

Eritrodermia asociada con adenocarcinoma gástrico

Eritroderma associated to gastric adenocarcinoma.

Isaías Uh-Sánchez,¹ Ana Lorenia Molina-Lapizco,¹ Nixma Eljure-López,³ Juan Erik Aceves-Díaz²

Resumen

Se comunica el caso de un paciente en el que se estableció el diagnóstico de eritrodermia. El paciente no tenía antecedentes de enfermedades dermatológicas ni de consumo de fármacos. Debido a que la eritrodermia está relacionada con procesos neoplásicos, se realizó la búsqueda intencionada de los mismos; por sus síntomas gástricos, se hizo endoscopia, en la que se encontró una úlcera gástrica con reporte histopatológico compatible con adenocarcinoma gástrico. Se inició el tratamiento de la causa de la eritrodermia.

PALABRAS CLAVE: Eritrodermia; procesos neoplásicos; adenocarcinoma; dermatitis.

Abstract

We present the case of a patient in which was established the diagnosis of erythroderma. The patient had no history of dermatological diseases, neither drug consumption. Since erythroderma is related to neoplastic processes, they were intentionally searched for; due to the presence of gastric symptoms, an endoscopy was requested, in which a gastric ulcer was found, with histopathological report compatible with gastric adenocarcinoma. Treatment of the cause of erythroderma was instituted.

KEYWORDS: Erythroderma; Neoplastic processes; Adenocarcinoma; Dermatitis.

¹ Residente de Medicina Interna.

² Médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yucatán.

³ Médico adscrito al Centro Dermatológico de Yucatán Dr. Fernando Latapí, Mérida, Yucatán.

Recibido: agosto 2017

Aceptado: octubre 2017

Correspondencia

Isaías Uh Sánchez
uhisaias@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Uh-Sánchez I, Molina-Lapizco AL, Eljure-López N, Aceves-Díaz JE. Eritrodermia asociada con adenocarcinoma gástrico. Dermatol Rev Mex. 2018 mayo-junio;62(3):242-246.

ANTECEDENTES

La eritrodermia es un síndrome clínico, que se distingue por eritema generalizado; el término no es un diagnóstico nosológico, sino que describe una manifestación dermatológica que puede ser aguda o crónica. En la eritrodermia aguda suelen existir manifestaciones sistémicas que requieren cuidados urgentes en la unidad de cuidados intensivos. En la forma crónica, los problemas sistémicos están ausentes, la condición puede ser el resultado de procesos inflamatorios y en raras ocasiones, de enfermedades neoplásicas.¹

La incidencia anual se estima en aproximadamente 1 por cada 100,000 habitantes en población adulta.² Su intervalo etario de afectación es de 55 a 65 años y de 60 a 92% de los pacientes son hombres. Evoluciona en 1 a 30 días, con afectación de 90% de la superficie corporal total, acompañada de pérdida de cabello, onicólisis, onicomadesis, sin afectar la nariz y el surco nasogeniano.³

En la mayoría de los casos, es necesario establecer la causa de la eritrodermia para facilitar el tratamiento, porque se ha relacionado con diferentes enfermedades, como exacerbación de una enfermedad inflamatoria preexistente, la causa más común de eritrodermia, frecuentemente asociada con psoriasis o dermatitis atópica.⁴ Los medicamentos representan la segunda causa (aproximadamente 20% de los casos); se ha reportado una amplia variedad de medicamentos vinculados con eritrodermia: penicilinas, sulfonamidas, carbamazepina, fenitoína y alopurinol.⁵ Entre otras causas están las neoplasias malignas, con incidencia de alrededor de 1%, se relaciona más comúnmente con linfomas en general y linfoma cutáneo de células T (25-40% de los casos asociados con malignidad); los carcinomas de colon, pulmón, próstata, tiroides, laringe, próstata y esófago también se han reportado como causas de esta afección. Un curso insidioso y progresivo, aunado a la au-

sencia de antecedentes de enfermedad cutánea, deben hacer sospechar malignidad subyacente.⁶ Por último, aproximadamente 30% de los casos de eritrodermia tienen causa no identificada o idiopática, comúnmente la hepatitis, el SIDA y la enfermedad de injerto contra huésped pueden causar este padecimiento.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años, originario de Tabasco y residente del estado de Campeche, de oficio campesino, sin antecedentes patológicos conocidos. Inició su padecimiento cinco meses previos a su ingreso hospitalario con una dermatosis generalizada caracterizada por eritema, que no afectaba las palmas ni las plantas, al que se agregó prurito intenso, generalizado, de inicio brusco, sin predominio de horario, que incluso interfería con los periodos de sueño y que evolucionó a la descamación.

Acudió a valoración médica en el primer nivel de atención, donde se inició de manera empírica tratamiento con prednisona a razón de 1 mg/kg/día, que suspendió a los 15 días al no tener mejoría.

