

Presentación de caso

Metástasis cutánea de adenocarcinoma mamario: carcinoma erisipeloide

Cutaneous metastasis of breast adenocarcinoma: erysipeloid carcinoma

Thuyen Fong Fernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6819-1446>

Leister G. Acosta Queralta¹ <https://orcid.org/0000-0002-1381-4789>

Lázara Alacán Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-9650-2966>

Maryla González Gorrín³ <https://orcid.org/0000-0001-7034-5264>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “10 de octubre”. La Habana, Cuba.

²Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

³Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: thuyenfong@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las metástasis cutáneas de un tumor maligno interno son raras y aparecen en 1 - 2 % de los pacientes, sobre todo por vía linfática o vascular. El cáncer de mama es el que con más frecuencia metastatiza en la piel. Se suelen presentar como nódulos o pápulas firmes, indoloras, de color piel o rojo-rosadas. Otras formas de presentación son lesiones inflamatorias de tipo erisipela o cicatrizales. Se presenta paciente femenina de 72 años de edad, fototipo cutáneo V, con antecedentes de arritmia para el cual le pusieron marcapaso, y de cáncer de mama, diagnosticado hace 5 años, con mastectomía izquierda. Hace 2 años comenzó a presentar lesión en la piel, en la zona de la herida quirúrgica, para lo cual le indicaron varios tratamientos, sin obtener mejoría. Se realiza biopsia de piel que confirma diagnóstico de metástasis cutánea de neoplasia mama, de tipo carcinoma erisipeloide. El reconocimiento rápido de las metástasis cutáneas resulta importante, porque puede ser el primer signo de un tumor maligno interno y suele presagiar mal pronóstico. Además, se pueden usar como indicador de la respuesta frente a los tratamientos sistémicos.

Palabras clave: metástasis cutáneas; carcinoma erisipeloide.

ABSTRACT

Skin metastases of an internal malignant tumor are rare, appearing in 1%-2% of the patients and mostly by lymphatic or vascular routes. Breast cancer is the type most commonly metastasizing to the skin. Lesions take the form of firm painless skin-colored or red-pink nodules or papules. Other forms of presentation are erysipelas-like or scarring inflammatory lesions. A case is presented of a female 72-year-old patient of skin phototype V and a history of arrhythmia, for which she had a pacemaker installed, and breast cancer diagnosed five years ago and treated by left mastectomy. Two years ago a lesion appeared on the skin of the surgical wound area, for which several treatments were indicated without any improvement. Skin biopsy confirmed the diagnosis of cutaneous metastasis of the breast neoplasm of the erysipeloid carcinoma type. Fast recognition of cutaneous metastases is important, for they may be the first sign of an internal malignant tumor of a bad prognosis. They may also be used as indicators of the response to systemic treatments.

Key words: skin metastasis; erysipeloid carcinoma.

Recibido: 13/06/2020

Aprobado: 18/07/2020

Introducción

La afectación de la piel por una neoplasia maligna interna es poco frecuente y se debe a la diseminación del tumor por alguna de estas rutas:

- Embolización vascular o linfática.
- Diseminación por contigüidad a través de espacios tisulares, linfáticos o canales vasculares.
- Implantación directa en procedimientos quirúrgicos.⁽¹⁾

El reconocimiento clínico de las metástasis tiene una importancia fundamental, porque estas pueden ser el signo de presentación de un tumor maligno de base y se consideran indicativas de mal pronóstico.^(1,2)

Aunque las metástasis cutáneas pueden aparecer a cualquier edad, la máxima incidencia se observa entre las décadas quinta y séptima de la vida. Las metástasis cutáneas pueden ser el signo de presentación de un tumor maligno de base y se han descrito frecuencias en el 0,6 - 7,6 % de los pacientes.^(1,2,3)

En muchos casos las metástasis cutáneas se localizan en la inmediata vecindad del tumor primario. Los carcinomas de mama y pulmón suelen metastizar en la pared torácica anterior.^(2,5)

Las metástasis cutáneas se presentan típicamente como pápulas o nódulos firmes, múltiples, que suelen ser indoloros, móviles y tienen color piel o rosados. Inicialmente crecen con rapidez, pero luego quedan estáticas. Las lesiones precoces no se suelen ulcerar, salvo que se traumaticen, y se pueden diagnosticar por error como lesiones cutáneas inocentes, como quistes epidermoides, o como lipomas. Las metástasis cutáneas de un melanoma pueden tener un color negro o azulado, mientras que las originadas en carcinomas renales, coriocarcinomas o carcinomas de pulmón se pueden confundir con lesiones vasculares.^(1,3,6)

