

Neoformaciones y eritema en el tronco

Neoformations and erythema in the trunk

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 52 años de edad, casada, profesora universitaria, originaria y residente del estado de Chiapas, México, que manifestó una dermatosis de cuatro años de evolución y acudió a consulta por cursar con aumento del eritema y ardor. A la exploración física dermatológica se observó una dermatosis que afectaba el cuello en la cara lateral derecha, la región supraclavicular ipsilateral y el hemitórax derecho en su cara posterior, con distribución zosteriforme. Estaba constituida por eritema difuso, con telangiectasias y numerosas neoformaciones de aspecto papular, que medían de 1 a 3 mm de diámetro, de bordes definidos, color eritemato-violáceas, superficie íntegra, algunas brillantes y aisladas, otras confluían en grupos sobre una base eritematosa (Figura 1).

A la dermatoscopia destacó un patrón vascular polimorfo, constituido por vasos tipo serpentina (vasos lineales irregulares), en coma y puntiformes, con zonas desestructuradas color rosa homogéneo, así como estructuras tipo glóbulos rojo-lechosos, con velo blanquecino y red de pigmento periférica. En otras áreas se observaron estructuras ovoides, con aspecto de lagunas vasculares oscuras, cuyo color transcurría del rojo, azul y violáceo (Figuras 2 y 3).

Entre los antecedentes patológicos de importancia, la paciente refirió carcinoma de mama derecha tipo ductal infiltrante con variante micropapilar diagnosticado hacía cinco años, por lo que recibió tratamiento quirúrgico (mastectomía radical), quimioterapia y radioterapia; destacó que después de las sesiones de radioterapia inició con la dermatosis descrita. Hacía dos años tuvo recidiva del cáncer de mama en la glándula mamaria izquierda, por lo que fue tratada con mastectomía radical,

Xóchitl Valenzuela-Barba¹
Gabriela Alfaro-Méndez¹
Leonardo Pimentel R²
Ricardo Quiñones-Venegas³

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, Tapachula, Chiapas.

² Práctica privada, ciudad de Guatemala.

³ Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.

Recibido: 11 de agosto 2014

Aceptado: 13 de octubre 2014

Correspondencia: Dra. Xóchitl Valenzuela Barba Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud Km 15+200 carretera Tapachula-Puerto Madero 30830 Tapachula, Chiapas, México dermatopatologia@aol.com

Este artículo debe citarse como Valenzuela-Barba X, Alfaro-Méndez G, Pimentel RL, Quiñones-Venegas R. Neoformaciones y eritema en el tronco. Dermatol Rev Mex 2015;59:170-174.



Figura 1. Numerosas neoformaciones de aspecto papular, eritemato-violáceas, sobre una base eritematosa.



Figura 2. Estructuras tipo glóbulos rojo-lechosos, vasos polimorfos y red de pigmento periférica.

quimioterapia y trastuzumab. La paciente negó antecedentes de herpes zoster.



Figura 3. Estructuras ovoides, con aspecto de lagunas vasculares color rojo-violáceo.

Para el estudio histológico se realizó biopsia incisional en el hemitórax derecho y la cara posterior y lateral derecha del cuello; se consideraron los diagnósticos clínicos de radiodermatitis crónica, metástasis cutáneas y angioqueratomas múltiples de inicio en la edad adulta.

En el estudio histopatológico se observó epidermis con ortoqueratosis laminar y en áreas de hiperqueratosis, acantosis moderada e irregular, con alargamiento de los procesos interpapilares e hiperpigmentación homogénea del estrato basal. En la dermis papilar y parte de la reticular se identificaron vasos capilares y linfáticos dilatados, que dentro de su luz mostraban nódulos tumorales de células pleomórficas e hiper cromáticas, de nucléolos evidentes y mitosis atípicas. Estos nódulos tumorales estaban separados por los procesos interpapilares alargados y algunos por fibras de colágena. Se realizó inmunohistoquímica HER2, que fue positiva en la membrana de las células tumorales (Figuras 4 y 5).

Mediante la correlación clínico-patológica ¿cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico: metástasis cutáneas de carcinoma mamario.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes, se reportan con incidencia de 0.7 a 10.4%;^{1,2} por lo general aparecen dos a tres años después del diagnóstico inicial y pueden representar el primer signo de enfermedad extranodal en 7.6% de los pacientes; incluso, pueden ser el primer signo de recurrencia después del tratamiento y, aunque infrecuente, pueden ser la primera manifestación de una neoplasia no diagnosticada.³

En 2014, Wong y colaboradores⁴ reportaron que el carcinoma mamario es el que con mayor

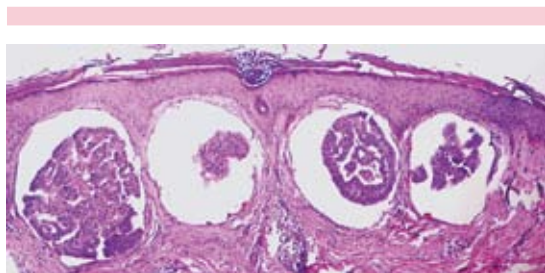


Figura 4. Vasos capilares y linfáticos dilatados, que dentro de su luz muestran nódulos tumorales.

