

Lesión tumoral en dorso

Tumor in back

Lais Gomes Barbosa Cunha¹, Mariana Arias², Alejandra Abeldaño³, María Cristina Kien⁴

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 63 años, con antecedentes de cáncer neuroendocrino pulmonar de tipo células pequeñas que requirió tratamiento quirúrgico (lobectomía media derecha) y posteriormente 4 ciclos de quimioterapia con cisplatino y etopósido 3 años antes.

Se solicita evaluación del Servicio de Oncología por lesión de un mes de evolución, asintomática, que asienta sobre cicatriz de lobectomía derecha.

Examen físico: lesión tumoral profunda levemente eritematosa con telangiectasias en su superficie, de 3 cm de diámetro, móvil, de consistencia dura, sobre tercio interno de cicatriz a nivel paravertebral derecho (**Fotos 1 y 2**).

Estudios complementarios:

- **Laboratorio:** glucemia 309 mg/dl, urea 0,60 g/l, LDH 886 UI/l (VN hasta 460). Resto dentro de parámetros normales.
- **TAC tórax, abdomen y pelvis:** conglomerados adenopáticos mediastinales y glándula suprarrenal izquierda con franco aumento de tamaño, heterogénea de bordes irregulares.

- **Punción aspiración de masa suprarrenal izquierda:** negativa para células tumorales.
- **Centellograma óseo corporal total:** hipercaptación de 8va y 9na costillas izquierdas, 7ma, 8va y 9na costillas derechas.

Estudio histopatológico e inmunohistoquímica:

- **Examen con hematoxilina-eosina:** se observa epidermis sin alteraciones; a nivel de dermis e hipodermis, presencia de fibrosis cicatrizal, población monomorfa de células neoplásicas pequeñas redondas con escaso citoplasma y núcleo basofílico con alto índice mitótico (**Foto 3**). Se observa además desprendimiento de la cromatina por depósitos de ADN en los vasos sanguíneos del tumor (fenómeno de Azzopardi) (**Foto 4**).
- **Inmunohistoquímica:** citoqueratina 20 negativa, factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) positivo con marcación nuclear, CD56 positivo en membrana y citoplasma, citoqueratinas 8 y 18 (cam 5.2) positivas. (Dermatol Argent 2009;15(6):454-456).



Fotos 1 y 2. Lesión tumoral con telangiectasias en su superficie, sobre tercio interno de cicatriz a nivel paravertebral derecho.

Fecha de recepción: 17/7/09 | **Fecha de aprobación:** 30/7/09

1. Médica concurrente (2do año del Curso de Especialistas UBA).
 2. Médico dermatólogo.
 3. Jefa de Sección Fotomedicina. Docente adscripta de Dermatología. Facultad de Medicina, UBA.
 4. Médica dermatopatóloga.
- Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia

Lais Gomes Barbosa Cunha: Guardia Vieja 4176, 2º B. CABA, Rep. Argentina | lalacunha@yahoo.com.br

