

Metástasis a cuero cabelludo*

Juan Guillermo Hoyos Gaviria
 Juan Carlos Wolff Idárraga
 Elba María Parodi Díaz
 Luis Alfonso Correa Londoño
 Germán Osorio Sandoval
 Oscar Cardona Quintero

RESUMEN

Se revisaron los diagnósticos histológicos de 431.260 biopsias del archivo del Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia, y 28.801 biopsias del Servicio de Dermatopatología de la misma universidad, encontrándose 246 casos (0.05%) y 50 casos (0.17%), respectivamente, con diagnóstico de metástasis a piel, estando localizadas en cuero cabelludo 16 muestras (6.5 %) del laboratorio de patología general y 9 muestras (18%) del laboratorio de dermatopatología. Las historias clínicas y el material histológico fueron estudiados nuevamente para cada caso. Los tumores primarios más frecuentes en hombres fueron: carcinoma de pulmón (23%), origen no determinado (22%), adenocarcinoma indiferenciado con primario no conocido (11%) y carcinoma gástrico (11%). En mujeres, los tumores primarios más frecuentes fueron: carcinoma de mama (38%), origen no determinado (22%), carcinoma de esófago (17%) y carcinoma de riñón (11%).

Palabras clave: metástasis a cuero cabelludo, metástasis a piel.

INTRODUCCION

Las metástasis cutáneas no son frecuentes en su presentación clínica; su importancia radica en que pueden ser la primera manifestación de una neoplasia primaria oculta, de una neoplasia que se presumía curada o ensombrecer el pronóstico de los pacientes con cáncer. El

interés de estudiar las metástasis a cuero cabelludo en las biopsias de los laboratorios de Patología y de Dermatopatología de la Universidad de Antioquia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, radica en la localización topográfica, la alta vascularización, lo difícil de la evaluación clínica por estar cubierto de cabello y la idea sobre lo frecuente que son las metástasis al cuero cabelludo; además, la poca literatura existente en nuestro medio sobre este problema, para ayudar finalmente a enfocar el manejo y estudio de los pacientes con metástasis a cuero cabelludo y/o neoplasia primaria oculta.¹

Juan Guillermo Hoyos Gaviria, MD, Profesor Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Juan Carlos Wolff I., MD, Profesor Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Elba María Parodi D., MD, R III Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Luis Alfonso Correa L., MD, Profesor de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Germán Osorio S., MD, Profesor de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Oscar Cardona Q., MD, Médico Interno, Universidad de Antioquia, Medellín.

* Investigación ganadora del 1er. Puesto en la modalidad Trabajos Libres del IX Simposio Internacional de Dermatología CES, Medellín, marzo 12, 1999.

Correspondencia: Juan Guillermo Hoyos G., calle 50 # 38-53, Medellín, Colombia, tels. 251 5631, 231 4558.

E.mail: jhoyos@epm.net.co

Metástasis a cuero cabelludo

Uno de los procesos biológicos básicos que caracterizan a los tumores malignos es la habilidad de producir depósitos secundarios (metástasis a sitios distantes).² Este fenómeno es frecuentemente más devastador que el tumor original, y el paciente puede sucumbir a daños estructurales o funcionales causados por los depósitos secundarios.

Las metástasis representan el estado final de una serie de fenómenos complejos de la interacción entre las células tumorales y el tejido huésped; en esencia, el tumor debe secuencialmente: 1. extenderse a los tejidos circundantes; 2. penetrar las cavidades del cuerpo o las estructuras vasculares; 3. liberar células malignas para transportarlas a sitios distantes; 4. invadir un nuevo sitio; 5. promover un ambiente local que conduzca a la supervivencia y crecimiento de las micrometástasis.³

Un tumor no debe ser excepcionalmente grande o tener una evolución extremadamente larga para producir metástasis. Estas han sido divididas en varios grupos: hematógenas, linfáticas, por invasión directa al tejido contiguo y accidentales o iatrogénicas.⁴

MATERIALES Y METODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los archivos del Instituto de Patología y del Laboratorio de Dermatopatología, Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Antioquia, en Medellín, que reciben muestras de todo el Departamento de Antioquia y departamentos vecinos, en búsqueda de las biopsias informadas como metástasis a piel y, dentro de éstas, a cuero cabelludo.