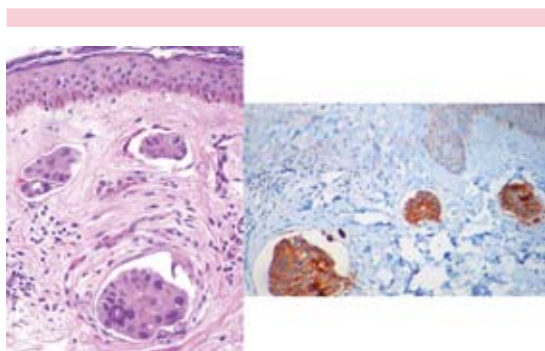


Figura 5. Células epiteliales pleomórficas, inmunohistoquímica HER2 positiva.

frecuencia provoca metástasis a piel (32.7%), seguido del pulmonar (13.2%), melanoma (9.5%), linfático (7.5%), cavidad oral-faringe-laringe (6.2%), médula ósea (5.5%) y el colorrectal (4.2%). Los tipos histológicos informados con más frecuencia son el adenocarcinoma (carcinoma ductal infiltrante), carcinoma lobular, carcinoma de células escamosas y melanoma.

En general, la manifestación clínica se determina por el tipo del tumor primario y las características de los pacientes afectados. El carcinoma mamario tiene una incidencia de manifestaciones cutáneas de 23.9%; éstas son las metástasis cutáneas observadas con más frecuencia por el dermatólogo. El tórax y el abdomen son la topografía más común, pero también pueden estar afectadas las extremidades, la cabeza y el cuello. Existen diversas manifestaciones clínicas, las más frecuentes son los nódulos (46.8%), la alopecia neoplásica (12%), el carcinoma telangiectásico (8%), metástasis tipo melanoma (6.3%), carcinoma erisipeloide (6.3%), metástasis subungueales (4.6%), carcinoma en coraza (4%) y metástasis zosteriformes (3.6%), entre otras de menor frecuencia.²

El carcinoma mamario se disemina por los vasos linfáticos y a través de vasos sanguíneos, incluso se ha descrito con base en inmunomarcación (CD31 y podoplanina) que la diseminación del carcinoma mamario es predominantemente por vía linfática en el carcinoma erisipeloide, y predominantemente por vía de los vasos sanguíneos en el carcinoma telangiectásico.⁵

Se ha postulado que las metástasis zosteriformes ocurren como un fenómeno de Köebner, en respuesta a un cuadro de herpes zoster reciente. Sin embargo, en los casos que no refieren ese antecedente, se ha sugerido que las metástasis pueden ser por diseminación a través de los vasos linfáticos perineurales y, entonces, distribuirse por dermatomos.⁶

Hoy día se conoce la utilidad de la dermatoscopia en diversas dermatosis, pero existen pocos reportes de su uso en las metástasis cutáneas, en los que se ha mencionado predominantemente la existencia de un patrón vascular atípico, que se describe como un fenómeno por neovascularización relacionado con el crecimiento neoplásico. En las metástasis del melanoma amelanico también predomina el patrón vascular, por lo que ante la existencia de vasos polimorfos atípicos y ausencia de otras características dermatoscópicas, debe realizarse biopsia para excluir melanoma amelanico, metástasis cutáneas, etc. y establecer el diagnóstico definitivo.^{7,8}

En 2014, Chernoff y colaboradores⁹ reportaron los hallazgos dermatoscópicos en 20 pacientes con metástasis cutáneas; encontraron un patrón vascular dermatoscópico en 88% de los casos, el subtipo de patrón vascular más frecuente lo describen como vasos tipo “serpentina” (vasos irregulares lineales) en 77%, seguido de vasos arborizantes en 53%; éstos se originan en el centro de la lesión y se irradian hacia la periferia, lo opuesto al carcinoma basocelular, en el que los vasos se originan en la periferia de la lesión. Otro patrón vascular encontrado fueron los vasos puntiformes (24%), en coma (18%) y áreas desestructuradas o de apariencia rosa homogénea (12%). Destaca que 60% de los casos con metástasis de carcinoma mamario exhibe hiperpigmentación clínica y corresponde a un patrón dermatoscópico melanocítico (estrías y glóbulos), debido a que la invasión intraepidérmica de las células tumorales facilita la migración de melanocitos dentro del tumor. Lo anterior resalta porque el carcinoma mamario es el tumor con metástasis cutáneas pigmentadas informado más comúnmente y el que con más frecuencia ocasiona metástasis a piel. Estos hallazgos sustentan el uso rutinario del dermatoscopio en la evaluación de lesiones de origen desconocido en los pacientes con

