



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Lesión cutánea como primer signo de una neoplasia pulmonar

Eduardo Esteban Zubero^{a,*}, Marcos César Reyes-Gonzales^a, Carlos López-García^b, Sara Anabel Alosó-Barragán^c, Moisés Alejandro Alatorre-Jiménez^b

^aDepartamento de Farmacología y Fisiología. Universidad de Zaragoza. España.

^bDepartment of Cellular and Structural Biology. University of Texas Health Science Center at San Antonio. San Antonio, Texas, USA.

^cDepartamento de Genética. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2015

Aceptado el 24 de octubre de 2016

On-line el 20 de febrero de 2017

Palabras clave:

Cáncer

Metástasis

Pulmón

Piel

Keywords

Cancer

Metastases

Lung

Skin

R E S U M E N

Las lesiones cutáneas son una entidad clínica frecuente en las consultas de atención primaria. Su etiología es diversa, lo que implica que este hallazgo puede ser el primer signo de patologías potencialmente graves (como neoplasias o enfermedades autoinmunes) según los síntomas acompañantes que se observen tras realizar una correcta anamnesis y exploración física. A propósito de dos casos de neoplasia pulmonar diagnosticadas a partir de dos letálides metastásicas, vamos a hacer una revisión de las metástasis cutáneas y su relación con los diferentes tipos de cáncer atendiendo sobre todo al de estirpe pulmonar.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Skin lesion as first sign of lung cancer

A B S T R A C T

Skin lesions are a common clinical entity in primary care consultations. This disturb may be the first sign of several pathologies, including a varying of severity illness (neoplasias, autoimmune diseases), which may be diagnosed depending on the concomitant clinic after a correct anamnesis and physical exploration. We are going to do a review of cutaneous metastasis and its relationship to the different type of cancer, mainly lung cancer, from a report of two cases of pulmonary neoplasia diagnosed from two cutaneous metastases.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezubero@gmail.com (E. Esteban Zubero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.006>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Las lesiones cutáneas son una entidad clínica frecuente en las consultas de atención primaria (AP). Diversos estudios han reflejado que cada paciente realiza una media de 1,7 visitas a su médico de AP en relación con patologías dermatológicas¹. Esto incluye patologías aparentemente banales, como la dermatitis de contacto, la más frecuentemente observada en nuestra clínica diaria², hasta potencialmente graves, como el melanoma. Se afirma que el 63 % de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad habían sido valorados por este motivo de consulta por su médico de AP en el año anterior al diagnóstico de esta patología¹.

El propósito de este trabajo es tratar de dar la importancia necesaria a las lesiones dermatológicas como signo guía para el diagnóstico de patologías graves como las neoplasias. Para ello, vamos a hacer una revisión de las metástasis cutáneas y su relación con los diferentes tipo de cáncer, atendiendo sobre todo al de estirpe pulmonar.

El primer caso es el de un varón de 65 años de edad, con antecedentes de tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisema, dislipemia y exfumador desde hace 10 años de 40 cigarrillos/día durante 20 años. Bajo tratamiento con bromuro de tiotropio, budesonida-formoterol inhalado, ácido acetilsalicílico, fluvastatina, manidipino y omeprazol.

Acude a consulta por una lesión de tipo papular en el abdomen, de 2 x 2 cm, de base eritematosa y de 2 meses de evolución. No refiere dolor ni prurito. De forma concomitante, y desde hace 1 mes, tos escasamente productiva de predominio matutino, que en ocasiones se acompaña de esputos ligeramente hemoptoicos. No fiebre ni otras alteraciones relevantes.

En la exploración cardiaca, pulmonar y abdominal no se aprecian alteraciones. No hay dolor con la palpación de las apófisis espinosas a ningún nivel; dolor con la palpación de la musculatura paravertebral derecha, entre la cuarta y la octava vértebras dorsales (D4-D8), sugerente de contractura muscular. En el abdomen presenta una lesión papular, eritematosa, sin alteraciones tróficas ni aumento de temperatura (Fig. 1); no dolor con la palpación. Exploración neurológica sin alteraciones.

En las pruebas complementarias destaca una discreta leucocitosis ($16.900/\text{mm}^3$) con desviación a la izquierda (84 % de neutrofilia).

