

# METÁSTASIS DE CARCINOMA EN PIES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

\*\* SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
HOSPITAL UNIV 12 DE OCTUBRE (MADRID)

\* A. GUERRA TAPIA  
\* E. GONZÁLEZ-GUERRA  
\*\* L.F. LLANOS ALCÁZAR

## RESUMEN

**Introducción:** Entre el 1-5% de los pacientes con cáncer presentan metástasis cutáneas. Sin embargo, la localización en pies, y más aún en la zona de las falanges distales de dedos, es sumamente rara (unos 120 casos descritos), estando asociada a un mal pronóstico.

**Caso clínico n.º 1:** Varón de 38 años, diagnosticado desde hace un año de carcinoma epidermoide de pulmón, que presenta tumefacción, ulceración y exudación en primer dedo de pie izquierdo, y tercer y cuarto dedo de pie derecho, con intenso dolor. La biopsia de las lesiones corresponden a un carcinoma epidermoide metastásico.

**Caso clínico n.º 2:** Paciente de 64 años de edad, diagnosticado de carcinoma anaplásico de pulmón, que presenta en cara lateral izquierda de pie izquierdo una lesión dolorosa, excrecente, sangrante, friable, de unos 6 cm de diámetro. El estudio histopatológico fue: diagnóstico de metástasis de carcinoma.

**Conclusiones:** Pese a la variedad clínica de las metástasis cutáneas, las localizadas en pies, y más aún en las zonas distales de dedos, son excepcionales. Sin embargo hay que considerar la posibili-

dad de su existencia, y hacer el diagnóstico diferencial en aquellos procesos aparentemente inflamatorios, sobre todo, si existe un tumor maligno conocido.

## PALABRAS CLAVE

Metástasis cutáneas, metástasis óseas, metástasis en pies.

## INTRODUCCIÓN

Se define la metástasis, como aquella lesión neoplásica, que procede de otra neoplasia con la que no guarda relación de continuidad (1). Las vías usuales de producción de metástasis, son la linfática y la sanguínea, pudiendo ser utilizadas simultáneamente ambas (2).

Las metástasis cutáneas representan una manifestación específica de una neoplasia maligna interna, y constituyen un proceso infrecuente aunque no excepcional en el curso de ellas (3). La mayoría de los autores establecen su incidencia entre el 0,7 y el 9% de los pacientes con cáncer (4), alcanzando una frecuencia del 10% en los pacientes con cáncer metastásico previamente diagnosticado (5). Las neoplasias viscerales que más a menudo metas-

tatizan en piel, son el cáncer de pulmón en el varón y el de mama en la mujer. Con relativa frecuencia, las metástasis cutáneas pueden ser el signo de presentación del tumor maligno. En las series más amplias publicadas, esto sucede en el 1,3% de los casos (3).

Aunque los huesos son un lugar frecuente de metástasis de algunas neoplasias, las de los dedos de las manos y pies son extremadamente raras, habiéndose descrito unos 120 casos en la literatura (6). Dichas metástasis son comúnmente una manifestación tardía de enfermedad diseminada constituyendo un mal pronóstico de ella.

Pese a la infrecuencia de la localización de metástasis en zonas distales de pies, hay que considerar la posibilidad de su existencia, y hacer el diagnóstico diferencial con aquellos procesos aparentemente inflamatorios, sobre todo, si existe certeza o sospecha de un tumor maligno.

En los últimos meses hemos tenido la oportunidad de ver a dos pacientes con metástasis cutáneas y óseas en los pies. La excepcionalidad de los casos nos motivan a comentarlos.

## CASO CLÍNICO N.º 1

Varón de 38 años, fumador de 30 a 40 cigarrillos al día, diagnosticado un año antes de ser visto por nosotros, de carcinoma epidermoide de bronquio principal derecho estadio Ilib, T4N2MO. (T4: situado a menos de 1 cm de la carina traqueal; N2: adenopatías de tamaño patológico en área prevascular, paratraqueal derecha alta y baja, y subcarinales). El tumor fue considerado irsecable, y se realizó radioterapia paliativa con dosis total de 60 Gy.

