

# Metástasis cutánea de mesotelioma pleural

## Cutaneous metastasis of pleural mesothelioma

Gabriel Páez,<sup>1</sup> Carol Messa,<sup>2</sup> Ariel Sehtman,<sup>3</sup> María Juárez<sup>4</sup> y Miguel Ángel Allevato<sup>5</sup>

### RESUMEN

Las metástasis cutáneas de mesotelioma pleural son muy raras y con una supervivencia muy corta. Se presenta un paciente de 80 años, con una placa eritematoviolácea duroelástica ubicada en flanco abdominal derecho, de 8 meses de evolución y rápido crecimiento. Se realiza diagnóstico de metástasis cutánea de mesotelioma pleural, se indica tratamiento quimioterápico paliativo pero fallece por falla multiorgánica, sin llegar a recibirlo (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (2): 133-137).

### Palabras clave:

*metástasis cutánea,  
mesotelioma pleural.*

### ABSTRACT

Cutaneous metastases of pleural mesothelioma are very rare and are a predictive of poor survival. We present a 80 year-old man with a reddish-violet plaque, located in his right abdominal flank, which had appeared 8 months before. As we diagnosed cutaneous metastases of pleural mesothelioma, he was programmed to receive chemotherapy but unfortunately he died of multiorgan failure (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (2): 133-137).

### Keywords:

*cutaneous  
metastasis, pleural  
mesothelioma.*

**Fecha de recepción:** 15/07/2014 | **Fecha de aprobación:** 14/01/2015

<sup>1</sup> Médico residente

<sup>2</sup> Médica becaria

<sup>3</sup> Médico de planta

<sup>4</sup> Médica patóloga

<sup>5</sup> Jefe División Dermatología

Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA), División Dermatología, Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: [divisiondermatologia@gmail.com](mailto:divisiondermatologia@gmail.com)

## Caso clínico

Varón de 80 años de edad, tabaquista severo, hipertenso y diabético insulinoirrequiriente, internado en Terapia Intensiva por disnea progresiva grado III. Por presentar una lesión en piel de flanco derecho de 8 meses de evolución, se nos llamó en interconsulta. Al examen físico dermatológico se observaba en flanco abdominal derecho una placa eritematoviolácea de 15 x 8 cm, de límites irregulares, dolorosa a la palpación profunda, conformada por múltiples tumores de aspecto nodular, firmes, de 3 a 5 centímetros de diámetro, de consistencia duroelástica (fotos 1 y 2) y adenomegalias regionales.

Se solicitaron estudios por imágenes, donde la TAC evidenció una masa con engrosamiento pleuroparietal y presencia de derrame pleural en hemitórax derecho. En la biopsia pulmonar se hallaron células mesoteliales atípicas.

La histología de uno de los nódulos de la placa abdominal evidenció epidermis sin alteraciones significativas. En dermis papilar y reticular: proliferación de células, algunas ahusadas con núcleos agrandados, que se disponían en grupos, en fascículos y algunas intravasadas (foto 3). En la inmunohistoquímica las células neoplásicas resultaron positivas de manera difusa con citoqueratinas 6 y 7, y positivas de manera focal con WT1 (foto 4) y calretinina.

Se arribó al diagnóstico de metástasis cutánea de mesotelioma pleural. Dado su mal estado general se decidió realizar tratamiento quimioterápico, pero falleció por falla orgánica asociada a su compromiso multiorgánico.