Se revisaron nuevamente las historias clínicas y el material histológico para cada caso. No se incluyeron muestras de mucosa o lesiones que sólo afectarían tejidos blandos profundos como músculo o cartílago, muestras prove-

nientes de autopsia, ni biopsias de leucemias y linfomas con compromiso de piel. El término "Neoplasia Primaria Oculta" fue definido como el paciente al cual se le diagnosticó una metástasis a piel, sin conocer por la historia clínica el diagnóstico de la neoplasia primaria.

En todos los casos se tuvieron cortes teñidos con Hematoxilina-Eosina (Figura 1) y se realizaron coloraciones especiales e inmunohistoquímica en los cortes que así lo requirieron (Figura 2). Sin embargo, en una de las muestras,

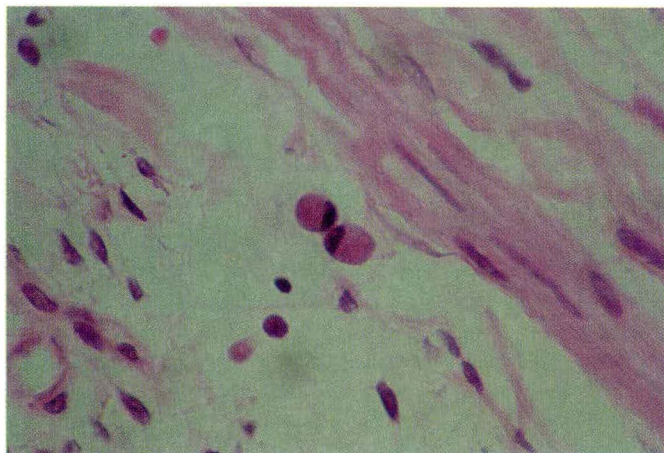


Figura 1. Células en anillo de sello de un adenocarcinoma de estómago metastásico a cuero cabelludo. Hematoxilina-eosina.

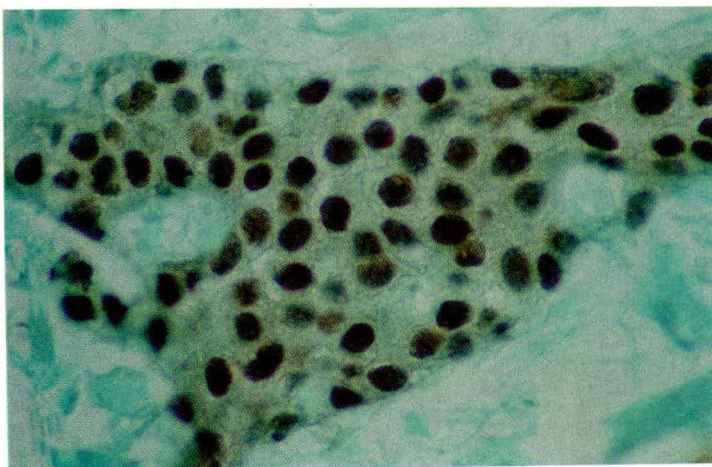


Figura 2. Marcadores estrogénicos positivos, en un adenocarcinoma de mama metastásico a cuero cabelludo. Inmunohistoquímica.

Metástasis a cuero cabelludo

por la temperatura en que se preparó la parafina del bloque, no fue posible la aplicación de estas nuevas técnicas; en otros dos casos no se encontró el bloque de parafina. En algunos pacientes no fue posible determinar el origen exacto de la neoplasia, a pesar de todos los estudios realizados.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

De las 431.260 biopsias del Instituto de Patología que recibe todo tipo de biopsias, fueron encontradas 246 (0.05%) con diagnóstico de metástasis a piel, cifra más baja que la de estudios previos que entregan un porcentaje del 2%⁴, pero consistentes con la idea que la piel es un sitio poco común de metástasis, informada como el lugar número 18 entre los sitios de metástasis de todo tipo de tumor maligno por el estudio Enticknap.⁵

De estas 246 biopsias, el 6.5% (16 casos) fueron a cuero cabelludo, cifra cercana al estudio de Brownstein⁶ con el 4%, más bajo que otras series, pero que el autor atribuye al hecho que las publicaciones recuerdan los casos más inusuales, y a los criterios de inclusión estrictos utilizados en su estudio.