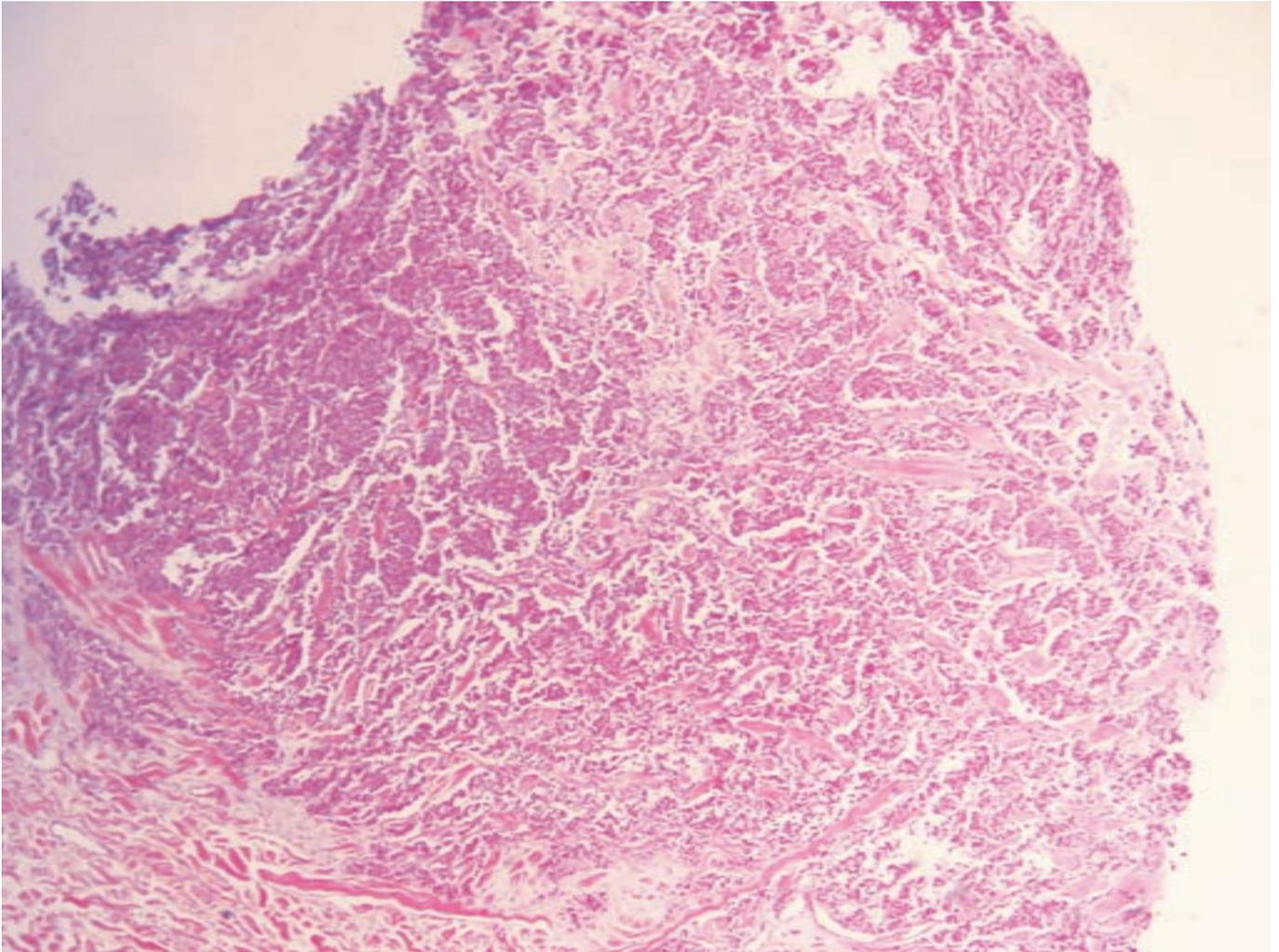


Foto 3. A nivel de dermis e hipodermis, presencia de fibrosis cicatrizal, población monomorfa de células neoplásicas pequeñas, redondas, con escaso citoplasma y núcleo basofílico, con alto índice mitótico (H-E).

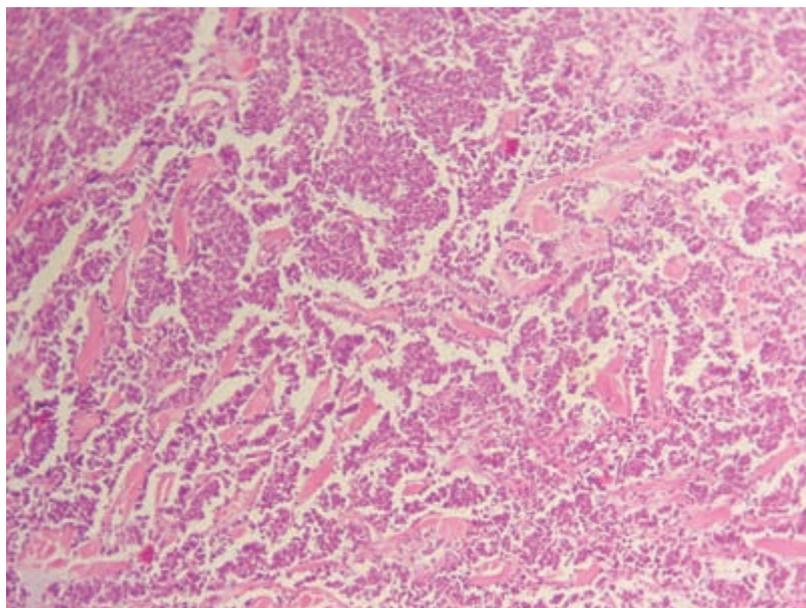


Foto 4. Fenómeno de Azzopardi.

Diagnóstico: metástasis cutánea de tumor neuroendocrino pulmonar.

Evolución

El Servicio de Oncología decide reiniciar quimioterapia sistémica con etopósido y cisplatino. Antes de empezar la terapéutica programada, la paciente fue internada y fallece a causa de shock séptico a punto de partida de un foco respiratorio.