## Comentario

Las metástasis cutáneas (MTSc) se definen como neoplasias malignas poco frecuentes que comprometen la dermis y/o tejido subcutáneo y que no mantienen una relación de contigüidad con el tumor primario que les da origen. Pueden aparecer antes de la identificación de un cáncer primario, en forma concomitante o en etapas avanzadas de la enfermedad tumoral. En ocasiones ocurren como primera manifestación de la misma. La diseminación metastásica a la piel puede ocurrir por vía linfática o hematogena, por contigüidad directa, y en raras ocasiones por implantación iatrogénica.<sup>1-2</sup>

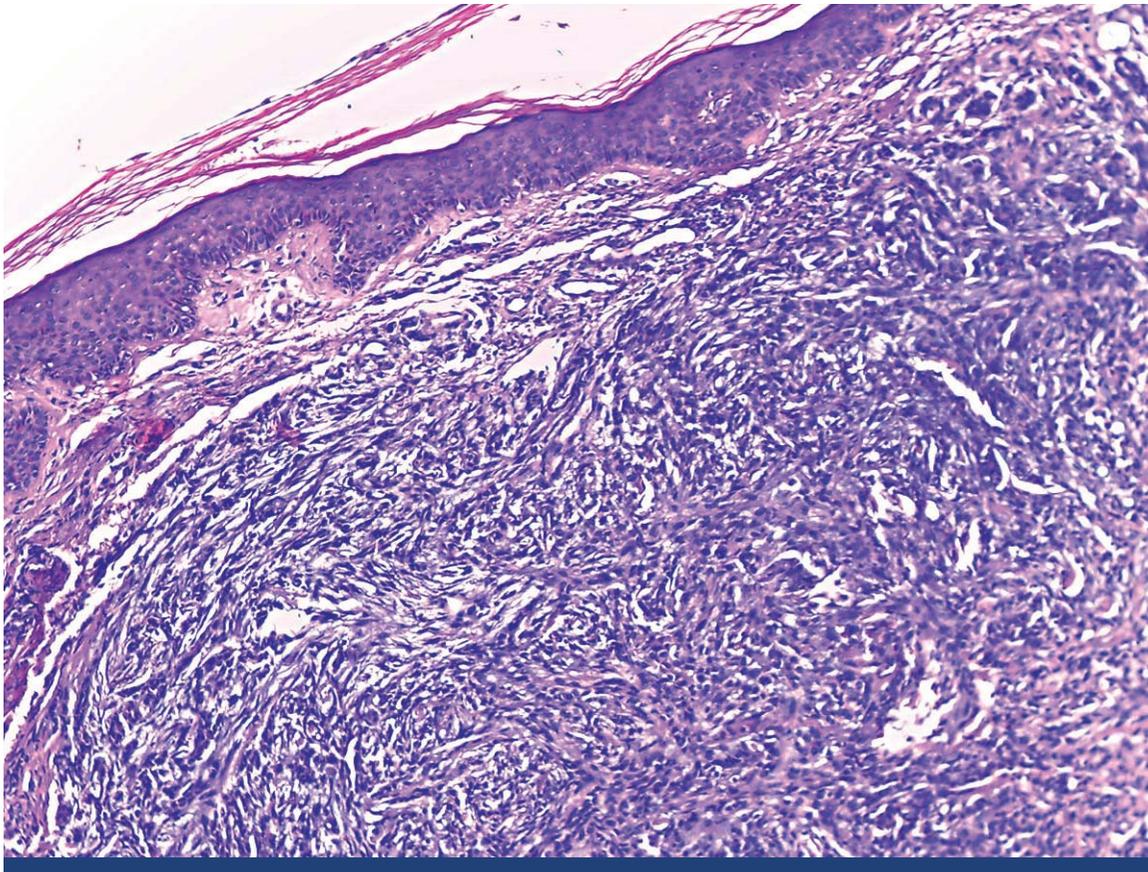
Las MTSc raras veces revelan el sitio del tumor primario y en general la piel no suele ser asiento principal de metástasis de carcinomas internos.<sup>1-2</sup>



FOTO 1. Placa eritematoviolácea localizada en flanco derecho.



FOTO 2. Placa eritematoviolácea de 15 x 8 cm, conformada por múltiples tumores de aspecto nodular. La lesión ulcerada redondeada corresponde al sitio de la toma de biopsia por punch.



**FOTO 3.** Epidermis sin alteraciones significativas. Dermis papilar y reticular: proliferación de células ahusadas con atipia celular y núcleos agrandados, dispuestas en grupos y fascículos (HyE, 100x).