El Laboratorio de la Sección de Dermatología sólo recibe biopsias de piel. De las 28.801 muestras, 50 fueron informadas como metástasis a piel (0.17%), cifra baja para ser un laboratorio especializado en este tema, y 9 de ellas a cuero cabelludo (18%), cifras elevadas comparadas con los estudios generales sobre metástasis a piel; sin embargo, no hay reporte de laboratorios especializados en piel, para comparar estos datos más exactamente.

PATRONES DE ACUERDO CON EL SEXO

El sexo de los pacientes fue una de las variables más importantes en la descripción de las metástasis a cuero cabelludo. En 9 hombres con metástasis a cuero cabelludo, el tumor más frecuente fue el pulmón (23%), seguido por los carcinomas de origen no determinado (22%), adenocarcinoma indiferenciado con primario no conocido (11%) y carcinoma gástrico (11%).

En las 18 mujeres, el carcinoma de mama con el 38% fue el más común, le siguieron el carcinoma de origen no

determinado (22%), el carcinoma de esófago (17%) y el carcinoma de riñón (11%), lo que concuerda en cuanto a los primeros lugares con los estudios previos; sin embargo, llama la atención que, a pesar de ser el carcinoma de cérvix la neoplasia maligna más común en nuestro medio, no hubiéramos encontrado ningún caso en este estudio.

Esto puede explicarse por la poca tendencia del carcinoma de cérvix a producir siembras en cuero cabelludo. Los estudios colocan a esta neoplasia como el tumor primario en el 2% de las mujeres con enfermedad metastásica a la piel y hay varios reportes de estos casos.¹⁻³ La incidencia de metástasis a piel puede ser más alta en los adenocarcinomas y en los carcinomas indiferenciados de cérvix que en los carcinomas escamocelulares de cérvix.^{7,8}

El carcinoma de esófago es poco común como origen de metástasis a piel en otras publicaciones, donde lo colocan como el 3% de todas las siembras en el sexo masculino y una cifra mucho menor en el sexo femenino.^{4,9} La cifra del 17% encontrada para el carcinoma de esófago en nuestras mujeres es, por lo tanto, muy alta, sin haber una causa aparente para esta predilección. La incidencia de los tumores metastásicos a piel en hombres y mujeres se correlaciona bien con la frecuencia de estas neoplasias primarias en cada sexo.

PATRONES DE ACUERDO CON LA EDAD

Los tumores primarios más comunes en los pacientes menores de 40 años (12 casos) fueron las neoplasias propias de la edad pediátrica, con el 41%, el retinoblastoma, el tumor de Wilms, el osteosarcoma y el neuroblastoma. A diferencia de otras series, donde el tumor más frecuente en este grupo de edad fue el melanoma, sólo se encontró un caso (Figura 3) debido, entre otras causas, a que en nuestro medio no es común tomar biopsias de lesiones metastásicas, cuando el diagnóstico del primario es suficientemente conocido.

Entre los mayores de 40 años de edad, el carcinoma de mama fue el tumor primario más común con el 50% en las mujeres, y en los hombres el carcinoma de pulmón con igual cifra, de acuerdo con la frecuencia de neoplasias malignas en este grupo de edad.

Metástasis a cuero cabelludo



Figura 3. Metástasis múltiples a cuero cabelludo de un adenocarcinoma de estómago.

DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO

El diagnóstico de enfermedad metastásica a piel fue realizado clínicamente en 13 pacientes (46%), de los cuales 7 pacientes tenían ya el diagnóstico de carcinoma primario y en 6 de ellos fue el signo de presentación. Los otros 14 pacientes fueron registrados con otros diagnósticos, como tumores benignos, tumores malignos primarios o diagnósticos diferidos, a pesar de que 4 de ellos ya tenían el diagnóstico de neoplasia maligna primaria, que ratifica lo difícil del diagnóstico clínico por la presentación de las metástasis y que los médicos no piensan en el diagnóstico, aunque exista un importante antecedente en la historia del paciente.

PRESENTACION CLINICA

El cuadro clínico predominante fueron los nódulos en el 59% de los casos (Figura 4), los cuales se describieron como firmes, dolorosos, sangrantes eritematosos.¹⁰⁻¹² Otra presentación clínica frecuente fueron las masas o tumores en el 33%; sin embargo, al analizar este parámetro debemos tener en cuenta que muchas de las descripciones no fueron hechas por dermatólogos, lo que no permite realizar un análisis más detallado de su presentación.

