

METÁSTASIS CUTÁNEA MAMARIA DE ADENOCARCINOMA DE SIGMA

BREAST SKIN METASTASIS FROM SIGMOID COLON CANCER

J.P. Roldán-Aviña¹, S. Merlo-Molina¹, C. Vila-Sava¹, J. Neila-Iglesias¹, F.J. Torres-Gómez²

¹Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

²Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla.

Resumen

Las metástasis cutáneas de los adenocarcinomas colorectales son raras y constituyen un signo de enfermedad avanzada. Presentamos el caso de una paciente de 81 años intervenida tres años antes de un adenocarcinoma de sigma (estadio IIA) sin tratamiento adyuvante por su edad y comorbilidad, remitida a la unidad de patología mamaria por presentar una lesión cutánea periareolar en la mama izquierda que finalmente fue diagnosticada tras biopsia excisional de metástasis cutánea de adenocarcinoma de tipo intestinal de origen en colon.

Palabras clave: Cáncer de colon. Metástasis cutánea. Cáncer de mama.

Summary

Cutaneous metastases of colorectal adenocarcinomas are rare and are considered a sign of advanced disease. We report the case of an 81 year-old patient who underwent surgery three years before for sigmoid colon adenocarcinoma (stage IIA) without adjuvant treatment due to her age and comorbidity. She was referred to the breast pathology unit for presenting a periareolar skin lesion on the left breast that finally was diagnosed after excisional biopsy of cutaneous metastatic adenocarcinoma of intestinal type with origin in the colon.

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
jproldan@aecirujanos.es

Keywords: Colon cancer. Cutaneous metastasis. Breast cancer.

Introducción

Las metástasis cutáneas (MC) son el resultado de la infiltración de la piel por proliferaciones de células procedentes de tumores malignos situados a distancia¹. Los carcinomas colorrectales (CCR) metastatizan más frecuentemente en el hígado o en los pulmones², y sólo en el 2,3%-6% de los casos existen metástasis a nivel cutáneo^{3,4}. Las neoplasias que metastatizan en la piel con mayor frecuencia son el cáncer de pulmón en el hombre y el de mama en la mujer⁵, siendo este último el que globalmente presenta MC con mayor frecuencia⁶. La afectación cutánea es sinónimo de enfermedad diseminada e implica un mal pronóstico¹.

Descripción caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 81 años con cardiopatía hipertensiva avanzada, portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, intervenida 3 años antes de sigmoidectomía por adenocarcinoma de colon (pT3 pN0 (0/5) cM0 G2 R0 –estadio IIA-), sin adyuvancia por su edad y comorbilidad.

Consulta con su médico de atención primaria por una lesión cutánea pruriginosa y poco dolorosa, de aspecto inflamatorio-infeccioso que es diagnosticada inicialmente de forúnculo, prescribiéndose tratamiento con mupirocina tópica y cloxacilina oral. Al no existir mejoría y haber cambiado de aspecto es remitida a la unidad de patología mamaria para valoración y estudio. La exploración mamaria no presentaba nódulos, apreciándose en la mama izquierda a nivel periareolar una lesión cutánea en forma de placa dura, no dolorosa, vascularizada, de unos 3 cm de diámetro,

sin signos de infección (Figura 1). En la mamografía se apreciaba una lesión nodular superficial con afectación cutánea (Figura 2) y en la ecografía complementaria dicha lesión se correspondía con un engrosamiento dérmico de 18 x 8 mm (Figura 3), no existiendo hallazgos en el parénquima mamario. Se realizó exéresis de la lesión. El estudio anatomopatológico informó de un adenocarcinoma infiltrante compatible con adenocarcinoma de tipo intestinal metastásico de origen en colon (CK20+, CK 7-, mamaglobina-).

En la revisión de la paciente por el servicio de oncología se solicitó TC de tórax y abdomen que mostró 3 nódulos pulmonares sugestivos de metástasis, a la vez que se detectó elevación de cifras de CEA (22 ng/mL). La paciente rechazó tratamiento quimioterápico.



Figura 1 Mama izquierda: lesión cutánea periareolar, en forma de placa dura, no dolorosa e hipervascularizada.

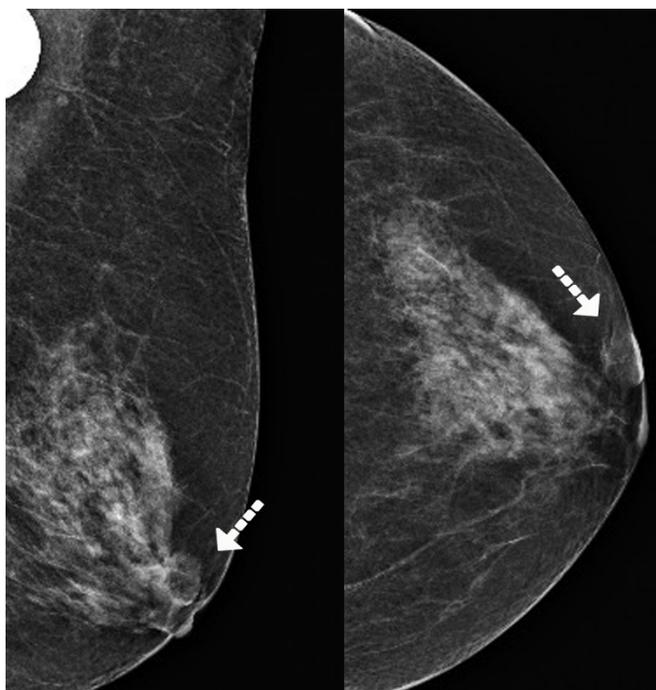


Figura 2 Mamografía craneocaudal y oblicua mediolateral izquierda: lesión nodular superficial con afectación cutánea (flechas).

