

METÁSTASIS CUTÁNEA DE CÁNCER DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Juan José Sánchez Rodríguez¹ / Dr. El Mostafa El Yaquine Er Raoud¹ / Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez² / Dra. Melody García Domínguez³

¹ Residente del servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico adjunta del servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Introducción: las metástasis cutáneas del cáncer colorrectal son raras, con una incidencia menor del 5%.

Caso clínico: varón de 83 años, pluripatológico, intervenido de cáncer de colon y cáncer gástrico. Durante su seguimiento se evidenció una lesión cutánea indurada en la zona de inserción de un trócar, con una anatomía patológica compatible con metástasis cutánea de cáncer colorrectal.

Conclusión: Cuando aparecen metástasis cutáneas de cáncer colorrectal en un paciente diagnosticado y tratado, generalmente indican enfermedad avanzada. Ante la sospecha es esencial realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y así estadificar la enfermedad y plantear el mejor manejo terapéutico.

PALABRA CLAVE

Cáncer colorrectal, metástasis cutánea, biopsia

SKIN METASTASES OF COLON CANCER: ABOUT A CASE

ABSTRACT

Introduction: skin metastases from colorectal cancer are rare, with an incidence of less than 5%.

Clinical case: 83-year-old man, polypathological, operated on for colon cancer and gastric cancer. During his follow-up, an indurated skin lesion was evidenced in the area of trocar insertion, with a pathological anatomy compatible with skin metastases from colorectal cancer.

Conclusion: When colorectal cancer skin metastases appear in a diagnosed and treated patient, they usually indicate advanced disease. When suspected, it is essential to perform a biopsy to confirm the diagnosis and thus stage the disease and propose the best therapeutic management.

KEY WORDS

Colorectal cancer, skin metastases, biopsy

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es el tercer tumor más frecuente en hombres (10% del total de cáncer mundial) y el segundo más frecuente en mujeres (9.2% del total de cáncer mundial)¹. Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el cáncer colorrectal es el diagnóstico neoplásico más frecuente en la población española (15%)².

Por otra parte, las metástasis cutáneas del cáncer colorrectal son raras, con una incidencia menor del 5%¹. Se presenta el caso de un paciente diagnosticado y tratado de neoplasia de colon y de estómago, que presenta posteriormente una lesión cutánea en pared abdominal.

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años, pluripatológico (HTA, DM tipo II, DLP, FA, ACV de origen cardioembólico, HBP) que ingresa por cuadro suboclusivo, realizándose TAC abdominal en el que se objetiva neoformación en ángulo hepático que se confirma mediante colonoscopia. Se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica, y el estudio anatomopatológico de la pieza resulta de adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado, estadificándose el tumor como T3N0M0.

En el seguimiento posterior en consultas externas, presenta clínica de epigastralgia y pirosis, realizándose gastroscopia y TAC toraco-abdomino-pélvico, y diagnosticándose de adenocarcinoma gástrico a nivel de antro pilórico. Se trata mediante gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux. La anatomía patológica fue de adenocarcinoma de tipo intestinal tubular grado 2, moderadamente diferenciado, que invade peritoneo visceral (T4bN0M0).

El paciente recibió varios ciclos de quimioterapia adyuvante con capecitabina en monoterapia con mala tolerancia, por lo que se suspendió y rechazó radioterapia adyuvante.

Posteriormente, durante el seguimiento, se evidenció una lesión cutánea indurada en la zona de inserción de un trócar, de unos 5 cm, algo excrecente, no ulcerada (Fig. 1). Se biopsia, informándose la anatomía como metástasis de adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado compatible con origen cólico.

Actualmente el paciente se encuentra pendiente de iniciar radioterapia paliativa de dicha lesión.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas se definen como el crecimiento de células cancerígenas en la dermis y/o el tejido celular subcutáneo originadas de una neoplasia interna con la cual no tienen solución de continuidad^{3,4}. Los cánceres que con mayor frecuencia metastatizan en la piel son el melanoma, el cáncer de mama y el cáncer de vías respiratorias altas, siendo el cáncer colorrectal un origen muy raro de metástasis cutáneas (5%)^{1,5}.

Las metástasis cutáneas del cáncer colorrectal generalmente ocurren dentro de los primeros 2 años tras la resección del tumor colorrectal primario, y a menudo se presentan simultáneamente con metástasis en el hígado, el peritoneo y el pulmón.¹ Se han reportado los orígenes primarios de las metástasis de la siguiente manera: recto 55%, colon sigmoide 17%, colon transverso 9%, rectosigma 7%, ciego 4% y colon ascendente 4%⁶.