Otras formas de presentación clínica incluyen las metástasis cutáneas inflamatorias o carcinoma erisipeloide, que se parece a una erisipela o celulitis. Las placas eritematosas calientes se deben, al parecer, a la oclusión y dilatación de los vasos linfáticos superficiales por células tumorales. Aparecen típicamente en la pared anterior del tórax del paciente, con un carcinoma de mama, aunque también se pueden ver en tumores del páncreas, del estómago, del pulmón, del recto, del ovario o de la parótida.^(1,2,3)

Caso clínico

Paciente femenina de 72 años de edad, fototipo cutáneo V, con antecedentes de arritmia, para lo cual le pusieron tratamiento con un marcapaso. Además, hace 5 años le diagnosticaron cáncer de mama, y le realizaron mastectomía izquierda. Es remitida a nuestro servicio de Dermatología porque desde hacía 2 años comenzó a presentar lesión en la piel, que al inicio era una placa eritematosa, con bordes elevados de 3 cm de diámetro, localizada en el hombro izquierdo, para lo cual se le indicaron múltiples tratamientos sin mejoría alguna.

Al examen dermatológico se observa una placa eritematosa de gran tamaño, abarca toda el área de la herida quirúrgica de mastectomía, se extiende por fuera de la misma, y presenta bordes elevados (Fig. 1).



Fig. 1 - Placa eritematosa de gran tamaño, que abarca toda el área de la herida quirúrgica de mastectomía.

Se observa, además, otra placa eritematosa de 10 cm de diámetro, de bordes irregulares, y localizada en el hombro izquierdo (Fig. 2), así como varias placas eritematosas de pequeño tamaño en la mama derecha (Fig. 3).



Fig. 2 - Lesión eritematosa en placa, localizada a nivel del hombro izquierdo.



Fig. 3 - Placas eritematosas, de pequeño tamaño localizadas en mama derecha.

Se realizan los siguientes exámenes complementarios:

Hemograma: Hb: 121 g/l; Leuco $5,4 \times 10^9/l$; Eritrosedimentación 36 mm; Glicemia 5,6 mmol/L; Creatinina 120 $\mu\text{mol/L}$; Ácido úrico 256 mmol/L; TGP 28 UI; TGO 38 UI; GGT 27 UI; fosfatasa alcalina 159 UI.

Examen micológico directo y cultivo: Negativo.

Biopsia de piel: (B973/19): Atrofia epidérmica moderada con aumento del pigmento de la basal, dermis con aumento del tejido fibroso y presencia en todos sus niveles de abundantes islotes bien delimitados de células epiteliales de diferentes tamaños, lo cual nos plantea la posibilidad de metástasis subcutánea de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con bordes de sección quirúrgica comprometidos (Fig. 4).

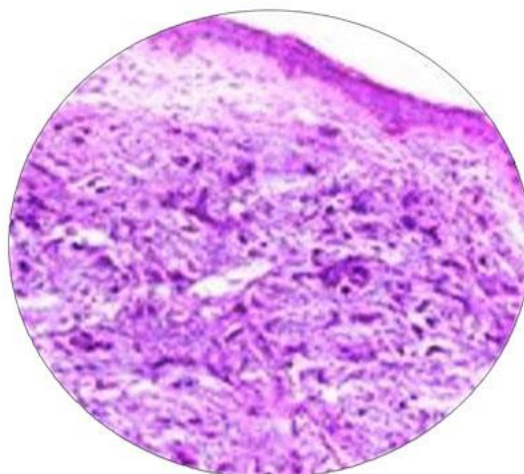


Fig. 4 - Imagen histológica que sugiere la posibilidad de metástasis cutánea.

Se indican además rayos x de tórax AP y lateral: Negativos.

TAC de tórax, abdomen y pelvis: Sin alteraciones.

Ultrasonido abdominal y ginecológico: Sin alteraciones.

Se discutió el caso en colectivo con dermatólogos y oncólogos y se concluyó como diagnóstico metástasis cutánea de adenocarcinoma mamario, de tipo carcinoma erisipeloide, dado por el cuadro clínico de la paciente y la biopsia de piel.