Radiografía de tórax: atelectasia laminar izquierda.

Ante la evolución y la clínica se realiza una TAC tóraco-abdominal, en la que se observa una masa de 4 cm de diámetro en el segmento posterior del lóbulo superior izquierdo, que contacta con la pleura visceral y la cisura oblicua mayor, con adenopatías mediastínicas y derrame pleural bilateral de predominio izquierdo; metástasis ósea en la vértebra T5 y tumoración de partes blandas que protruye hacia la cavidad torácica con posible afectación raquídea. Con estos hallazgos se concluye el diagnóstico de neoplasia primitiva de pulmón estadio 4 (T2 N3 M1) (Fig. 2).

Se realiza biopsia de la lesión pulmonar (PAT-TRUCUT), que demuestra que se trata de un carcinoma de células grandes. Esto concuerda con la biopsia que se realiza a la lesión cutánea, cuyo resultado es el de metástasis por un adenocarcinoma indiferenciado de células grandes.

El segundo caso es el de un varón de 54 años de edad, con antecedentes de tabaquismo activo de 40 cigarrillos/día desde los 15 años. Presenta dos lesiones papulosas, una en



Figura 1 – Lesión papular, eritematosa, sin alteraciones tróficas ni aumento de temperatura, de 2x2 cm.

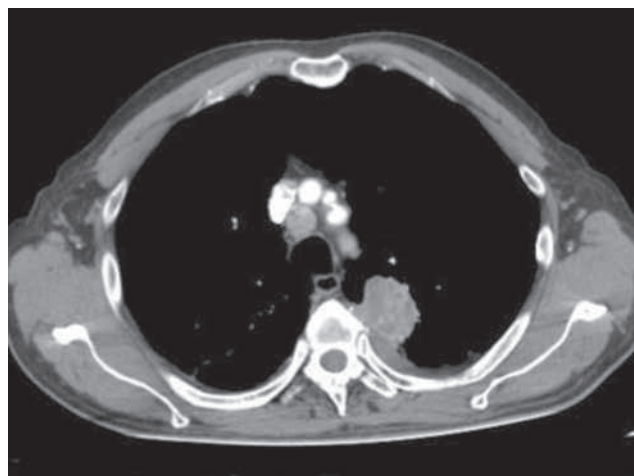


Figura 2 – TAC tóraco-abdominal: masa de 4 cm de diámetro en el segmento posterior del lóbulo superior izquierdo, que contacta con la pleura visceral y la cisura oblicua; metástasis ósea en la vértebra T5; tumoración de partes blandas que protruye hacia la cavidad torácica.

la clavícula izquierda y otra sobre la escápula derecha, de 1 mes de evolución; no son dolorosas ni pruriginosas. Además, refiere tos seca de varios meses de evolución, con expectoración marronácea que ha aumentado en el último mes. No disnea ni otras alteraciones.

En la exploración cardiaca, pulmonar y abdominal no se aprecian alteraciones. No hay dolor con la palpación de las apófisis espinosas a ningún nivel, ni alteraciones de la musculatura accesoria. Exploración neurológica sin alteraciones. En la exploración física presenta dos lesiones papulosas con base levemente hiperémica, una en la clavícula izquierda y otra sobre la escápula derecha, de unos 5 cm de diámetro, de consistencia dura, no dolorosas y sin aumento de temperatura.

En las pruebas complementarias destaca discreta leucocitosis ($20.300/\text{mm}^3$) sin alteraciones en la fórmula.



Figura 3 – Radiografía de tórax: imagen nodular de 18,5 mm, suprahiliar, con tracción apical del hilio izquierdo.

Radiografía de tórax: imagen nodular de 18,5 mm, suprahiliar, con tracción apical del hilio izquierdo (Fig. 3).

En la TAC tóraco-abdominal se aprecia una tumoración de 45 mm de diámetro en el hilio pulmonar izquierdo, que engloba el bronquio principal y el bronquio del segmento 6, y estenosa el bronquio del lóbulo inferior; adenopatías mediastínicas; tumoración de 55 mm de diámetro dependiente de la glándula adrenal izquierda, de tipo metastásico; destrucción de la articulación costovertebral izquierda en T9, que produce efecto de masa en partes blandas y protruye sobre el parénquima pulmonar. Con estos hallazgos se concluye el diagnóstico de neoplasia primitiva de pulmón estadio 4 (T4 N2 M1) (Fig. 4).