antecedentes de cáncer. Sin embargo, la existencia de un patrón vascular no es específico de metástasis cutáneas y puede observarse en otras neoplasias, como en el carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y otros tumores. De cualquier manera, destaca la existencia casi universal de un patrón vascular en las metástasis cutáneas, por lo que debe tenerse mayor discernimiento ante este patrón dermatoscópico distintivo, lo que puede mejorar la certeza diagnóstica y el reconocimiento de las metástasis cutáneas.⁹

COMENTARIO

La utilidad de la dermatoscopia ha ido en aumento, demostrando su importancia en la ayuda para establecer la sospecha diagnóstica de metástasis cutáneas en este caso clínico. A la paciente se le indicaron cuidados generales de la piel y continuó el seguimiento paliativo en el servicio de Oncología, debido a su mal pronóstico. Se considera de suma importancia la correlación de los patrones dermatoscópicos con los hallazgos histopatológicos para la correcta interpretación e integración del diagnóstico.

La correlación dermatoscópica-histopatológica de este caso es la siguiente: las estructuras tipo glóbulos rojo-lechosos corresponden a los vasos capilares y linfáticos dilatados ocupados por nódulos de células tumorales, entremezcladas con linfa y eritrocitos; el velo blanquecino corresponde a las zonas de hiperqueratosis; la red de pigmento periférica se debe a la epidermis con alargamiento de los procesos interpapilares e hiperpigmentación del estrato basal, los que, a su vez, separan los vasos capilares ocupados por células tumorales. Las zonas desestructuradas rosa homogéneas y el patrón vascular polimorfo (vasos tipo serpentina, en coma y puntiformes) destacan en las zonas donde en términos histopatológicos los nódulos tumorales se observaron de menor

tamaño, rodeados por vasos capilares dilatados y congestivos, algunos dispuestos de forma paralela y horizontal en relación con la epidermis.

Es de suma importancia para el dermatólogo conocer las variedades clínicas y dermatoscópicas de las metástasis cutáneas, porque en muchas ocasiones ésta es la primera manifestación clínica de una neoplasia oculta, y mediante la correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica se puede integrar el diagnóstico correcto.

REFERENCIAS

1. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:228-236.
2. De Giorgi V, Grazzini M, Alfaioli B, et al. Cutaneous manifestations of breast carcinoma. *Dermatol Ther* 2010;23:581-589.
3. Chernoff KA, Marghoob AA, Lacouture ME, et al. Dermoscopic findings in cutaneous metastases. *JAMA Dermatol* 2014;150:429-433.
4. Wong CY, Helm MA, Helm TN, et al. Patterns of skin metastases: a review of 25 years' experience at a single cancer center. *Int J Dermatol* 2014;53:56-60.
5. Marneros AG, Balnco F, Husain S, et al. Classification of cutaneous intravascular breast cancer metastases based on immunolabeling for blood and lymph vessels. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:633-638.
6. Lakshmi C, Pillai SB, Sharma C, et al. Carcinoma en cuirasse of the breast with zosteriform metastasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:215.
7. De Giorgi V, Alfaioli B, Massi D, et al. Solitary cutaneous metastasis as the first sign of relapse of thyroid carcinoma: a clinical, dermoscopic-pathologic case study. *Dermatol Surg* 2009;35:523-526.
8. Oiso N, Kimura M, Kawada A. A dermoscopic figure of polymorphous atypical vessels with colour gradation. Metastatic cutaneous carcinoma into the lymphatic vessels. *Acta Derm Venereol* 2011;91:737-738.
9. Chernoff KA, Marghoob AA, Lacouture ME, et al. Dermoscopic findings in cutaneous metastases. *JAMA Dermatol* 2014;150:429-433.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA

SERVICIO DE DERMATOPATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso de especialización y residencia en **Dermatopatología**:

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la **Dra. Patricia Mercadillo Pérez**, profesora titular del Curso Universitario de la Especialidad en Dermatopatología, Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México O.D., Tel./fax: 5004-3845 y 5543-3794.
3. Anexar a la solicitud curriculum vitae.
4. Entrevista con el Profesor Titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 1 de agosto al 30 de septiembre de 2015.
5. Se seleccionan dos candidatos.
6. El curso tendrá una duración de dos años, iniciando el primero de marzo y concluyendo el último día de febrero. El curso es de tiempo completo con una duración diaria de ocho horas.
7. Se extenderá diploma Universitario de la Especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México.