Los casos descritos en la literatura muestran que la diseminación cutánea se realiza por vía hematológica o linfática más que por contaminación o implantación durante la intervención quirúrgica²; sin embargo, dada la localización en el paciente del caso presentado, se puede suponer que ésta última vía es el origen de la metástasis cutánea.

Las presentaciones clínicas de las metástasis cutáneas son variadas e inespecíficas, siendo la forma más frecuente como nódulos dérmicos o subcutáneos de 1-2 cm de diámetro, indolores, indurados, móviles, simples o múltiples, sin cambios en la epidermis suprayacente. En ocasiones pueden presentar un rápido crecimiento, bullas o procesos fibróticos, o ulcerarse y producir celulitis^{2,4}. Ante lesiones nodulares atípicas o persistentes en pacientes con antecedentes de neoplasias malignas hay que considerar realizar una biopsia para descartar la posibilidad de metástasis¹.

Los hallazgos histopatológicos de estas lesiones remedian a las del tumor primario, aunque suelen ser más anaplásicas. La inmu-

Notas Clínicas



Fig. 1. Metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon, a nivel abdominal, en cicatriz de inserción de trócar.

nohistoquímica adquiere un valor diagnóstico fundamental en estos casos para poder definir, o por lo menos aproximar, el origen de las células neoplásicas. Cuando los tumores son poco diferenciados o anaplásicos, los estudios inmunohistoquímicos de detección, como CK7, CK20, CK19, CDX2, CEA y mucina, son de mucha utilidad^{1,3}.

El intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de las MC oscila de media entre 2 y 3 años, pero se ha descrito de hasta 22 años. Recientes estudios indican que este intervalo varía en función del tumor primario.⁷ En nuestro presente caso, la metástasis cutánea se presentó al año y medio de la hemicolectomía.

El tratamiento de esta patología es limitado y no existe una estrategia terapéutica estandarizada¹. La resección quirúrgica en pacientes seleccionados con metástasis cutáneas ofrece la única posibilidad de supervivencia a largo plazo. Para los pacientes con metástasis cutáneas múltiples o lesiones irresecables puede considerarse la quimioterapia sistémica^{1,7}. Sin

embargo, no existe un régimen de quimioterapia óptimo. La radioterapia, la poliquimioterapia, la infusión aislada de las extremidades, las inyecciones de interferón alfa, la crioterapia, la ablación con láser, la ablación por radiofrecuencia, la crema de imiquimod al 5% y la terapia dirigida al oncogén también son tratamientos utilizados, pero sin evidencia científica que demuestre su eficacia^{1,2,3,5}.

CONCLUSIONES

Cuando aparecen metástasis cutáneas de cáncer colorrectal en un paciente diagnosticado y tratado, generalmente indican enfermedad avanzada y por tanto un mal pronóstico. Se debe realizar exploración física meticulosa y un alto índice de sospecha en pacientes de riesgo, ya que estas lesiones pueden pasar desapercibidas durante periodos prolongados. Ante la sospecha de metástasis cutáneas es esencial realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico y así estadificar la enfermedad y plantear el mejor manejo terapéutico.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Trujillo-Díaz J, Ruiz-Soriano M, Montes-Manrique M, López-López J, Vázquez-Fernández A, Beltrán de Heredia y Rentería J. Metástasis cutánea de cáncer de colon: una forma de presentación inusual y tardía a tener en cuenta. *Cirugía y Cirujanos*. 2019;86(3).
2. Martín Arroyo S, Gutiérrez Cafranga E, Estepa Cabello R, García Molina F. Diagnóstico incidental de metástasis cutánea en paciente con adenocarcinoma de sigma. *Cirugía Andaluza*. 2018;29(4):541-543.
3. Monti F, Fassi M, Valente E. Metástasis Cutáneas de Carcinoma origen digestivo. *Experiencia Médica*. 2016;34(1):32-34.
4. Fernández-Antón Martínez M. Metástasis cutáneas: estudio descriptivo clínico-histopatológico de las metástasis cutáneas de neoplasias viscerales [Doctorado]. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2013.
5. Roldán Aviña J, Merlo Molina S, Vila Sava C, Neila Iglesias J. Metástasis cutánea mamaria de adenocarcinoma de sigma. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*. 2016;39(6):521-523.
6. Miguel Valencia M, Fraile González M, Yagüe Hernando A, Oteiza Martínez F, Ciga Lozano M, Armendáriz Rubio P et al. Metástasis cutáneas de cáncer de recto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2013;36(3):557-561.
7. Fernández-Antón Martínez M, Parra-Blanco V, Avilés Izquierdo J, Suárez Fernández R. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2013;104(10):841-853.