Se realiza biopsia de la lesión cutánea, en la que se observa metástasis dérmica de carcinoma escamoso pobremente diferenciado (Fig. 5).

Comentario

En 2012 hubo una incidencia de cáncer de pulmón de aproximadamente 1,8 millones de pacientes y causó, de forma estimada, 1,6 millones de muertes³.

El pronóstico del cáncer de pulmón es infausto. La tasa de supervivencia a los 5 años es de aproximadamente el 15 %.

Los tipos histológicos más frecuentes son el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas, seguidos a una distancia relativamente importante del carcinoma de células pequeñas y del carcinoma de células grandes⁴.

Con frecuencia, este tipo de neoplasias metastatizan en los ganglios linfáticos hiliares, las glándulas suprarrenales, el hígado, el cerebro y los huesos. Se han observado casos que se presentan con metástasis cutáneas, aunque su frecuencia es baja⁵. Aunque estas últimas son raras, constituyen un signo guía importante para el diagnóstico del cáncer de pulmón, ya que en ocasiones su diagnóstico es difícil por la ausencia de síntomas o por la escasa importancia que le puede dar el paciente (como en los dos casos mencionados, en que ambos padecían tos crónica por la que no habían consultado al médico de AP). En general, se ha observado que las metástasis cutáneas constituyen la manifestación inicial de neoplasias de órganos internos en el 0,8 % de las ocasiones, pero, de estar presentes, implican un grado muy avanzado de la enfermedad y un muy mal pronóstico vital a corto plazo⁶.

Si atendemos a sexos, hay diferencias notables en cuanto a la etiología de las metástasis cutáneas. En los hombres se deben principalmente a tumores malignos primarios de pulmón (12-28 %), neoplasias gastrointestinales (11-19 %) y melanomas (13-32 %). En las mujeres, el pulmón es el quinto origen en prevalencia (4 %); son más frecuentes las neoplasias de mama (69 %), las de intestino grueso (9 %), las de melanoma (5 %) y las de ovarios (4 %). Cabe destacar que las metástasis cutáneas están presentes en el momento del diagnóstico del tumor primario en 20-60 % de los casos⁷.

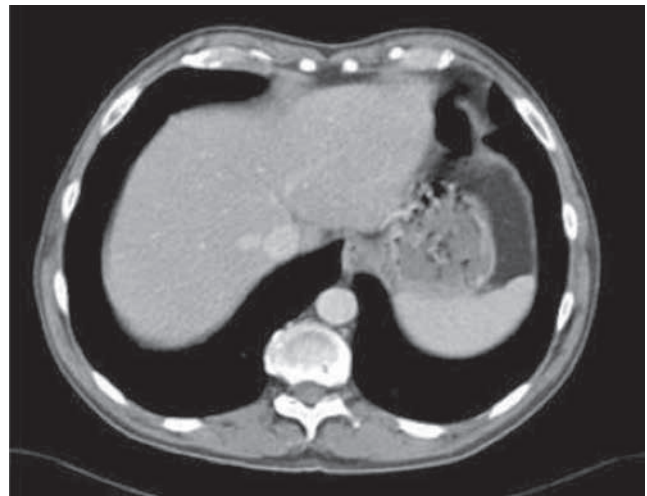
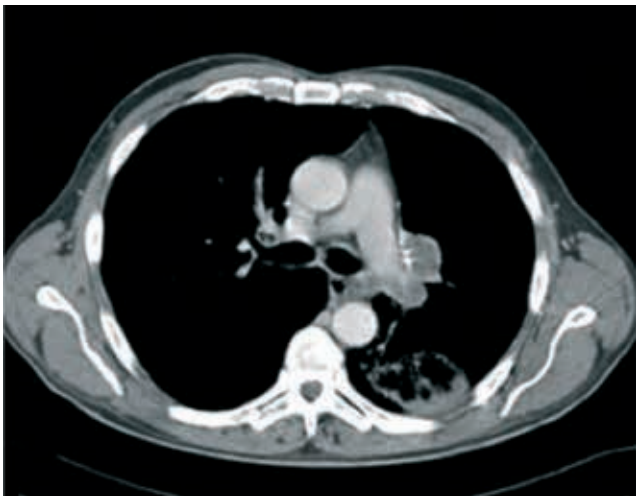


