



Localizador: 12039

Medicina **Cutánea**
Ibero-Latino-Americana

Adenocarcinoma gástrico. Un caso con 320 metástasis nodulares cutáneas como manifestación inicial

Gastric adenocarcinoma.

A clinical case as a first manifestation with 320 nodular cutaneous metastasis

Pablo Campos-Macías,* Elisa Vega-Memije[§]

Palabras clave:

Adenocarcinoma
gástrico, metástasis
cutáneas, neoplasia
interna.

Key words:

Gastric adenocarcinoma,
cutaneous metastases,
internal neoplasm.

RESUMEN

Las metástasis cutáneas pueden ser el primer signo de la enfermedad o el primer signo de recurrencia. Las metástasis muestran una gran variedad de expresiones clínicas y la biopsia de la lesión cutánea es un método accesible, rápido y útil para efectuar el diagnóstico. Los marcadores tumorales permiten detectar el tumor primario. Presentamos un paciente con gran cantidad de lesiones metastásicas en la piel en número de 330 como manifestación inicial de un adenocarcinoma gástrico.

ABSTRACT

Visceral carcinomas can metastasize to the skin, and it can be the first sign of disease as well as the first manifestation of recurrence. Metastases show several clinical features and skin biopsy is an accessible, fast and useful method to diagnose. Tumor markers are important to identify the primary cancer. We present a patient with numerous cutaneous metastases (330) as the first evidence of a gastric adenocarcinoma.

La metástasis es una lesión neoplásica originada de otra neoplasia maligna con la que no está en continuidad,¹ descartando como tales la presencia de malignidad secundaria a infiltración directa a piel por una neoplasia subyacente. Las metástasis cutáneas de tumores primarios internos se presentan en un 0.7-9%;² aparecen, la mayoría de las veces, tiempo después de haberse diagnosticado el tumor primario, siendo en ocasiones la primera manifestación postratamiento de la recidiva.¹ Ocasionalmente, su detección inicial en piel puede ser la primera manifestación de la neoplasia, obligando a realizar un protocolo de estudio para la detección del tumor primario.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años de edad, tabajero, con antecedente de alcoholismo intenso desde la adolescencia y gastritis crónica. Inició, dos meses antes de su consulta dermatológica, una tumoración en cara posterior de cuello. Aparecieron posteriormente lesiones que se diseminaron a cabeza, tronco y extremidades,

de crecimiento rápido y asintomáticas. Dos semanas después se agregó astenia, adinamia y se exacerbó la gastritis, con dolor epigástrico punzante y continuo, atribuyéndolo a la prescripción de antimicrobianos y antiinflamatorios prescritos para las lesiones de piel. Una semana después presentó náuseas y vómito, no tolerando la ingesta de alimentos, incluyendo líquidos, con pérdida de 7 kg de peso.

La exploración física presentaba mal estado general con presencia de tumoraciones abundantes diseminadas a cabeza (132), tronco (112), extremidades superiores (34), glúteos (12) y extremidades inferiores (25), respetando genitales y pies. Su tamaño variaba entre 0,5 y 8 cm, superficie lisa y eritematosa (*Figuras 1 y 2*), consistencia dura y adheridas a planos profundos. Presencia de adenomegalias en cuello y axilas de 2-3 cm, duras y de superficie irregular. Mucosas mal hidratadas y dolor a la palpación en epigastrio, con presencia de resistencia muscular.

Los estudios de laboratorio mostraron anemia hipocrómica leve, hipoalbuminemia, fosfatasa alcalina elevada (681 u/L), así como

* Departamento de
Dermatología, Hospital
Aranda de la Parra, León
Guanajuato.

[§] Dermatopatología, Hospital
«Dr. Manuel Gea González»,
México, D.F. México.

Recibido: 26/Julio/2012.
Aceptado: 10/Julio/2014.





Figura 1.

Lesiones tumorales numerosas en la cabeza (132) con afectación importante de párpados y bordes palpebrales.