El mesotelioma es un tumor maligno poco frecuente pero de mal pronóstico que surge de las superficies serosas: la pleura en el 70-80% de los casos y en peritoneo, pericardio y túnica vaginal en el 20-30% restante.<sup>3,4</sup>

El mesotelioma pleural (MP) deriva del mesotelio de cualquiera de las hojas pleurales y es frecuente que se asocie a derrame y éste sea su primera manifestación clínica y/o radiológica, como sucedió con el paciente presentado. Su comportamiento se manifiesta a través del crecimiento local con infiltración de estructuras de la pared torácica y del mediastino, junto a la constricción progresiva del pulmón afectado.<sup>3,5</sup>

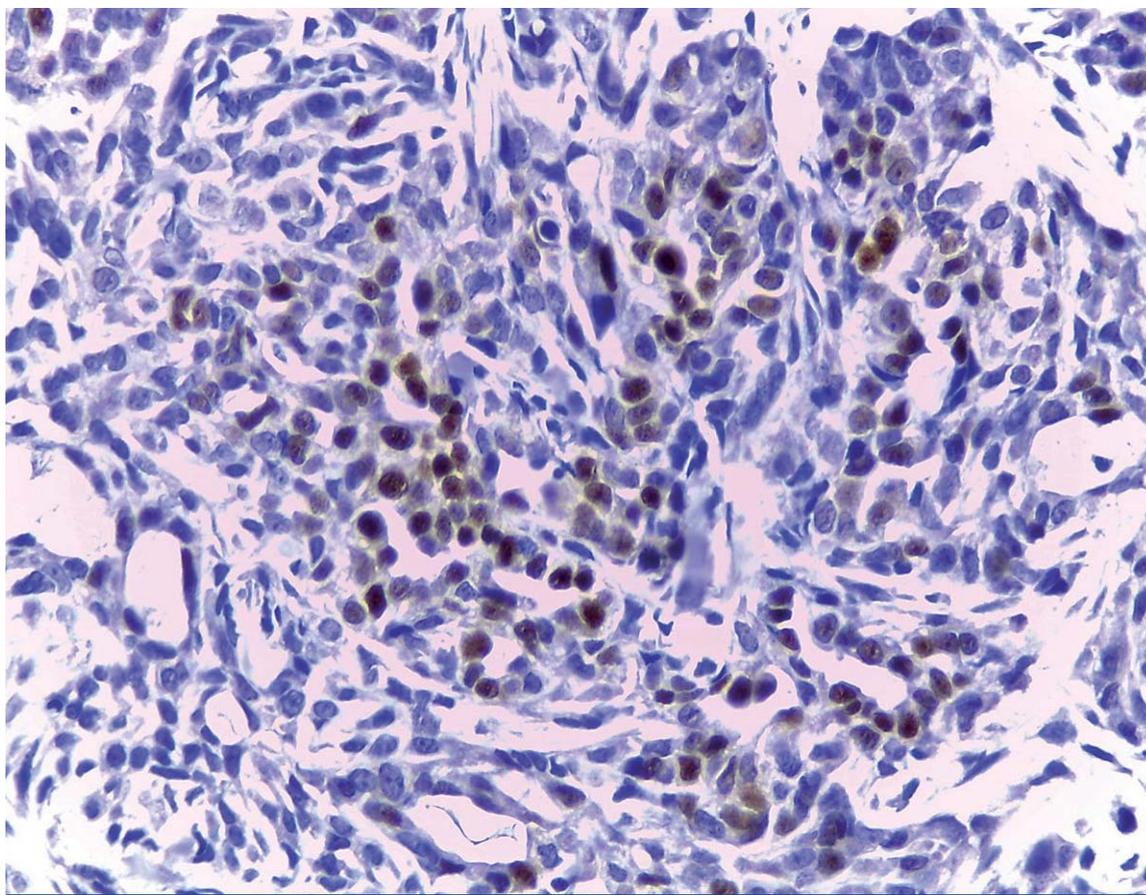
Las causas más conocidas del mesotelioma pleural son la exposición crónica al asbesto (llamado también amianto) y el tratamiento con radioterapia.<sup>3,5</sup>