Como síntomas acompañantes, refirió disfagia progresiva, de sólidos a líquidos y pérdida de peso no cuantificada.

Al momento de la hospitalización, se encontró a la exploración física dermatosis generalizada, bilateral y simétrica, caracterizada por eritema, acompañado de escama gruesa y zonas de liquefacción en la cara (**Figura 1**), el tronco y las extremidades (**Figura 2**), sin afectar las palmas y las plantas.

En los estudios de laboratorio se reportó anemia con HB: 9.1 g/dL, VGM: 85.6 fl, HCM: 27.2 pg, pruebas de función hepática con hipoalbuminemia (albúmina: 2 g/dL), elevación



Figura 1. Lesión eritematoescamosa que afecta la cara y el cuero cabelludo.



Figura 2. Lesión eritematoescamosa que afecta el tronco y las extremidades.

de deshidrogenasa láctica (DHL: 883 U/L) e hipocalcemia grave (K: 1.6 mg/dL).

La biopsia de piel evidenció atrofia en la epidermis, hipogranulosis y acentuado edema en la dermis papilar y reticular (**Figura 3**), que descartó linfoma de células T.

Ante el cuadro de eritrodermia, acompañado de disfagia y pérdida de peso, se realizaron estudios de extensión, como parte del abordaje para descartar proceso neoplásico, en la tomografía toraco-abdomino-pélvica se encontraron adenomegalias retroperitoneales y engrosamiento de la pared del estómago. En el estudio panendoscópico se observó una lesión úlcero-infiltrante de 5 cm de diámetro recubierta de fibrina, desde la

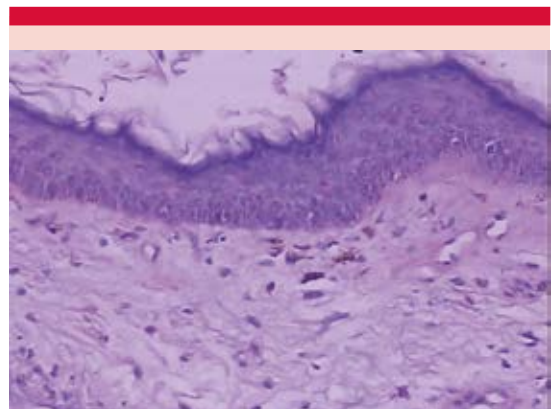


Figura 3. Biopsia de piel; se observa la epidermis adelgazada, con disminución de la red de crestas, adecuada maduración y ortoqueratosis, hipogranulosis y caída del pigmento a la dermis superficial.

cisura angularis hasta la región perihial (**Figura 4**), reportada en estudio histopatológico como adenocarcinoma gástrico (**Figura 5**).

Como parte del tratamiento, se decidió iniciar manejo quimioterapéutico paliativo, ante un adenocarcinoma gástrico estadio clínico IV,



Figura 4. Lesión gástrica úlcero-infiltrante recubierta de fibrina.

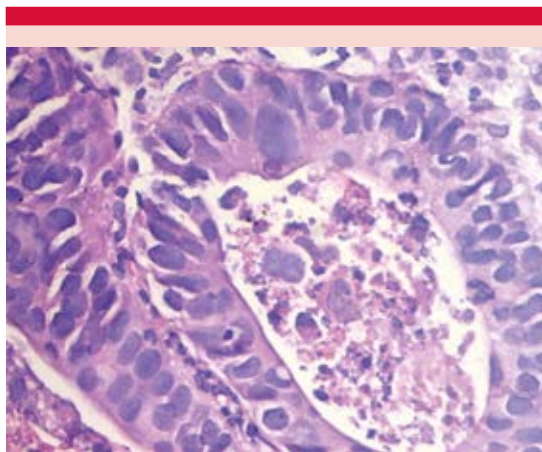


Figura 5. Biopsia de mucosa gástrica; se aprecian las características citológicas: glándulas espalda con espalda (sin estroma entre ellas), pérdida de la polaridad (pseudoestratificación), hiper cromasia y pleomorfismo nuclear.

no susceptible a tratamiento quirúrgico, con eritrodermia paraneoplásica, que se alivió parcialmente con la aplicación de emolientes.