Figura 2. Neoformaciones nodulares en tronco (112), eritematosas y de tamaño variable.

la gamma glutamil transferasa (283 u/L) y el antígeno carcinoembrionario (9.14 ng/mL) y antígeno Ca-19.9 (38.3 U/mL). La tomografía computarizada de abdomen en fase simple y contrastada, con medio de contraste oral de IV mostró un estómago moderadamente distendido con engrosamiento asimétrico de su pared hasta aproximadamente 30 mm, de predominio a nivel del cuerpo y antro con escaso paso de medio de contraste hacia la arcada duodenal. Se observó aumento en la densidad de la raíz del mesenterio, así como múltiples imágenes compatibles con crecimientos ganglionares (Figura 3).

El estudio histopatológico de las lesiones de la piel mostró una capa córnea en red de canasta, la epidermis con acantosis irregular e hiperpigmentación de la capa basal.

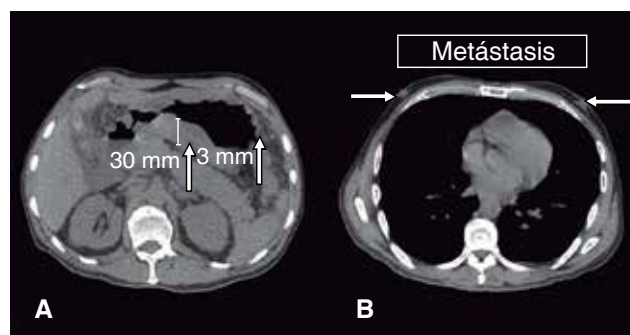
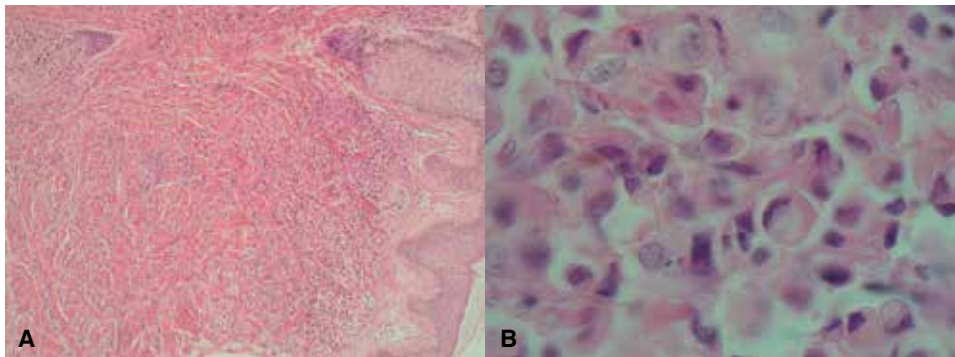


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen: **A)** estómago distendido y engrosamiento asimétrico de su pared, de predominio en cuerpo y antro; **B)** metástasis en piel y tejidos blandos.

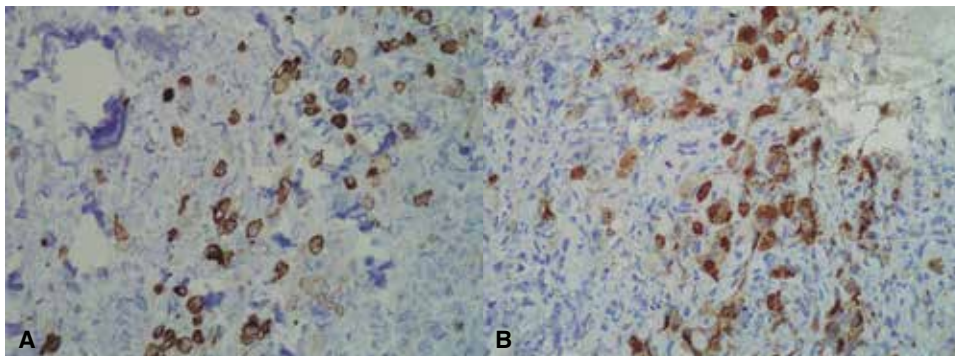
Desde la dermis superficial hasta la profundidad del corte se observaron células pleomórficas con núcleos grandes e hipercromáticos, algunos rechazados hacia la periferia, con aspecto en «anillo de sello» dispuestos en cúmulos de aspecto glandular y cordones entremezclados con fibras de colágena y dentro de los vasos sanguíneos. Con la tinción de PAS se hizo más evidente el aspecto glandular y algunas células eran PAS (+). Se realizó estudio inmunohistoquímico, reportándose positividad a los anticuerpos CK7 y MUC 5 en células neoplásicas, el CK20 positivo focal en células neoplásicas y el MUC2 negativo (Figuras 4 y 5).

