Lesión cutánea como primera manifestación de un adenocarcinoma gástrico

E. Iranzo Gómez, A. Segura Huerta¹, L. Palomar Abad¹, G. Silla Búrdalo, E. Saro

Resumen

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes y suelen aparecer en estadios finales de los cánceres. Sólo en un 0,8% de las ocasiones son la primera manifestación de la neoplasia y se asocian a un pronóstico infausto. Ante la existencia de cutánides debe conocerse que el tumor originario más frecuente en mujeres es el de mama y en los hombres es el de pulmón, en ambos sexos se siguen de los gastrointestinales. Presentamos el caso de un varón de 63 años que consultó por una lesión nodular cutánea que histológicamente mostró ser una metástasis de adenocarcinoma. El estudio de extensión confirmó la presencia de un adenocarcinoma gástrico metastático.

Palabras clave:

Cáncer gástrico. Metástasis cutáneas. Quimioterapia. Tratamiento.

Oncología, 2006; 29 (5):219-222

Summary

Skin metastases are infrequent, generally of late appearance and of very bad prognosis. They are the first symptom of cancer in 0.8% of cases. The prognosis of patients with skin metastases is worst than that for other localizations. The most frequent origin of skin metastases are lung cancer in men and breast cancer in women, followed by the gastrointestinal neoplasms. We present the case of a 63 year old patient with a cutaneous lesion that histopathology showed to be an adenocarcinoma. The workup study led to the diagnosis of metastatic gastric cancer.

Key words: Gastric cancer. Skin metastases. Chemotherapy. Treatment.

Introducción

El adenocarcinoma gástrico es un tumor de alta letalidad. La supervivencia media es de 10 meses y el porcentaje de pacientes que viven a 5 años es menor del 10%. La sintomatología inespecífica con malestar epigástrico, astenia o anemia leve retrasan el diagnóstico y la mayoría de los pacientes se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad¹. El procedimiento terapéutico de elección es la cirugía pero ésta sólo es posible en un tercio de los pacientes. El 80% de los pacientes resecados presentarán una recaída. La diseminación linfática es la que con más frecuencia se produce, estando presente al diagnóstico en un 70% de los casos. La extensión por vía hematógena se produce sobre todo a hígado y cavidad peritoneal y menos frecuentemente a pulmón, glándula suprarrenal y piel. Esta última cuando aparece lo hace generalmente en vecindad al tumor primario. Las metástasis cutáneas son poco frecuentes en los carcinomas viscerales, suelen aparecer en estadios finales de enfermedad y se consideran de pronóstico infausto². Sólo en un 0,8% de las ocasiones son la primera manifestación de la neoplasia. Presentamos el caso de un varón de 63 años que consultó por una lesión nodular a nivel lumbar derecho de 5 x 3 cm de un mes de evolución y rápido crecimiento que histológicamente mostró ser una metástasis de adenocarcinoma.

Caso clínico

Varón de 63 años sin antecedentes de interés. Consultó por presentar una lesión nodular a nivel del cuadrante dorso-lumbar derecho de un mes de evolución y rápido crecimiento, asociado a un cuadro de astenia y anorexia desde hacía tres meses, con pérdida de peso de 10 kg. No refería otro tipo de sintomatología. A la exploración física destacaba únicamente una discreta hepatomegalia. A nivel dorso-lumbar derecho se observaba la lesión nodular de 5x3 cm, de coloración violácea, no adherida a planos profundos pero que producía dolor al roce y a la movilización (Figura 1).

Analíticamente sólo destacaba una urea de 74 mg/dl, con creatinina de 1.93 mg/dl y GGT 83 UI/L con GOT/GPT normales. Se realizó una radio-

Figura 1.

grafía de tórax que objetivaba una elevación de diafragma izquierdo y una elongación aórtica, sin otros hallazgos. Se realizó biopsia de la lesión en piel con diagnóstico anatomopatológico de metástasis de adenocarcinoma. Ante estos hallazgos se realizó una TAC toraco-abdomino-pélvica que evidenció un engrosamiento de la unión esófago-gástrica, con adenopatías gástricas izquierdas de >1cm de diámetro además de lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. La gastroscopia mostró una lesión compatible con neoplasia de cardias. La biopsia dio el resultado de adenocarcinoma. Ante el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico metastático, el paciente inició tratamiento quimioterápico con cisplatino (70mg/m² cada 21 días) y 5-fluorouracilo en infusión continua de 48 horas semanal (3 gr/m², días 1,8,15). Este esquema es uno de los empleados en primera línea en este tumor y está incluido en las directrices del grupo español para el tratamiento de los tumores del tubo digestivo (TTD). Tras el segundo ciclo presentó toxicidad hematológica importante con neutropenia febril. Desarrolló un shock séptico y falleció en ese contexto.

Discusión

El cáncer gástrico es la 2ª causa de muerte por cáncer en el mundo, en ambos sexos. Es un tumor con alta letalidad con una supervivencia global a 5 años inferior al 10%. En el momento actual el tratamiento de elección en pacientes con tumores reseca- bles es la cirugía radical¹. Tres cuartas partes de los

pacientes presentan tumores irresecables en el momento del diagnóstico, bien por la extensión locoregional del mismo (invasión de órganos vecinos) o por la presencia de metástasis a distancia (20-30% de los casos). Son también frecuentes las recidivas tras la cirugía. Por ello entre el 80-90% de los pacientes van a ser candidatos a recibir tratamiento citostático sistémico.

