



Definición

Una metástasis cutánea es el resultado de la infiltración de la piel por una neoplasia maligna (cutánea o extracutánea), situada a distancia de donde aparece el proceso metastásico.

Etiología

Cualquier neoplasia maligna puede extenderse a la piel; sin embargo, en la práctica se ha comprobado que existe una relación directa entre la frecuencia de los distintos tumores malignos y el origen de las metástasis cutáneas.

Los tumores malignos más comunes para cada sexo son los que producen metástasis cutáneas con mayor frecuencia. Representan del 2% a 10% de las neoplasias en estadio IV y son la manifestación inicial de malignidad en el 0.8% de los casos.

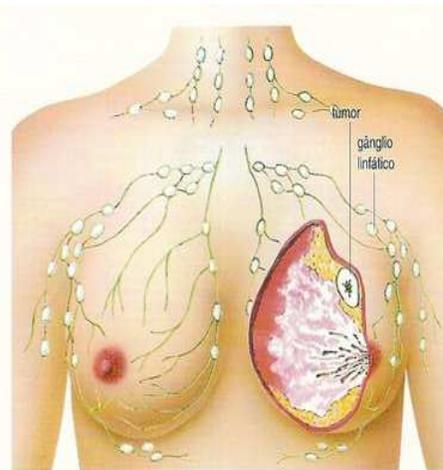
Metástasis Cutáneas (Mujeres)	
Mama	70.7%
Melanoma	12.0%
Desconocido	3.0%
Pulmón	2.0%
Endometrio	1.3%
Metástasis Cutáneas (Hombres)	
Melanoma	32.3%
Pulmón	11.8%
Cavidad oral	8.7%
Laringe	5.5%
Tracto aerodigestivo alto	3.9%

La incidencia anual es de 833 310 casos para América Central y del Sur (hombres: próstata, pulmón, estómago; mujeres: mama, cuello uterino, colon y recto) y de 1 570 000 casos para América del Norte (hombres: próstata, pulmón, colon y recto; mujeres: mama, pulmón, colon y recto). A nivel mundial, los tumores más frecuentes que provocan estas lesiones, ordenados según el número de defunciones, incluyen pulmón, estómago, hígado, colorrectal, esófago y próstata (hombres); mama, pulmón, estómago, colorrectal y cuello uterino (mujeres).

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	09/09	24/09

Vías de Diseminación

Existen tres posibles vías por las que un carcinoma puede invadir la piel: hematógena, linfática y por contigüidad. En ese sentido, algunos carcinomas tienen una vía preferente para su diseminación, como, por ejemplo, la vía linfática en el carcinoma de mama; esta preferencia puede explicar el patrón histopatológico observado en la biopsia cutánea.



Por otra parte, la precocidad de aparición de las metástasis cutáneas parece encontrarse en función de esta vía preferente de diseminación: en general, las metástasis hematógenas se desarrollan antes que las linfáticas. Además, las metástasis que se producen por vía linfática suelen asentarse en un área de piel suprayacente o cercana al tumor primitivo, mientras que las que se producen por vía hematógena suelen aparecer en zonas más distantes.

Clínica

Desde el punto de vista clínico, la morfología de las metástasis cutáneas es muy variable, pudiendo presentarse como pápulas, nódulos, placas o tumores. Habitualmente las lesiones son asintomáticas, aunque en algunos casos pueden mostrar signos inflamatorios o superficie ulcerada.

Cuando se estudian series amplias, lo más frecuente en ambos sexos es que las metástasis cutáneas aparezcan en la pared anterior del tórax y abdomen, con menor prevalencia en dorso (región lumbar) o extremidades. Tal vez la explicación de esta particular distribución esté en la mayor facilidad para invadir la superficie cutánea cercana al tumor primitivo, hecho claramente evidente en el carcinoma de mama en la mujer. La



localización umbilical y periumbilical de metástasis cutáneas procedentes de vísceras abdominales se explica por las conexiones vasculares y por residuos embriológicos (uraco, ligamento redondo, conducto onfalomesentérico, etc.) que comunican el ombligo con los órganos del interior de la cavidad abdominal.

Existen también tumores que muestran una especial predilección por producir metástasis cutáneas en una determinada localización anatómica y con una peculiar morfología clínica, como la alopecia metastásica en el cuero cabelludo como consecuencia de una metástasis cutánea de un carcinoma de mama, o la denominada “nariz de payaso” que aparece como resultado de una metástasis cutánea de un carcinoma de pulmón. Sin embargo, no existe una relación clara entre la morfología clínica, la localización de la metástasis cutánea y el origen del tumor primitivo.