Llama la atención uno de los casos que se presentó como una placa infiltrada en cuero cabelludo, el cual fue diagnosticado por el clínico como linfosarcoma o angiosarcoma pero que finalmente resultó ser la presentación de un adenocarcinoma de estómago en un varón de 37 años. A pesar de que ha sido descrito como uno de los patrones de metástasis de carcinoma de mama, ninguna de nuestras pacientes presentó metástasis del tipo de placa alopecica infiltrada en cuero cabelludo.^{13,14}

En la mayoría de los casos (77%) las metástasis fueron a cuero cabelludo únicamente, pero en el resto (23%) se presentaron simultáneamente en cuero cabelludo y en otros sitios, como mejilla, cuello, tórax o región inguinal, lo cual ha sido frecuentemente descrito en la literatura, pero con porcentajes mucho menores como el 3%.² No encontramos ningún caso de metástasis atribuida a una intervención quirúrgica o metástasis iatrogénicas.

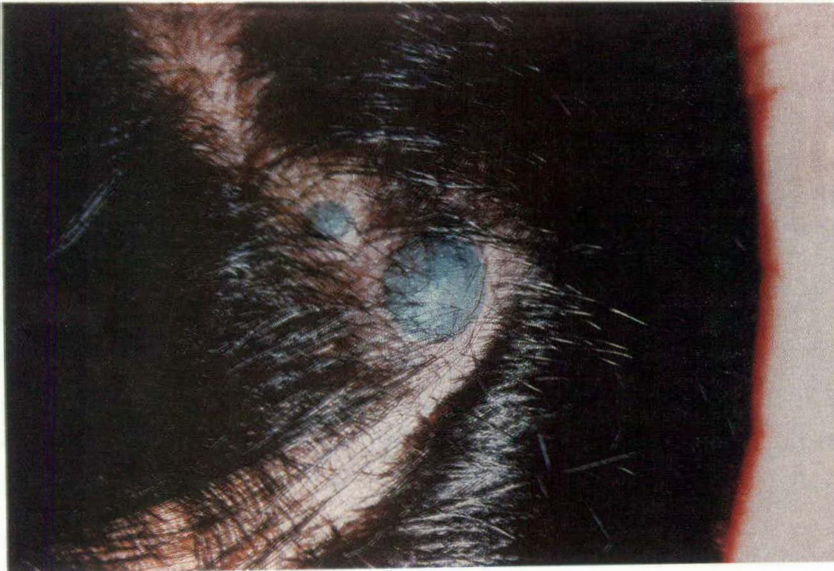


Figura 4. Metástasis a cuero cabelludo de un melanoma maligno.

Metástasis a cuero cabelludo

TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS LESIONES

El 76% (16 casos) de los pacientes con metástasis a cuero cabelludo relataban una evolución menor de 6 meses, y sólo uno de ellos refería más de un año de evolución. En general, las metástasis a piel son consideradas de muy mal pronóstico y las diferentes series relatan sobrevividas de 2.6 a 7.2 meses luego del diagnóstico¹⁵, aunque hay casos reportados con supervivencias de 1 a 4 años.¹⁶

NEOPLASIA MALIGNA OCULTA

Las metástasis cutáneas en cuero cabelludo se reconocieron antes del tumor primario en el 59% de los casos del estudio, siendo más frecuentes en los hombres con el 77% de los casos, cercano al 50% de los pacientes del estudio de Brownstein⁶, y el 50% en las mujeres como presentación de la enfermedad. En otros estudios, las metástasis a piel fueron el signo de presentación en el 27% de los hombres y solamente el 6% en mujeres.²

Estas diferencias pueden explicarse porque los carcinomas de pulmón y de riñón tienden a dar metástasis tempranamente, y son relativamente comunes en hombres y menos frecuentes en mujeres, mientras el carcinoma de mama es común en las mujeres, pero no es común que se presente como metástasis cutánea.¹⁷ El 100% de los carcinomas de pulmón, que realizaron siembra a cuero cabelludo, se presentó como una neoplasia maligna oculta.