Con los datos clínicos, histopatológicos y de laboratorio se emitió el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico con metástasis cutáneas y ganglionares.

Se propuso la administración de medicamentos para aliviar la sintomatología que presentaba y la colocación de una sonda de alimentación; falleció una semana después.

**Figura 4.**

Histopatología: A) desde la dermis superficial hasta la profundidad del corte se observan células pleomórficas con núcleos grandes e hipercromáticos, dispuestos en cúmulos de aspecto glandular y cordones entremezclados con fibras de colágena; B) células pleomórficas con núcleos atípicos y con aspecto en «anillo de sello». (H&E X10 y X100).

**Figura 5.**

Estudio inmunohistoquímico; A) CK7, positivo para las células neoplásicas; B) MUC 5 positivo en las células neoplásicas. (X60 y 60X).

COMENTARIO

La localización del tumor primario más frecuente en hombres es el carcinoma de pulmón en un 24%, reportándose la presencia de adenocarcinoma primario de origen desconocido en 12.5% de los casos.³ Las metástasis de adenocarcinoma de estómago representan un 6% de todas las metástasis cutáneas en el sexo masculino;⁴ pueden ser únicas o múltiples y presentar diferentes formas clínicas, siendo la más frecuente la nodular.^{1,5}

El caso reportado corresponde a un paciente con un adenocarcinoma gástrico no diagnosticado previamente, cuyo motivo de consulta fue la aparición de metástasis en la piel, detectándose la presencia del tumor primario ya en estado muy avanzado. Las características clínicas y crecimiento rápido de las lesiones coinciden con lo reportado en la literatura, distinguiéndose en este caso el gran número de lesiones (330) que aparecieron en el transcurso de ocho semanas. Las neoformaciones se distribuyeron en todo el tegumento, predominando en cabeza, con un número considerable de lesiones a nivel de párpados, localización que ya ha sido previamente reportada.⁶

El antecedente de alcoholismo crónico y la presencia de gastritis con periodos de exacerbación fueron factores que

encubrieron la sintomatología de la neoplasia en la etapa final, agregándose dos semanas después del inicio de las metástasis cutáneas dolor epigástrico y los vómitos como manifestación de la incapacidad mecánica para el paso de alimentos. El cuadro clínico determinó la realización de una tomografía de abdomen, evidenciándose la presencia de una gran tumoración de estómago, pero fue la biopsia de la lesión metastásica de piel lo que corroboró el diagnóstico, evitando la realización de un estudio invasivo, molesto y más costoso.