La exposición al asbesto ocurre en el 70-90% de los casos de MP; sin embargo, no siempre es posible obtener una historia definitiva de este contacto y el mecanismo por el

cual causaría mesotelioma es todavía controvertido. La teoría más aceptada propone que originaría una estimulación inflamatoria crónica de las células mesoteliales reactivas.<sup>3,4</sup>

El asbesto o amianto designa a silicatos naturales que se hallan en el suelo. Existen dos grupos: la serpentina y los anfíboles. De ellos, el tipo crocidolita es el que se encuentra más asociado al MP. Presenta dos tipos de fibras: cortas y largas. Las fibras cortas (menores de 5 micras) pueden ser eliminadas por los macrófagos alveolares o transportadas por el epitelio mucociliar hasta la tráquea, mientras que las fibras largas, al no poder ser fagocitadas, alcanzan la pleura por vía linfática o directamente produciendo así fibrosis, placas pleurales, derrame pleural o mesotelioma.<sup>5</sup>

Tienen mayor riesgo para padecer MP los trabajadores de minas de amianto, de lavanderías y limpieza en seco, de la industria naval, transportistas de material de riesgo y ajus-



**FOTO 4.** Tinción WT1 400x: inmunohistoquímica con células neoplásicas positivas de manera focal.

tadores eléctricos, y obreros en fábricas de fibrocementos. Se mencionan como de menor riesgo: soldadores, plomeros y trabajadores de la construcción.<sup>5</sup>

Pero no todos los que se han expuesto al asbesto desarrollan la enfermedad. Lo habitual es que ocurra una latencia de 30 años entre el contacto y la aparición del cuadro clínico. De allí la dificultad en correlacionar dicha exposición como causa de MP. Existen casos descritos en niños, por lo que se infiere que para ocurrir el mesotelioma pleural deben intervenir otros factores no identificados.<sup>5</sup>

El paciente presentado carecía del antecedente de trabajar en las profesiones mencionadas ni haber tenido previa exposición al asbesto ni recibido tratamiento radioterápico, según refirieron sus familiares.

La incidencia de MP está en aumento y se publican anualmente unos 1.000 nuevos casos.<sup>3</sup> La edad de presentación se sitúa entre los 50 y 70 años, con un mayor predominio en el hombre, probablemente debido a la más frecuente

exposición laboral al asbesto.<sup>4</sup> El caso presentado comparte la edad y género pero carece del antecedente del contacto con el amianto, situación que puede observarse en el 10% de los pacientes con MP.

Las MTSc de MP son raras, suelen ser por diseminación tumoral directa o después de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (escisión, toracocentesis, paracentesis, biopsia hepática).

Su hallazgo representa un factor pronóstico de supervivencia más corta. Los casos de MTSc de MP son escasos y la mayoría se observó en una fase avanzada de la neoplasia, pero también pueden representar la primera manifestación de la misma.<sup>3</sup> Además de la piel, el MP puede dar metástasis a pulmón, ganglios linfáticos regionales, lengua, hígado, riñones, huesos, tiroides y cerebro.<sup>3-9</sup>

Las lesiones cutáneas metastásicas de MP presentan un gran polimorfismo clínico: pápulas, placas o nódulos violáceos, y en general se observan cuando el diagnóstico de

MP ha sido ya establecido, tal lo sucedido en este paciente.<sup>4-7</sup> Se localizan en la cara, el cuero cabelludo, el tórax anterior, la región abdominal y los miembros inferiores.<sup>7-9</sup> Histológicamente hay tres tipos de MP: epitelioide (el 60% y de mejor pronóstico), sarcomatoso (el 15% y de peor pronóstico) y combinado (bifásico sarcomatoso epitelioide, el 25%).<sup>4-6</sup> El paciente presentado evidenció un patrón sarcomatoso, cuyo peor pronóstico explicaría su rápido desenlace fatal.

