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP, anti-scl70 y anti-Jo1 negativos. La histopatología mostró una epidermis normal, con engrosamiento de la dermis debido a la presencia de bandas de colágeno ensan-

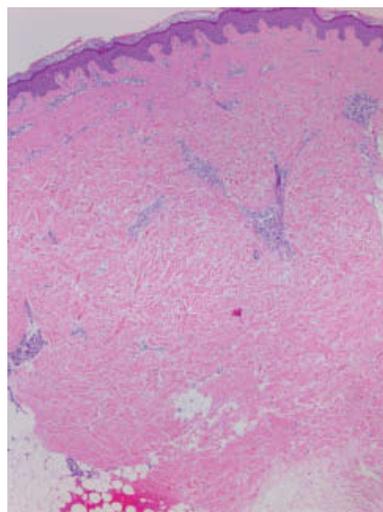
chadas y esclerosas, fundamentalmente en la dermis media y profunda. Además, existía un infiltrado inflamatorio moderado formado por linfocitos y algunas células plasmáticas, con distribución superficial, profunda y perivascular (fig. 2). Los anejos aparecían atróficos, sin tejido adiposo periférico, y la técnica de orceína demostró que las fibras elásticas permanecían conservadas.

Las lesiones permanecían estables desde su aparición, motivo por el cual se decidió realizar observación sin tratamiento.

La morfea lineal es una entidad poco frecuente que suele aparecer en la infancia. Puede afectar a cualquier zona de la superficie corporal. La morfea lineal incluye formas consideradas especiales como la morfea en *coup de sabre* o la hemiatrofia facial progresiva. Se han descrito algunos casos previos de morfea siguiendo líneas de Blaschko en el tronco y los miembros<sup>1-3</sup>. Por otra parte, la morfea fronto-parietal en *coup de sabre* se ajusta más claramente a las líneas de Blaschko descritas<sup>4</sup>. En el caso de la morfea lineal de las extremidades, la mayor parte de los casos corresponden a líneas de Blaschko «anchas», por lo que resulta más difícil



**Figura 1.** Pápulas induradas agrupadas a lo largo del miembro superior izquierdo y en el hemiabdomen izquierdo.



**Figura 2.** Engrosamiento y esclerosis de los haces de colágeno dérmico, con infiltrado inflamatorio perivascular moderado formado por linfocitos y algunas células plasmáticas. Hematoxilina-eosina, x10.