Figura 4 – TAC tóraco-abdominal: tumoración de 45 mm de diámetro en el hilio pulmonar izquierdo, que engloba el bronquio principal y el bronquio del segmento 6, y estenosa el bronquio del lóbulo inferior; destrucción de la articulación costovertebral izquierda, que en la vértebra T9 produce efecto de masa en las partes blandas y protruye sobre el parénquima pulmonar.

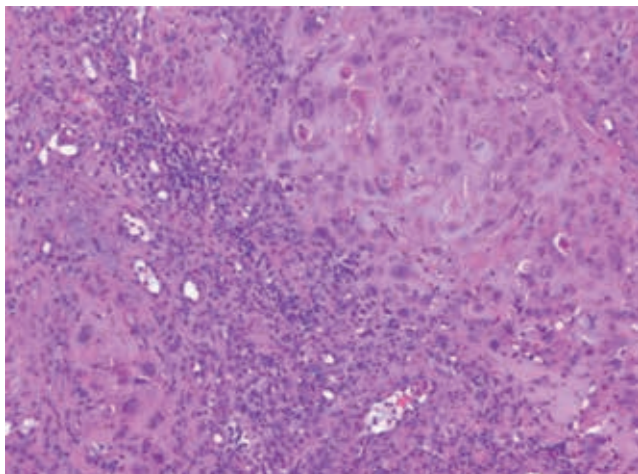


Figura 5 – Biopsia de la lesión cutánea: metástasis dérmica de carcinoma escamoso pobremente diferenciado con abundantes figuras de mitosis.

Atendiendo al tumor primario de los dos casos clínicos mencionados (neoplasia pulmonar), el porcentaje de pacientes con esta patología que desarrollan metástasis cutáneas se ha estimado en 1-12 %. Asimismo, y pese a haber comentado ya que el cáncer de pulmón no metastatiza frecuentemente en la a piel, cuando lo hace, el tiempo medio de supervivencia es de 5,75 meses⁸. Histológicamente las metástasis cutáneas de pulmón son con frecuencia pobremente diferenciadas⁹ y pueden invadir el sistema linfvascular, pero por lo general se limitan a la dermis y a las capas subcutáneas de la piel¹⁰.

Una correcta anamnesis para descubrir síntomas de alarma, como en estos casos (pérdida de peso, expectoración hemoptoica...) es de vital importancia a la hora de valorar la relevancia de una lesión cutánea.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goulart JM, Quigley EA, Dusza S, Jewell ST, Alexander G, Asgari MM, et al. Skin cancer education for primary care physicians: a systematic review of published evaluated interventions. *J Gen Intern Med.* 2011; 26: 1027-35.
2. Fleischer AB Jr, Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care.* 2000; 6: 1149-56.
3. Brambilla E, Travis WD. *World Cancer Report*. En: Stewart BW, Wild CP (eds). World Health Organization; 2014.
4. Novaes FT, Cataneo DC, Ruiz Junior RL, Defaveri J, Michelin OC, Cataneo AJ. Lung cancer: histology, staging, treatment and survival. *J Bras Pneumol.* 2008; 34: 595-600.
5. Perisano C, Spinelli MS, Graci C, Scaramuzza L, Marzetti E, Barone C, et al. Soft tissue metastases in lung cancer: a review of the literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012; 16: 1908-14.
6. Altintoprak F, Baytekin HF, Tasdemir C. Primary small cell carcinoma of the lung presenting with breast and skin metastases. *Korean J Intern Med.* 2011; 26: 207-9.
7. 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.
8. Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C, Soto Martínez JL, Martínez Y, Sevilla C, Carrato Mena A. Cutaneous metastases of lung cancer. *Clin Transl Oncol.* 2006; 8: 330-3.
9. Kamble R, Kumar L, Kochupillai V, Sharma A, Sandhoo MS, Mohanti BK. Cutaneous metastases of lung cancer. *Postgrad Med J.* 1995; 71: 741-3.
10. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol.* 2004; 31: 419-30.