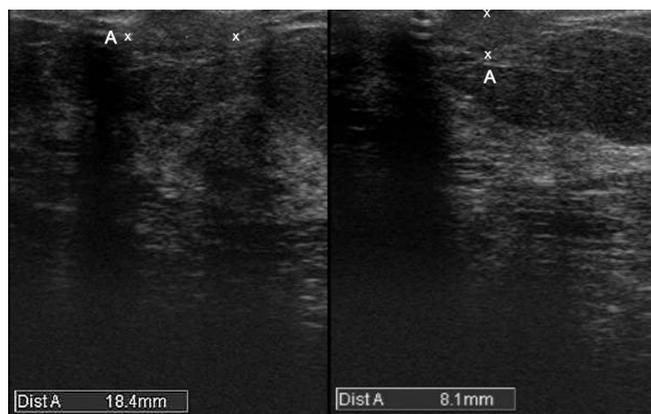


Figura 3 Ecografía mamaria izquierda: lesión cutánea con engrosamiento dérmico.

Discusión

Las MC son el resultado de la infiltración de la piel por proliferaciones celulares procedentes de tumores malignos situados a distancia¹. El mecanismo por el que se producen las MC no está completamente establecido pudiéndose producir por diseminación linfática o sanguínea, por implante cutáneo durante la cirugía^{3,5}, por contigüidad a través del peritoneo o incluso por embolización de células tumorales^{4,7}, excluyéndose por definición las lesiones que aparecen por crecimiento del tumor hacia la piel⁸.

Los pacientes con CCR que presentan MC suponen el 11,3% respecto al total de tumores que metastatizan en la piel, ocupando el tercer lugar detrás del cáncer de mama (36,2%) y del cáncer de pulmón (16,3%)⁹.

En cualquier caso, las MC suponen un hallazgo infrecuente en la práctica clínica que se da únicamente en el 0,7%-5% de los pacientes con cáncer⁶. En el caso del CCR, se han descrito en el 2,3%-6% de los pacientes^{2,3,5}, existiendo diferencias geográficas respecto a su incidencia¹⁰. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico del tumor primario y la detección de la MC oscila entre 1-5 años^{7,8} y habitualmente se presenta de forma simultánea con metástasis hepáticas, peritoneales o pulmonares². Las localizaciones más frecuentes además de la herida quirúrgica⁵ son el tórax y el abdomen, y las que menos son la cara y el cuero cabelludo^{6,7}.

La mayoría de las MC se producen en una región corporal próxima al tumor primario -en el caso del CCR en el abdomen o en la pelvis⁴- aunque, como en nuestro caso, no es infrecuente que se encuentren situadas a distancia. Habitualmente se trata de nódulos violáceos, firmes aunque no adheridos a planos profundos, indolores, únicos o múltiples, pudiendo imitar a los quistes epidérmicos, neurofibromas, lipomas, placas de morfea e incluso más raramente procesos infecciosos cutáneos³, que forman parte de su diagnóstico diferencial. Desde el punto de vista anatomopatológico las MC suelen imitar el patrón del tumor primario⁷.

La presencia de MC es un signo de enfermedad diseminada e implica un mal pronóstico¹⁻¹⁰. En el caso de las MC por CCR se ha descrito una supervivencia media entre 4,4 y 18 meses^{2,3,9}.

La existencia de metástasis en otras localizaciones determina el tratamiento, quirúrgico asociado o no a quimioterapia⁸. En lesiones bien delimitadas se recomienda la exéresis amplia^{1,3}. No obstante, la exéresis de las MC no supone claramente un aumento en la supervivencia y en muchas ocasiones la finalidad es exclusivamente paliativa^{1,7}.

Bibliografía

1. Fernández-Antón Martínez MC, Parra-Blanco V, Avilés Izquierdo JA, Suárez-Fernández RM. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermosifilogr*. 2013; 104: 841-853.
2. Russo GL, Accarpio F, Spinelli GP, Miele E, Borrini F, Cerbone L et al. Subcutaneous metastases from colon cancer: a case report. *J Med Case Rep*. 2012; 6: 212-215.
3. Nesseris I, Tsamakís C, Gregoriou S, Ditsos I, Christofidou E, Rigopoulos D. Cutaneous metastasis of colon adenocarcinoma: case report and review of the literature. *An Bras Dermatol*. 2013; 6: 56-58.
4. Gomes CM, Bin FC, Klug WA, Valdis T, Preza MT. Cutaneous metastases from colonic adenocarcinoma – case report. *J Coloproctol*. 2012; 32: 297-300.
5. Horiuchi A, Nozawa K, Akahane T, Shimada R, Shibuya H, Aoyagi Y et al. Skin metastasis from sigmoid colon cancer. *Int Surg*. 2011; 96: 135-138.
6. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J*. 2003; 96: 164-167.
7. Varma K, Singh UK, Jain M, Dhand PL. Cutaneous metastasis in anorectal adenocarcinoma. *Indian Dermatol Online J*. 2015; 6: 213-216.
8. Chiesura V, Caballero G, Garay I, Kurpis M, Ruiz-Lascano A. Metástasis cutáneas: a propósito de 6 casos. *Arch Argent Dermatol*. 2013; 63: 180-186.
9. Hu SC, Chen GS, Lu YW, Wu CS, Lan CC. Cutaneous metastases from different internal malignancies: a clinical and prognostic appraisal. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2008; 22: 735-740.
10. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chair CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 60: 379-387.