La incidencia de metástasis cutáneas en los carcinomas de tracto digestivo superior se consideran < 1%, aunque en ocasiones pueden ser el signo de presentación³. Ante la existencia de cutánides debe conocerse que el tumor primario de origen más frecuente en mujeres es el de mama mientras que en los hombres es el de pulmón, seguido de los gastrointestinales^{4,5}. Otro tumor que produce de forma frecuente afectación cutánea a distancia es el melanoma. La forma clínica de presentación más frecuente es la nodular, localizándose sobre todo a nivel torácico y abdominal^{3,6}. La forma histológica más frecuente es la de adenocarcinoma que se correlaciona con tumores gastrointestinales, de mama y de pulmón⁷.

El pronóstico de los pacientes con metástasis cutáneas es muy malo, siendo la supervivencia de escasos meses (entre 3 y 6 meses en la mayoría de las series). En casos excepcionales se han descrito supervivencias prolongadas⁸.

No existe consenso en la bibliografía sobre cual es el tratamiento óptimo de esta situación, dada la escasa frecuencia de aparición de metástasis cutáneas de adenocarcinoma gástrico. Deben considerarse las mismas opciones terapéuticas que ante las metástasis en órganos más frecuentes. Cuatro estudios han demostrado que la quimioterapia en el cáncer gástrico metastático mejora la calidad de vida y prolonga la supervivencia respecto al tratamiento de soporte⁹.

Los fármacos más activos en el tratamiento del carcinoma gástrico son: 5-fluorouracilo (5-FU), cisplatino (CDDP), adriamicina y mitomicina. A los que recientemente se han agregado los taxanos, el oxaliplatino y el irinotecán (CPT-11). En el momento actual no existe ningún esquema de poliquimioterapia que haya demostrado ser claramente superior al resto. El tratamiento con CDDP y 5-FU es uno de los estándares y es el que empleamos en nuestro paciente. Se conoce que esta esquema produce neutropenia grado 3-4 en un 9% con un porcentaje de

muerres tóxicas del 4%. Sin embargo, desde los últimos trabajos publicados parece que esquemas basados en cisplatino y taxotere tienen una actividad superior al resto¹⁰.

En nuestro paciente empleamos quimioterapia sistémica que produjo toxicidad hematológica grave con desarrollo de un shock séptico que condicionó el fallecimiento del enfermo. La extensión de la enfermedad condicionaba una afectación del estado general y es factible que existiera invasión medular que puede aumentar la intensidad y rapidez de la aplasia. Las metástasis cutáneas en los pacientes con carcinomas gástricos deben tratarse con esquemas de quimioterapia activos en otras localizaciones metastáticas. Debería valorarse ante lesiones cutáneas que produzcan síntomas el empleo de tratamientos locales con cirugía y/o radioterapia⁸.

Correspondencia:
Dr. A. Segura Huerta
Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario La Fe
Avenida Campanar, 21
E-46009 Valencia
segura_ang@gva.es

Bibliografía

1. Crew D, Neugut AI. Epidemiology of upper gastrointestinal neoplasms. *Semin Oncol* 2004; 31: 450-464.
2. Saeed et al. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 419-439.
3. Brownstein MH, Helwing EB. Patterns of cutaneous metastases. *Arch Dermatol* 1972; 105: 862-8.
4. Schwartz R. Cutaneous metastasis disease. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 161-82.
5. Aparicio S, Moreno M, Díez E, Romero N, et al. Metástasis cutáneas de carcinomas internos. Revisión de nuestros casos de 1993-1999. *Actas Dermosifilogr* 2000; 91: 327-331.
6. Paricio JF, Del Pozo LJ, Alfaro J, Hondler C, Delgado M, Delgado SV. Metástasis cutáneas. Revisión de 29 casos. *Actas dermosifilográficas* 1996; 87: 167-172.
7. Requena L, Aguilar A, López B, et al. Metástasis cutáneas. Estudio epidemiológico, clínico e histológico. *Piel* 1988; 3: 211-6.

8. Segura A, Pérez-Fidalgo JA, López P, Gironés R, et al. Supervivencia de trece años en una paciente con metástasis cutáneas aisladas de adenocarcinoma gástrico. ¿Ante qué enfermedad nos encontramos? *An Med Interna* 2003; 20: 251-253.
9. Glimelius B, Ekstrom K, Hoffmann K, et al. Randomized comparison between chemotherapy plus best supportive care with best supportive care in advanced gastric cancer. *Ann Oncol* 1997; 8: 163-170.
10. Ajani JA, Van Cutsem E, Moiseyenko V, et al. Docetaxel, cisplatin, 5-fluorouracil compare to cisplatin and 5-fluorouracil for chemotherapy naïve patients with metastatic or locally recurrent gastric carcinoma: results of V325 randomized phase III trial. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2003; 22: 249^a.