

METÁSTASIS

18 PAPEL DEL DERMATÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS NÓDULOS PULMONARES

M. A. Gallardo, M. Alcalde, F. Simón, J. F. Moriana
Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción: La sofisticación y especialización progresiva de la medicina no debe en ningún caso hacer olvidar la base sobre la que descansa desde la antigüedad: una buena anamnesis y exploración clínica y, por supuesto, una dosis suficiente de sentido común.

Caso clínico: Mujer de 35 años que ingresa para estudio de nódulos pulmonares con sospecha clínica, en base a su placa torácica, de metástasis pulmonares múltiples. Consultado el dermatólogo da la clave para un diagnóstico mucho menos ominoso para la paciente.

Comentarios: Enfatizamos la importancia del dermatólogo en el diagnóstico diferencial de este cuadro al explicar perfectamente su cuadro cutáneo las imágenes radiológicas.

19 CARCINOMA DE MAMA: PRESENTACIÓN COMO NÓDULO PREESTERNAL ULCERADO

O. López-Barrantes, S. Honorato, A. B. Gargallo, S. Sandín, S. Urrutia, D. García-Almagro
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: El cáncer de mama es uno de los tumores malignos más frecuentes y de mayor importancia epidemiológica de nuestra sociedad. Este tipo de tumor se suele manifestar en mujeres de edad media-avanzada como una masa mamaria, pero también puede manifestarse por otros síntomas y signos clínicos tales como secreción unilateral del pezón, abombamiento y asimetría de una mama con respecto a otra, «piel de naranja» o inversión del pezón.

El carcinoma de mama es, por otra parte, uno de los tumores primarios que más frecuentemente encontramos al investigar el origen de metástasis cutáneas, fundamentalmente cuando éstas se localizan en la pared torácica anterior. Las metástasis cutáneas de un carcinoma de mama pueden adoptar múltiples formas clínicas, ya sea como lesiones nodulares, duras y vegetantes o como placas infiltradas de tipo esclerodermiforme, e incluso en ocasiones simulando otros procesos dermatológicos (formas erisipeloides, eccematiformes, etc.).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 74 años de edad que nos consultó por la aparición en región preesternal de una lesión dura e infiltrada de unos 5 meses de evolución que le producía leve dolor y que había ido perdiendo su pigmentación oscura, tornándose violácea y ulcerándose. Como antecedentes la paciente padecía una diabetes en tratamiento con anti-diabéticos orales e hipertensión arterial controlada farmacológicamente. La lesión preesternal tenía forma irregular, mal delimitada, de consistencia dura, superficie ulcerada y tamaño aproximado de 3 x 2,5 cm; en las mamas no se apreciaban nódulos, ni lesiones cutáneas ni adenopatías regionales. El estudio histopatológico confirmó la existencia de un adenocarcinoma de

mama infiltrante que alcanzaba músculo estriado subyacente, con infiltración linfática y receptores para estrógenos y progesterona positivos. Las pruebas de imagen demostraron una lesión en región intermamaria, preesternal y hacia cuadrante inferointerno de mama derecha que alcanzaba y ulceraba la piel, así como invadía el músculo pectoral y entraba en contacto directo con el esternón. La paciente fue intervenida de modo paliativo, realizándose resección de la lesión preesternal con márgenes amplios, quedando pendiente completar el tratamiento coadyuvante.

Conclusiones: Presentamos un caso que por su presentación clínica atípica es interesante dado que se trata de un tumor primario de mama, como se ha revelado en el estudio histopatológico y de imagen, pese a que clínicamente y por la localización de la lesión el primer diagnóstico de sospecha sería el de una metástasis secundaria a un carcinoma de mama.

20 NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ

V. Echevaría, N. Seguí, J. Esquiús*

CAPII Vallés y *Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción: Se conoce como «nódulo de la hermana María José» (Sister Mary Joseph's nodule) a la metástasis umbilical de una neoplasia intraabdominal. El origen más frecuente es por un tumor de estómago, seguido de colon y ovario. Se han descrito casos a partir de neoplasias de páncreas, leiomiomas de intestino delgado, etc.

Suele presentarse como un nódulo irregular, a veces hemorrágico, aunque puede infiltrar difusamente, ulcerarse y desprender un olor fétido.

El pronóstico es malo.

La identificación histológica del tumor primario es difícil y tan sólo se consigue en un 30% de los casos aproximadamente.