La paciente es remitida al Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia (INOR) donde fue valorada en la consulta de mama. Se diagnostica carcinoma ductal invasor de mama izquierda y se sugiere comenzar tratamiento con quimioterapia.

Comentarios

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. Es una enfermedad clonal donde una célula individual, producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, lo que hace que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y, finalmente, se propaga a otras partes del cuerpo.^(7,8)

Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen: una edad avanzada, la primera menstruación a edad temprana, edad avanzada en el momento del primer parto, o nunca haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, consumo de hormonas, tales como estrógenos y progesterona, consumo de alcohol, y color de piel blanca. En el 5 - 10 % de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas.^(2,7,8,9)

El compromiso directo de la piel por metástasis de un tumor primario distante constituye probablemente el signo más característico de malignidad interna. La extensión directa se observa con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de mama y de cavidad oral.^(1,3,10)

Por lo general, una lesión metastásica de este tipo se manifiesta como una masa eritematosa cutánea o subcutánea de crecimiento rápido. Las lesiones de cáncer de mama producen a menudo metástasis en la pared torácica anterior.^(1,2) El rango de manifestación puede oscilar entre pequeños nódulos de 1 a 2 mm hasta extensas masas tumorales. Los nódulos pequeños son eritematosos, o francamente

hemorrágicos. Puede haber hemorragia en su interior o en el área circundante. El cáncer de mama metastásico también puede manifestarse como una erupción de tipo erisipelatosa conocida como carcinoma erisipeloide. Este tipo de cáncer habitualmente asintomático, puede ser doloroso.^(1,3)

Las metástasis cutáneas constituyen el marcador de neoplasia interna más específico. Los tumores que con más frecuencia las originan son los que con mayor asiduidad se observan en la población general, estos son, los tumores primarios de pulmón y colon en los varones, y los de mama, ovarios y colon en las mujeres. En general, las metástasis aparecen durante el curso evolutivo de una neoplasia ya diagnosticada.^(1,3)

Las lesiones suelen ser múltiples, en forma de nódulos duros al tacto y del color de la piel, rojizo o azulado. Tienden a localizarse en la piel cercana al lugar de origen del tumor primario, de aquí que con mayor frecuencia aparezcan en el tronco. Sin embargo, hay muchas excepciones y algunos tumores como los de mama, pulmón o riñón, son responsables de metástasis cutáneas. Resulta también muy característico de la extensión por contigüidad de un carcinoma de mama, el llamado carcinoma erisipeloide, que asemeja una erisipela o celulitis.^(3,10)

El reconocimiento rápido de las metástasis cutáneas resulta importante, porque puede ser el primer signo de un tumor maligno interno y suele presagiar un mal pronóstico. Además, se pueden usar como indicador de la respuesta frente a los tratamientos sistémicos.

Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1953.
2. Peña García Y, Maceo González M, Ávila Céspedes D, Utria Velázquez L, Más López Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. Rev. Finlay. 2017 Dic [acceso 31/05/2020];7(4):283-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 6 ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana S.A; 2005.
4. Ferrándiz Foraster C. Dermatología clínica. 2 ed. Londres: Mosby Doyma Libros; 2008. p. 271.

5. James DW, Beger GT, Elston MD. Andrews Diseases of the skin. Clinical Dermatology. 10th ed. New York: Elsevier; 2006.
6. Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. México: McGraw-Hill; 2013.
7. Goldman L, Schafer AI. Cecil y Goldman: Tratado de Medicina Interna. Vol. 2. 24 ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. Rozman C, Cardellach F. Farreras Rosman: Medicina Interna. 17 ed. España: Elsevier; 2012.
9. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins y Cotran: Patología estructural y funcional. 8 ed. España: Elsevier; 2010
10. Falabella R, Chaparro J, Barona M, Domínguez L. Dermatología. 7 ed. Medellín, Colombia: Editorial CIB; 2009.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Thuyen Fong Fernández: Seguimiento del paciente desde su diagnóstico y realización de la biopsia de piel del paciente. Organización de la información, y redacción del artículo.

Leister G. Acosta Queralta: Realización de la biopsia de piel del paciente y seguimiento del mismo. Búsqueda bibliográfica y redacción del artículo.

Lázara Alacán Pérez: Organización de la información recopilada.

Maryla González Gorrín: Búsqueda bibliográfica y revisión de la versión final del artículo.