Comentario

Las metástasis cutáneas se originan generalmente en carcinomas viscerales, aunque el melanoma es la tercera fuente más común en ambos sexos. Su incidencia se estima entre el 1,4 y el 6,7%. En la mujer, el carcinoma de mama representa la primera fuente de metástasis cutánea. Siguen en frecuencia: ovario, útero y colon. En el hombre: pulmón, colon, boca y riñón. El grupo comprendido entre los 50 y los 70 años es el más afectado.^{1,2} Las metástasis cutáneas de cáncer de pulmón pueden darse aproximadamente en el 1 al 12% de los pacientes. De éstas, el 30% corresponde a adenocarcinomas; otro porcentaje similar a carcinomas de células escamosas y el 40% restante a tumores indiferenciados.¹ Es sumamente infrecuente que se presenten en los carcinomas de células pequeñas (tipo *oat cell*).^{1,3}

La presentación de las lesiones cutáneas como primera manifestación de una neoplasia es muy poco común. En una revisión realizada por Lookingbill,³ la participación de la piel era el primer signo de la enfermedad en sólo el 0,8% de los pacientes con tumores sistémicos.^{1,3,4}

Las lesiones tienden a aparecer primero en la vecindad del tumor primario. Así, los sitios comunes de afectación en el caso de tumores de pulmón son: tórax, dorso, abdomen, cuero cabelludo y cuello, mientras que la aparición en las extremidades, tanto superiores como inferiores, es rara.

El pronóstico en estos pacientes es muy pobre por lo avanzado de la enfermedad; además, es frecuente que haya compromiso de otros órganos como cerebro, hígado, huesos y glándulas suprarrenales.

Constituyen un signo de mal pronóstico, dado que la sobrevida es de aproximadamente 4 a 6 meses (similar a la de las metástasis cutáneas de otros tipos de tumores).^{3,5}

El diagnóstico diferencial histológico principal en este caso es con el carcinoma neuroendocrino cutáneo primario (carcinoma de células de Merkel) por lo cual hay que realizar siempre inmunohistoquímica (**Cuadro 1**). La citoqueratina 20, como en nuestra paciente, es negativa en las metástasis de car-

CUADRO 1. INMUNOHISTOQUÍMICA PARA DIFERENCIAR EL CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL DE LAS METÁSTASIS CUTÁNEAS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS.

	Carcinoma de células de Merkel	Metástasis de tumor neuroendocrino
CK20	+	-
TTF1	-	+
Cam 5.2	+	+
CD 56	+	+

cinoma neuroendocrino; por el contrario, es positiva en el tumor neuroendocrino cutáneo primario. Otros marcadores útiles para diferenciarlos son: el factor de transcripción tiroideo 1 (TTF-1) que resulta negativo en el carcinoma de células de Merkel, mientras que el CD56 y las citoqueratinas 8 y 18 (cam 5.2) son positivos en el carcinoma neuroendocrino cutáneo primario.

Desde el punto de vista histopatológico, otros diagnósticos diferenciales a considerar son el rhabdomyosarcoma y los linfomas.⁶⁻⁸

Estas lesiones metastásicas de tumores neuroendocrinos de pulmón presentan alto grado de malignidad, por lo que son frecuentes tanto las recidivas locales como la diseminación a otros órganos.¹

Referencias

1. Pec J, Plank L, Kliment J, Luptak J, et al. Multiple cutaneous metastases as the first sign of lung cancer in a patient with well-differentiated papillary transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Eur J Dermatol* 1998;8:573-574.
2. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972;29:1298-1307.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:19-26.
4. Hidaka T, Ishii Y, Kitamura S. Clinical features of skin metastasis from lung cancer. *Intern Med* 1996;35:459-462.
5. Sehtman A, Pagano P, Abbruzzese M. Mecanismos de metástasis cutáneas. *Dermatol Argent* 1996;2:105-117.
6. Reingold IM. Cutaneous metastases from internal carcinoma. *Cancer* 1966;19:162-168.
7. Kerl H, Hofmann-Wellenhof R. Carcinoma neuroendocrino cutáneo: carcinoma de las células de Merkel. En: Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen KF, et al. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*, 6ta edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005:909-914.
8. Leech SN, Kolar AJ, Barrett PD, Sinclair SA, et al. Merkel cell carcinoma can be distinguished from metastatic small cell carcinoma using antibodies to cytokeratin 20 and thyroid transcription factor 1. *J Clin Pathol* 2001;54:727-729.