Son hallazgos histológicos en las MTSc de MP: atipia citológica variable, producción focal de mucina y células neoplásicas dispuestas en un patrón de crecimiento difuso a nivel de dermis con una epidermis sin alteraciones significativas. Como diagnósticos diferenciales se plantean metástasis de adenocarcinomas, tumores anexiales y angiosarcomas epitelioides. La inmunohistoquímica confirma el diagnóstico con la positividad de las células tumorales para calretinina, citoqueratinas 5 y 6, WT1 y vimentina,<sup>6-8</sup> hecho observado en este paciente.

Sin tratamiento, el pronóstico para el MP es pobre, con una supervivencia en 16 meses para los estadios localizados y 5 meses para la enfermedad avanzada, dependiendo del tipo histológico del mismo.<sup>9</sup> Las opciones terapéuticas en etapas no avanzadas incluyen: neumonectomía extrapleural y pleurectomía-decorticación, con una supervivencia más prolongada. En las etapas avanzadas el tratamiento adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia posterior a cirugía ha demostrado mejoría de la supervivencia en algunos casos. En el paciente, dado lo avanzado de su cuadro clínico y el estado general, se optó por quimioterapia adyuvante pero falleció por falla orgánica asociada al compromiso tumoral sin llegar a recibirla.

Varios agentes citotóxicos (pemetrexed, raltitrexed, vinorelbina, vinflunina) han demostrado mejorar la calidad de vida y la supervivencia en el mesotelioma pleural.<sup>7-10</sup> En un estudio de fase III en 456 pacientes se demostró la efi-

ca de la combinación de pemetrexed más cisplatino o carboplatino en pacientes con MP que recibieron quimioterapia previa. La tasa de respuesta fue del 41% y la supervivencia media alcanzó los 12,1.<sup>6</sup> Lamentablemente el paciente presentado no pudo recibir tratamiento quimioterápico paliativo.

## Bibliografía

1. Staiger H., Brau G.F. Metástasis cutáneas, *Dermatol. Argent.*, 2013, 19: 15-25.
2. Sehtman A., Pagano P., Abbruzzese M. Mecanismos de metástasis cutáneas, *Dermatol. Argent.*, 1996, 2: 105-118.
3. Fletcher S.V., Laws D.E., McCutcheon J., Perkins P. Mesothelioma e a change in the natural history? Distant cutaneous and soft tissue metastases following chemotherapy, *Respiratory Medicine CME*, 2009, 2: 25-26.
4. Tilger W., Reichrath J., Muller C. Disseminated cutaneous metastasis of a biphasic pleural mesothelioma, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2009, 23: 226-227.
5. Escribano Dueñas A.M., Vaquero Barrios J.M. Mesotelioma pleural maligno. En *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Neumología*, Soto Campos J.G., 2ª edición., Editorial Ergón, Madrid, España, 2009, capítulo 53: 649-656.
6. Elbahaie A.M., Kamel D.E., Lawrence J., Davidson G.N. Late cutaneous metastases to the face from malignant pleural mesothelioma: A case report and review of the literature, *WJSO*, 2009, 7: 1-5.
7. Maiorana A., Giusti F., Cesinaro A.M., Conti A. et al. Cutaneous metastases as the first manifestation of pleural malignant mesothelioma, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2006, 54: 363-365.
8. Shieh S., Grassi M., Schwarz J.K., Cheney R.T. Pleural mesothelioma with cutaneous extensión to chest wall scars, *J. Cutan. Pathol.*, 2004, 31: 497-501.
9. Cassarino D.S., Xue W., Shannon K.J. Widespread cutaneous and perioral metastases of mesothelioma, *J. Cutan. Pathol.*, 2003, 30: 582-585.
10. Gaudy-Marqueste C., Dales J.P., Collet-Villette A.M., Grob J.J. et al. Métastases cutanées de mésothélioma pleural: deux observations, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 2003, 130: 455-459.