El tipo histológico de tumor secundario de origen desconocido, con mayor frecuencia en ambos sexos, es el adenocarcinoma, seguido por el carcinoma indiferenciado y el carcinoma epidermoide.¹

CONCLUSIONES

El cuero cabelludo es un sitio poco frecuente de metástasis; los tumores primarios están en relación con el sexo y la edad del paciente. En los hombres el carcinoma de pulmón y en las mujeres el carcinoma de mama son las neoplasias más comunes. Las metástasis a cuero cabelludo son la manifestación común de una neoplasia maligna oculta, principalmente en el sexo masculino, con el car-

cinoma de pulmón. El tumor secundario de origen desconocido con mayor frecuencia es el adenocarcinoma.

Generalmente no son sospechadas clínicamente, a pesar de que el paciente tenga el diagnóstico de una neoplasia primaria conocida; además, puede presentarse el caso de pacientes con una segunda neoplasia primaria, por lo tanto, es importante tomar muestras de todo tipo de lesiones en piel, aunque se conozca el diagnóstico de base del paciente. Debe estimularse también la práctica de realizar necropsias en todos los pacientes que fallecen intrahospitalariamente, para aclarar los casos sin una neoplasia primaria conocida.

La mayoría se presentan como nódulos o masas, aunque la descripción varía mucho si ésta es realizada por un médico dermatólogo o un médico no dermatólogo, y la evolución es corta, generalmente menor de 6 meses.

Debe revisarse siempre toda la piel y enseñar a los pacientes el autoexamen de la misma, incluyendo el cuero cabelludo.

En nuestro medio se siguen las tendencias encontradas en otros estudios, variando en algunos aspectos propios de la oncología tropical.

SUMMARY

A total of 431.260 histological diagnosis from the Pathology Department and 28.801 biopsies from the Dermatopathology Section of Universidad de Antioquia were examined. The findings reported 246 cases (0.05%) and 50 cases (0.17%), respectively, diagnosed as having metastasis to the skin. Besides, 16 samples (6.5%) from the general Pathology laboratory and 9 samples (18%) from the Dermopathological laboratory showed metastasis to scalp. The clinical records and histological material were restudied for each case. In men, the most common primary tumors found were: carcinoma of the lung (23%), unknown (22%), indifferentiated adenocarcinoma with unknown primary (11%) and gastric adenocarcinoma (11%). In women, the most common primary tumors were: carcinoma of the breast (38%), unknown (22%), esophageal carcinoma (17%), and renal cell carcinoma (11%).

Key words: Metastasis to scalp, cutaneous metastasis.

Metástasis a cuero cabelludo

BIBLIOGRAFIA

1. Botero G. Metástasis Cutáneas. Tesis de grado. Universidad de Antioquia, Medellín, 1985.
2. Rosen T. Cutaneous metastases. *Med Clin North Am* 1980; 64:885-900.
3. Brodland DG, Zitelli JA. Mechanisms of metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1-10.
4. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995;161-186.
5. Enticknap JB. An analysis of 1000 cases of cancer with special reference to metastasis. *Guy's Hosp Rep* 1952; 101:273-279.
6. Browstein MH, Helwing EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972; 105:862-868.
7. Tharakaram S, Rajendran SS, Premalatha S, et al. Cutaneous metastasis from carcinoma cervix. *Int J Dermatol* 1985; 24:598-599.
8. Debois JM. Endometrial adenocarcinoma metastatic to the scalp: report of two cases. *Arch Dermatol* 1982; 118:42-43.
9. Samitz MH, Pirozzi DJ. Metastatic scalp lesion from carcinoma esophagus. *Cutis* 1973; 12:881-883.
10. Faust HB, Treadwell PA. Metastatic adenocarcinoma of the scalp mimicking a kerion. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29:654-655.
11. Ronchese F. Metastases of the scalp simulating turban tumors. *Arch Dermatol Syphilol* 1940; 41:639-648.
12. Peison B. Metastasis of carcinoma of the prostate to the scalp: simulation of a large sebaceous cyst. *Arch Dermatol* 1971; 104:301-303.
13. Mallon E, Dawber RPR. Alopecia neoplastica without alopecia: A unique presentation of breast carcinoma scalp metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:319-321.
14. Torres RY, Acosta A. Alopecia Neoplásica. *Rev Col Dermatol* 1996; 5:136-137.
15. Brady LW, O'Neill EA, Faber SH. Unusual sites of metastases. *Semin Oncol* 1977; 4:59:64.
16. Delaney WE, Fry KE. Long survival after solitary distant metastasis from carcinoma of the colon. *Dis Colon Rect* 1966; 9:420-422.
17. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of the internal carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:19-26.