La utilidad del estudio histopatológico de las metástasis cutáneas para establecer el diagnóstico inicial de un cáncer primario interno ya ha sido reportado.³ El cáncer que más frecuentemente metastatiza en la piel es el adenocarcinoma.⁷ Los carcinomas de células en anillo de sello, como en el caso reportado, son formas pobremente diferenciadas de adenocarcinomas que pueden proceder fundamentalmente de estómago o intestino, pero también pueden ser de pulmón, mama, vejiga y melanoma.⁴ En el protocolo de estudio de los casos en donde no se puede detectar fácilmente el sitio del tumor primario, los marcadores tumorales juegan un papel importante. Los marcadores ideales serían aquellos que fueran específicos para cada tipo de tumor, de alta sensibilidad (discrimi-

nando alteraciones secundarias a procesos benignos), que sus títulos significaran un parámetro para evaluar la progresión o regresión y para monitorear la respuesta al tratamiento, así como un elemento de vigilancia posterior para detectar recaídas.⁸ No contamos con estos marcadores ideales, pero sí tenemos algunos que pueden orientar a la localización del primario.⁸⁻¹⁰ En el caso reportado se detectaron niveles altos del antígeno carcinoembrionario, marcador que se eleva en tumores malignos de diferente localización (mama, pulmón, próstata, cuello uterino, coriocarcinoma) pero de manera significativa en neoplasias de tracto digestivo (colon, páncreas, estómago) y el antígeno Ca-19.9, que habitualmente es positivo en las mismas neoplasias de tubo digestivo.⁸ Nuestro caso se complementó con estudios de inmunohistoquímica en la biopsia, detectándose positividad de los anticuerpos CK7, Ck20 y MUC-5 en células neoplásicas, siendo negativo el MUC 2, ya que no era un carcinoma de tipo mucinoso, y se evidenció la presencia de un adenocarcinoma de tipo difuso, poco diferenciado y metastásico, sugiriendo un tumor primario de estómago.

Las metástasis cutáneas confieren un pronóstico grave; diferentes estudios establecen una media de supervivencia de 3 a 6 meses, con escasas diferencias respecto a si las lesiones son únicas o múltiples, siendo de peor pronóstico

cuando son lesiones a mucha distancia y en aquellas secundarias a cáncer de pulmón, ovario y digestivo alto.² El caso reportado falleció ocho días después de su primera valoración dermatológica.

CONCLUSIÓN

Debemos tener presente la posibilidad de lesiones neoplásicas malignas metastásicas en piel; su presencia como primera manifestación nos obliga a establecer un protocolo de estudio para tratar de detectar el cáncer primario. La biopsia de piel es un procedimiento sencillo, accesible y rápido que puede ayudar a determinar el origen, complementándolo con la determinación de los marcadores tumorales apropiados en todo paciente con antecedente de una neoplasia maligna. La presencia de neoformaciones en la piel o lesiones atípicas obliga a realizar un estudio histopatológico para descartar una reactivación con manifestación inicial en la piel.

Correspondencia:

Dr. Pablo Campos Macías

E-mail: camposdoctor@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol*. 1995; 33: 161-82.
2. Martínez CL, Vilata CJJ. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Med*. 2009; 37: 117-29.
3. López BO, García HL, Orozco TR. Metástasis cutáneas: biopsia de piel para el diagnóstico de neoplasias sistémicas. *Dermatología Rev Mex*. 2009; 53: 173-7.
4. Brownstein MH, Helwing EB. Metastatic tumors of skin. *Cancer*. 1972; 29: 1298-307.
5. Martínez-Luna E, Puebla-Miranda M, Vega-Memije ME. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico; informe de un caso. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009; 74: 362-5.
6. Rodríguez GC, González HS, Pérez RN, Martín HA, Sánchez R, Gumerá F. Eyelid metastasis as an initial presentation of a gastric adenocarcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 63: 49-50.
7. Schwartz RA. Histopathologic aspects of cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol*. 1995; 33: 649-57.
8. Sharman S. Tumor Markers in clinical practice. *General Principles and Guidelines*. 2009; 30: 1-8.
9. Rachagani S, Torres PM, Moniaux N, Batra SK. Current status of mucins in the therapy of cancer. *Biofactors*. 2009; 35: 509-27.
10. Moll R, Divo M, Langbein L. The Human Keratins: biology and pathology. *Histochem Cell Biol*. 2008; 129: 705-33.

www.medigraphic.org.mx