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 47 años de edad que acudió a nuestra consulta en octubre del 2000 por presentar una lesión de 2 meses de evolución, umbilical, de 2 cm de diámetro, nodular, sangrante.

Una semana antes había sido visitado por el digestólogo de cupo por rectorragias autolimitadas de 2 días de evolución, realizándosele tacto rectal y anoscopia que fueron normales, y objetivándose únicamente hemorroides grado I-II.

Realizamos biopsia de la lesión, siendo ésta diagnóstica de adenocarcinoma.

El paciente fue remitido a la Unidad de Diagnóstico Rápido del Hospital General de Granollers, donde se le detectó un adenocarcinoma de colon y se iniciaron los pertinentes tratamientos quirúrgico y oncológico.

Comentario: Destacamos la importancia de realizar siempre una historia clínica completa, así como una exploración física exhaustiva. El digestólogo objetivó una rectorragia y «un grano en el ombligo»; nosotros un nódulo umbilical sospechoso de metástasis de neoplasia intraabdominal asociado a una rectorragia.

Realizamos una revisión de la casuística.

21 METÁSTASIS CUTÁNEAS CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO PROCEDENTE DE UN TUMOR GÁSTRICO

S. Sandín, S. Honorato, A. B. Gargallo, O. López-Barrantes, C. García, S. Urrutia, C. Schöendorff, D. García Almagro

Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: La incidencia de metástasis cutáneas de carcinomas viscerales oscila según las series entre 0,4-9%. En los varones los tumores que con más frecuencia originan metástasis cutáneas son el carcinoma de pulmón (24%), seguido de neoplasias de colon (19%), melanoma (13%) y carcinoma escamoso de cavidad oral (12%). En mujeres el tumor primario más frecuente corresponde al carcinoma de mama (69%), continuándose con neoplasias de intestino grueso (98%), melanoma (5%) y ovario (4%). El carcinoma gástrico sólo causa un 6% de todas las metástasis cutáneas.

Caso clínico: Varón de 52 años intervenido en 1996 por adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello, realizándose gastrectomía total más linfadenectomía. Es reintervenido por recidiva local 1 año después con quimioterapia intraoperatoria y sistémica. Presenta tres episodios de obstrucción intestinal resueltos quirúrgicamente, informándose el último como infiltración de intestino delgado por adenocarcinoma con células en anillo de sello. Cuatro años y medio después de su diagnóstico aparecen tres lesiones prácticamente asintomáticas, localizadas en región cervical posterior, en zona submandibular y en zona mentoniana derecha que se describe como placas induradas, muy infiltradas, eritematoamarillentas con bordes bastante netos sin alteración de la epidermis y con alopecia parcial. Se realiza biopsia. En la histología se observa adenocarcinoma con células en anillo de sello. El paciente fallece a los 15 días.

Discusión: El 90% de las metástasis cutáneas se manifiestan en los primeros 5 años tras el diagnóstico del tumor primitivo. En ocasiones son el primer signo clínico de una neoplasia silente o de una recurrencia. Las lesiones desde el punto de vista morfológico suelen clasificarse de acuerdo a tres tipos: nodulares, inflamatorias o infiltrativas y esclerodérmicas. En base a la histología, preferentemente son de origen epitelial, distinguiéndose tres categorías: adenocarcinoma, carcinoma epidermoide y carcinoma indiferenciado. El adenocarcinoma es la variedad más frecuente. La presencia de células en anillo de sello oscila entre el 2 y el 3,4%. Éstas se observan más frecuentemente dentro del grupo de adenocarcinomas, en tumores gástricos, pudiendo ser vistos también en metástasis de intestino grueso, mama, páncrea y pulmón. Es importante el reconocimiento de estas lesiones, permitiendo el diagnóstico de enfermedad tumoral metastásica, constituyendo un signo de mal pronóstico y presentando la mayoría una supervivencia de semanas o meses.

22 ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA PERINEAL ASOCIADA A CARCINOMA DUCTAL DE MAMA HOMOLATERAL EN UN VARÓN

J. González-Castro*, M. Giménez-Vallespi*, A. Toll, F. Gallardo, C. Barranco**, R. M. Pujol

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital del Mar. ** Médico Dermatólogo División Atención Primaria de Gracia. Barcelona.