Un hecho clínico importante es que, en la mayoría de los casos, la metástasis cutánea es un signo de que el proceso neoplásico está ya muy extendido, con metástasis en muchos órganos además de la piel. Incluso en el pequeño porcentaje de casos en los que la metástasis cutánea es el primer signo de la enfermedad, el pronóstico es muy malo, ya que aunque no haya producido sintomatología anterior, la neoplasia está ya muy diseminada. Habitualmente, una vez que aparecen metástasis cutáneas, la supervivencia del paciente es de sólo unos cuantos meses.

Diagnóstico

Se hace, además de por medio de la clínica y los antecedentes, con biopsia cutánea (puede ser incisional, aunque se puede estudiar mejor con una excisional, dado que se analiza la pieza completa).

Histopatología

Desde un punto de vista histopatológico, existen 4 patrones en las metástasis cutáneas de carcinomas viscerales. Lo más frecuente es que muestre un patrón nodular sólido, en el cual grandes agregados de células neoplásicas infiltran todo el espesor de la dermis y pueden extenderse al tejido celular subcutáneo.

Otro patrón histopatológico de las metástasis de adenocarcinomas viscerales consiste en la presencia de estructuras glandulares, tapizadas por un epitelio atípico y que no corresponde a ninguna estructura anexial cutánea.

Un tercer patrón, especialmente frecuente en las metástasis de carcinoma de mama, pero que también puede observarse en las metástasis de otros carcinomas, consiste en la presencia de cordones o hileras de células neoplásicas muy atípicas, dispuestas



intersticialmente entre haces de colágeno de la dermis. Finalmente un cuarto patrón es la presencia de émbolos de células tumorales en el interior de la luz de estructuras vasculares, especialmente en el interior de los vasos linfáticos.

Sin embargo, el estudio histopatológico no siempre permite identificar el origen del tumor primitivo, ya que carcinomas viscerales de origen muy diferente pueden mostrar el mismo patrón histopatológico cuando se extienden a la piel. En el mejor de los casos, en el estudio de la biopsia cutánea se observan hallazgos que permiten orientar la búsqueda del tumor primitivo. Existen casos muy concretos en los que la imagen histopatológica es diagnóstica del origen del tumor primitivo (como por ejemplo la presencia de material coloide en las metástasis cutáneas de carcinomas tiroideos o la observación de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto en las metástasis cutáneas de coriocarcinomas), pero son excepcionales.

A veces el estudio inmunohistoquímico es de mucha ayuda, ya que permite identificar en la biopsia cutánea la producción de determinadas sustancias por parte de las células tumorales que indican el origen del tumor primitivo (tiroglobulina en los carcinomas tiroideos, gonadotropina coriónica en los coriocarcinomas, antígeno prostático específico en los carcinomas de próstata, etc.) Sin embargo, en la mayoría de los casos, el estudio histopatológico sólo permite establecer el diagnóstico de metástasis cutánea y el origen del tumor primitivo únicamente se puede determinar mediante posterior estudio analítico y la exploración con distintas técnicas de imágenes.

De todas formas, aún con las exploraciones más exhaustivas, en todas las series de metástasis cutáneas existe un porcentaje de casos en los que no llega a identificarse el origen del tumor primitivo.

Diagnóstico Diferencial

Debido a la morfología clínica tan variable de las metástasis cutáneas, pueden simular tanto procesos inflamatorios o infecciones cutáneas (lesiones eccematosas, erisipeloides, símil paniculitis, etc.) como otros tumores primitivamente cutáneos. El diagnóstico de metástasis cutánea siempre es histopatológico.

Tratamiento

Aún cuando la metástasis cutánea sea el primer signo del proceso neoplásico, la mayoría de las veces sólo es posible el tratamiento paliativo (sintomático, analgésico) para mejorar la calidad de vida durante la corta supervivencia de estos pacientes. Las terapéuticas más agresivas (extirpación quirúrgica de todas las metástasis cutáneas, radioterapia) no han conseguido prolongar la tasa de supervivencia.

Bibliografía

1. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol 1995;33(2):161-82.
2. Broadland DG, Zitelli JA. Mechanisms of metastasis. J Am Acad Dermatol 1992;27(1):1-8
3. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 patients. J Am Acad Dermatol 1990;22:19-26.
4. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. J Cutan Pathol 2004;31:419-30.
5. Pitman KT, Johnson JT. Skin metastases of head and neck squamous cell carcinoma: incidence and impact. Head Neck 1999;21:560-5.
6. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. J Acad Am Dermatol 1993;29:228-36.
7. Cormio G, Capotorto M, Vagno GD. Skin metastases in ovarian carcinoma: a report of nine cases and a review of the literature. Gynecol Oncol 2003;90:682-5.
8. Bordel-Gómez MT, Used-Aznar MM. Metástasis cutáneas de origen primario desconocido. Actas Dermosifiliogr 2006; 97: 662-5.
9. 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.