

Metástasis cutáneas generalizadas como forma de presentación de un adenocarcinoma gástrico

F.J. Nicolás-Sánchez, J. Garreta-Messeque, L. Fernández-Cabrera, R.M. Serrat-Nuevo, M.E. Nicolás-Sánchez y J. Cabau-Rubies

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa María. Lleida. España.

Sr. Director:

Las metástasis cutáneas (MC) procedentes de neoplasias viscerales internas son infrecuentes y su incidencia entre los pacientes neoplásicos varía

entre el 0,71-9 %, dependiendo de las series estudiadas¹. Sólo un 6 % de las MC secundarias a tumores sólidos viscerales son producidas por carcinomas gástricos².

Se presenta el caso de un varón de 72 años, exfumador de 30 cigarrillos/día, con antecedentes de enolismo de unos 80 g/día. Consultó por varios episodios de rectorragia; refería la apari-



Múltiples nódulos subcutáneos en cuello, partes anterior y posterior del tronco, miembro superior y abdomen.

ción de múltiples nódulos subcutáneos en el último mes, anorexia y pérdida de unos 22 kg de peso. En la exploración física presentó múltiples nódulos subcutáneos, con una textura como el caucho en la cabeza, parte anterior del tronco, parte posterior del tronco (fig. 1) y extremidades. La hemoglobina era de 8,8 g/dl. La bioquímica renal y hepática fueron normales. CEA 251 ng/ml (n: 0,2-4), CA 19,9 > 120.000 UI/ml (n: 1-35). La radiografía de tórax era normal y en la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen había una ascitis masiva, con engrosamiento de la pared gástrica, una lesión focal de 1 cm en lóbulo hepático derecho y adenopatías pericava e inter-aorto-cava a nivel de hilios renales. La gastroscopia reveló en la zona prepilórica una masa mamelonada y ulcerada que envolvía el píloro. La biopsia del antro mostró infiltración por adenocarcinoma, y la realizada en nódulos subcutáneos de miembro superior y torácico se informó como infiltración por adenocarcinoma. La colonoscopia fue normal.

Se realizó tratamiento con docetaxel trihidrato, CDDP, y 5-FU, apreciándose disminución en el tamaño de las metástasis cutáneas, pero presentó fallo multiorgánico y falleció. La familia rechazó la necropsia.

Las MC suelen manifestarse como nódulos de entre 1-3 cm, redondos u ovals que están sobrelevados por encima de la superficie cutánea³⁻⁵. Pueden aparecer a cualquier edad, son infrecuentes en los carcinomas viscerales y se dan generalmente en la fase final de la enfermedad neoplásica^{6,7}, aunque a veces pueden ser la primera manifestación de un tumor maligno⁸.

La aparición de las MC en una determinada zona del cuerpo depende de la vía de diseminación linfática o sanguínea, de la adherencia que tengan al tejido diana y de la cantidad de células neoplásicas circulantes, ya que probablemente desarrollen la metástasis los agrupamientos que tengan más de 6-7 células neoplásicas, debido a que la mayor parte de las células circulantes en el torrente sanguíneo son eliminadas por el sistema inmune⁹. También conviene señalar que una metástasis primaria puede ser origen de metástasis secundarias. Las MC de los tumores digestivos suelen localizarse en la pared anterior del abdomen¹⁰. En nuestro caso las MC aparecieron en la cabeza, parte anterior y posterior del tronco y miembros superiores e inferiores. En cuanto a los parámetros analíticos el nivel de CA 19,9 por encima de 1.000 U/ml, indica que en el 90% de los casos el tumor es irreseccable¹¹. El CEA elevado también se asocia a metástasis¹². En el caso presentado los niveles de CA 19,9 y de CEA eran elevados. El tratamiento quimioterápico puede ser beneficioso en algunos casos⁸. Queremos destacar en nuestro paciente la aparición de MC generalizadas como forma de presentación de la enfermedad, lo cual permitió el diagnóstico de la neoplasia primaria.

Bibliografía

1. Seed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol.* 2004;31: 419-30.
2. Ozakkyol AH, Saricam T, Pasaoglu O. A rare entity: cutaneous metastasis from gastric carcinoma. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1118-9.
3. Toné J, Bonaut B, Sanz C, Martínez C, Torrero MV, Miranda Romero A. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de recto con distribución herpetiforme. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97:206-7.
4. García-Arpa M, Salamanca J, Ortiz PL, Rodríguez-Peralto J, Martín-Gallardo, Iglesias L. Metástasis cutáneas de leiomioma de útero. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:666-8.
5. Martínez-Menchón T, Mahiques L, Pérez-Ferriols A, Sánchez-Ballester, Fortea JM. Metástasis cutáneas en linfoma primario testicular. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95(6):382-4.
6. Segura Huerta A, Pérez-Fidalgo JA, López Tendero P, Gironés Sarrió R, Aparicio Urtasun J. Supervivencia de trece años en una paciente con metástasis cutáneas aisladas de adenocarcinoma gástrico. ¿Ante qué enfermedad nos encontramos? *An Med Interna.* 2003;20:251-3.
7. Muino Minguez A, Polo Casado A, Donis Sevillano E, et al. Metástasis cutáneas como presentación de cáncer de origen desconocido. *An Med Interna (Madrid).* 1986;10:442-3.
8. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7,316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 22:19-26.
9. Folkman J. Tumor invasion and metastasis. En: Holland JF, Frei E III, editors. *Cancer Medicine.* 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1982. p. 167-77.
10. Powell FC, Cooper AJ, Massa MC, Goellner JR, Su WP. Sister Mary Joseph's nodule: a clinical and histologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1984; 10:610-5.
11. Trape J, Molina R, Sant F. Clinical evaluation of the simultaneous determination of tumor markers in fluid and serum and their ratio in the differential diagnosis of serous effusions. *Tumour Biol.* 2004;25:276-81.
12. Goldstein MJ, Mitchell EP. Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. *Cancer Invest.* 2005;23(4): 338-51.