Antecedentes: La enfermedad de Paget extramamaria es un proceso maligno glandular poco frecuente caracterizado por la presencia de células pagetoides en el interior de la epidermis. Suele localizarse en la región vulvar, con menor frecuencia en la región perineal y en la región genital de individuos varones, y raramente en otras localizaciones. Excepcionalmente se ha descrito la asociación entre un Paget vulvar y mamario en una misma paciente. La asociación de enfermedad Paget extramamaria y de carcinoma intraductal mamario ha sido descrita sólo en casos puntuales

Caso clínico: Paciente varón de 79 años de edad que presenta desde 1995 una placa solitaria eritematosa, exudativa de 10 cm de diámetro en la región inguinoescrotal izquierda con una imagen histopatológica de una enfermedad de Paget. A lo largo de la evolución no se han evidenciado adenopatías, visceromegalias o la presencia de una enfermedad neoplásica maligna subyacente. El paciente ha sido tratado repetidamente mediante extirpación quirúrgica amplia (1995) y radioterapia tras recidiva (1999). En julio del 2000 se constata nueva recidiva del proceso a nivel inguinal izquierdo, junto con la presencia de una exudación hemática por el pezón izquierdo (telorragia). La mamografía evidenció una opacidad retroareolar en continuidad con el complejo aréola-pezón asociada a microcalcificaciones de aspecto ductal. Extirpación-biopsia de dicha lesión: carcinoma ductal infiltrante. Se practicó mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar (ganglios no afectos).

Comentario: La asociación de enfermedad de Paget extramamaria con un adenocarcinoma aneal cutáneo subyacente ha sido descrita en un 24% de los casos y en un 12% se demuestra la presencia de una neoplasia maligna visceral simultánea, a menudo localizada cerca de la zona afecta por la enfermedad de Paget. Las neoplasias asociadas a enfermedad de Paget extramamaria incluyen tumores malignos vesicales, colorrectales, vaginales, uterinos, ováricos y mamarios. Algunos autores han postulado que las neoplasias mamarias serían la segunda neoplasia en frecuencia (tras el adenocarcinoma vulvar) en la enfermedad de Paget de la vulva. La observación de una enfermedad de Paget extramamaria perineal con un carcinoma ductal mamario homolateral en un varón refuerza la significación de dicha asociación y plantea importantes incógnitas respecto a los mecanismos patogénicos implicados en el desarrollo de ambos procesos.

23 TUMOR LOCALIZADO EN AXILA PARA DIAGNÓSTICO

M. Sáez Rodríguez, M. García Bustinduy, S. Dorta Alom, M. Escoda García, E. Fagundo González, M. C. Martín Corriente*, F. Guimerá Martín-Neda, R. Sánchez González, A. Noda Cabrera, C. Sanz-Manzano*, A. Martín Herrera*, R. García Montelongo

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife).

Introducción: Aunque las metástasis cutáneas se observan con cierta frecuencia, no es habitual que constituyan el primer signo de una neoplasia interna. Presentamos el caso de un adenocarcinoma gástrico diagnosticado a partir de una metástasis cutánea.

Caso clínico: Varón de 80 años de edad, con antecedentes de EPOC y miocardiopatía dilatada, que consulta por lesión de crecimiento rápido (6 semanas de evolución), localizada en axila derecha. En la exploración se observó una lesión nodular, redondeada, de 5 cm de diámetro, carnosa, con superficie lisa y ulcerada en algún punto, además de adenopatías axilares derechas.

La analítica general (sangre y orina) y los marcadores tumorales (CEA, Ca 125, Ca 19.9, PSA y AFP) eran normales. El estudio histológico de la lesión reveló una neoformación que ocupaba casi toda la dermis, adoptando una imagen pseudoglandular. Las técnicas de inmunohistoquímica (CK+, CEA+ y ALC-) demostraron la naturaleza epitelial de la lesión. Se diagnosticó de probable metástasis de adenocarcinoma. Los estudios complementarios incluyeron: TAC de cuello y tórax (adenopatías laterocervicales y axilares derechas), TAC de abdomen y pelvis (normal); gammagrafía ósea (negativa) y tránsito esófago-gastroduodenal (irregularidad en curvatura menor). Mediante panendoscopia oral se observó un nódulo submucoso en cardias cuyo estudio histológico reveló un adenocarcinoma. Se administró tratamiento quimioterápico, falleciendo el paciente pocos meses después.

Conclusiones: Presentamos el caso de un adenocarcinoma gástrico diagnosticado a partir de una lesión cutánea, por lo que destacamos que las metástasis cutáneas, a pesar de su rareza, deben tenerse en cuenta.