DISCUSIÓN

Se ha descrito en la bibliografía una especial conexión de esta enfermedad con malignidad interna. Existen reportes de casos en revistas japonesas en los que en 21 pacientes (que representan 30% de los reportes totales) fue concomitante con carcinomas viscerales, como estómago, colon, próstata, hígado, laringe, riñón y pulmón.⁷

Existen series de casos más recientes, en los que de 68 pacientes, se encontraron neoplasias hematopoyéticas en 14.7% de los mismos y neoplasia en órgano sólido en 23.5%; el cáncer gástrico fue de los más prevalentes.⁸ La malignidad puede preceder, coexistir o aparecer posterior a las lesiones en la piel.⁹ En otro estudio de eritrodermia con relación con causas viscerales, de 9 casos alrededor de 50% se asoció con tumores de origen gástrico.¹⁰

Es común el inicio de eritema en parches, acompañado de prurito intenso. Los parches incrementan de tamaño hasta agruparse para formar extensas áreas de eritema que a la larga se diseminan para cubrir toda o la mayor parte de la superficie de la piel. Del segundo al sexto día, la piel empieza a escaldarse y posteriormente se encuentra seca, caliente e indurada; el liquen simple crónico puede llegar a ser la última expresión del cuadro.⁶

El diagnóstico es clínico en un paciente con eritema generalizado y difuso, que abarca 90% o más de superficie corporal.⁶ La realización de biopsia de piel puede no ser necesaria para establecer el diagnóstico con el antecedente de enfermedad preexistente, como dermatitis atópica o psoriasis; sin embargo, el estudio histopatológico puede revelar otra causa subyacente, aunque

con frecuencia se observan lesiones inespecíficas de hiperqueratosis, acantosis, espongiosis e infiltrado inflamatorio perivascular.¹¹

Como tratamiento en general, se han realizado diversas recomendaciones, entre las que destacan la administración de antihistamínicos y esteroides tópicos como manejo inicial para el control de los síntomas. En casos resistentes, se han prescrito corticoesteroides sistémicos con dosis iniciales de 0.5 mg/kg/día, ajustándose de acuerdo con la respuesta clínica. También se ha añadido en ciertas circunstancias, aún en controversia, ciclosporina A, interferón alfa, PUVA, UVB. El curso clínico es prolongado y depende de la enfermedad subyacente.⁹

No obstante, en asociación con enfermedades tumorales internas, el tratamiento suele producir mejoría parcial mientras se encuentra en dosis adecuadas, con recurrencia inmediata ante la suspensión de éste, al no tratar el tumor.¹² Como en el caso de nuestro paciente, que fue tratado con prednisona vía oral, sin alivio del cuadro, lo que dio lugar a iniciar el abordaje de las causas de la eritrodermia, para posteriormente iniciar el tratamiento de la enfermedad de base.

Al tratar a un paciente con eritrodermia en quien no se encuentran las causas más frecuentes en la valoración inicial, es necesario iniciar el abordaje diagnóstico de las otras alternativas menos frecuentes, para lo que debe realizarse un estudio sistemático guiado por historia clínica y exploración física minuciosa, que incluya evaluación completa de la piel.

Las dermatosis paraneoplásicas pueden ser una manifestación temprana de carcinomas visce-

rales, por lo que debe excluirse cierta clase de tumores; esto incluye los pulmonares, hepáticos, de vesícula, gástricos y de vejiga.

Debemos tener en cuenta que la malignidad puede preceder, coexistir o ser posterior a la erupción en la piel y que los pacientes con esta causa de la eritrodermia frecuentemente tienen mala respuesta al tratamiento.

REFERENCIAS

1. Dobson J, Levell N. Erythroderma. *Medicine* 2017;45(7):417-421.
2. Sigurdsson V, Steegmans P, van Vloten W. The incidence of erythroderma: a survey among all dermatologists in The Netherlands. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(5):675-678.
3. Jaffer AN, Brodell RT. Exfoliative dermatitis. *Postgraduate Med* 2005;117(1): 49-51.
4. Pal S, Haroon T. Erythroderma: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol* 1998;37(2):104-107.
5. Akhyani M, Ghodsi Z, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol* 2005;5(5):1-5.
6. Sehgan V, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. *Int J Dermatol* 2004;43(1):39-47.
7. Toshifumi N, Kazuo K, Reine M, Mamoru Y. Papuloerythroderma of Ofuji associated with early gastric cancer. *Int J Dermatol* 2008;47(6):590-591.
8. Fukumi F, Nobuo K. Circumstances that led to the definition of papuloerythroderma (Ofuji) as an individual entity. *J Clin Exp Dermatol Res* 2016;7(5):368-370.
9. Tsu-Liang C, Hsien-Ching C. Papuloerythroderma of Ofuji -Report of two cases. *Dermatol Sinica* 2000;18(4):291-297.
10. Wei G, Bu-Wei T, De-Cai Y, Gang C. Dermatitis as the initial presentation of gastric cancer: two cases. *Chin J Cancer Res* 2014;26(5):632-638.
11. Ram-Wolff C, Martin-Garcia N, Bensussan A, Bagot M. Histopathologic diagnosis of lymphomatous versus inflammatory erythroderma: a morphologic and phenotypic study on 47 skin biopsies. *Am J Dermatopathol* 2010;32(8):755-763.
12. Momm F, Pflieger D, Lutterbach J. Paraneoplastic erythroderma in a prostate cancer patient. *Strahlenther Onkol* 2002;178(7):393-395.