Cuando acude a nuestra consulta, refiere un proceso de tres meses de evolución localizado en dedos de pies, intensamente doloroso, que no había mejorado con antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico. En la exploración se observa

ba tumefacción, ulceración y exudación en falange distal de primer dedo de pie izquierdo y segundo y tercer dedos de pie derecho (Fig. 1). Asimismo se palpaba una masa pétreo en axila de 4 cm y un nódulo subcutáneo de 1 cm en pantorrilla derecha. Presentaba intensa palidez cutáneo mucosa y anulación del murmullo vesicular de hemitórax izquierdo.

De las exploraciones complementarias realizadas, destacan los siguientes hallazgos:

- Radiografías de ambos pies en las que se evidenciaba lesión osteolítica en falange distal de primer dedo de pie izquierdo (Fig. 2), con osteopenia de falange distal de segundo y tercer dedo de pie derecho (Fig. 3).

- Analítica elemental con hemoglobina de 3,3 g/dl, con un hematocrito de 11, así como una leucocitosis de 22.580 con fórmula de 83 N, 8 L y 6 M.

- Radiografía de tórax con un velamiento total del hemitórax derecho que desplazaba al mediastino hacia la izquierda, en relación con derrame pleural masivo. Asimismo se objetivaban lesiones osteolíticas en tercera, cuarta y quinta costillas derechas. Había un aumento de partes blandas en área axilar, en relación con una masa que afectaban al tórax y pared torácica adyacente. Un CT toraco-abdominal previo, evidenciaba una masa sólida que ocupaba todo el hemitórax derecho, asociada a invasión de la pared torácica, con destrucción costal asociada. Abundantes adenopatías ocupaban toda la región axilar derecha y el mediastino anterior. Había engrosamiento del pericardio adyacente a hemitórax derecho. El hígado se mostraba homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio. Se realizó una gammagrafía ósea que, curiosamente, no mostró alteraciones.

Con el diagnóstico de sospecha de carcinoma metastásico, se realiza biopsia cutánea en la que se observan en dermis nidos de células epitelioides con pocas atipias, sin conexión con epidermis supra-



Fig. 1. *Paciente n.º 1. Tumefacción, ulceración y exudación en falange distal de primer dedo de pie izquierdo y segundo y tercer dedo de pie derecho.*



Fig. 2. *Paciente n.º 1. Lesión osteolítica en falange distal de primer dedo de pie izquierdo.*

yacente y con formación de perlas de queratina, lo que confirma el diagnóstico.

El paciente es tratado con radioterapia paliativa con mejoría clínica y disminución de las lesiones, pero sin llegar a desaparecer éstas.

## CASO CLÍNICO N.º 2

Paciente de 64 años de edad, fumador de 20 cigarrillos día, diagnosticado de carcinoma anaplásico de pulmón de células grandes, con componente de células claras y focalmente de epidermoides, con infiltración de arteria pulmonar, vena pulmonar, adenopatía subcarínica y alveolos próximos al tumor, motivo por el que dos meses antes de ser visto por nosotros es intervenido, realizándose una neumonectomía izquierda, y sometiéndose posteriormente a tratamiento radioterápico.

Las exploraciones complementarias y el estudio de extensión previo, no mostraron evidencia de metástasis.

Acude a consulta por la aparición, una semana antes, en cara lateral izquierda de pie izquierdo, de una lesión dolorosa, de rápido crecimiento, que a la exploración aparece excrescente, sangrante, friable, y de unos 6 cm de diámetro (Fig. 4). Además se observan otras 3 lesiones subcutáneas, firmes, redondeadas, bien delimitadas, de 1-2 cm de diámetro, localizadas en dorso de pie izquierdo, cuero cabelludo y pulpejo de tercer dedo de mano derecha.

En el estudio histopatológico de la lesión tumoral de pie izquierdo, se observa infiltración neoplásica dispersa en dermis medio y profundo, dispuesta en nidos, y compuesta por células atípicas, pleomórficas e indiferenciadas, que se disponen muy focalmente formando rudimentarias luces y espacios claros, que llevan al diagnóstico de metástasis de carcinoma.

El paciente es tratado de forma paliativa a nivel de la metástasis de mayor tamaño con radioterapia, mejorando.

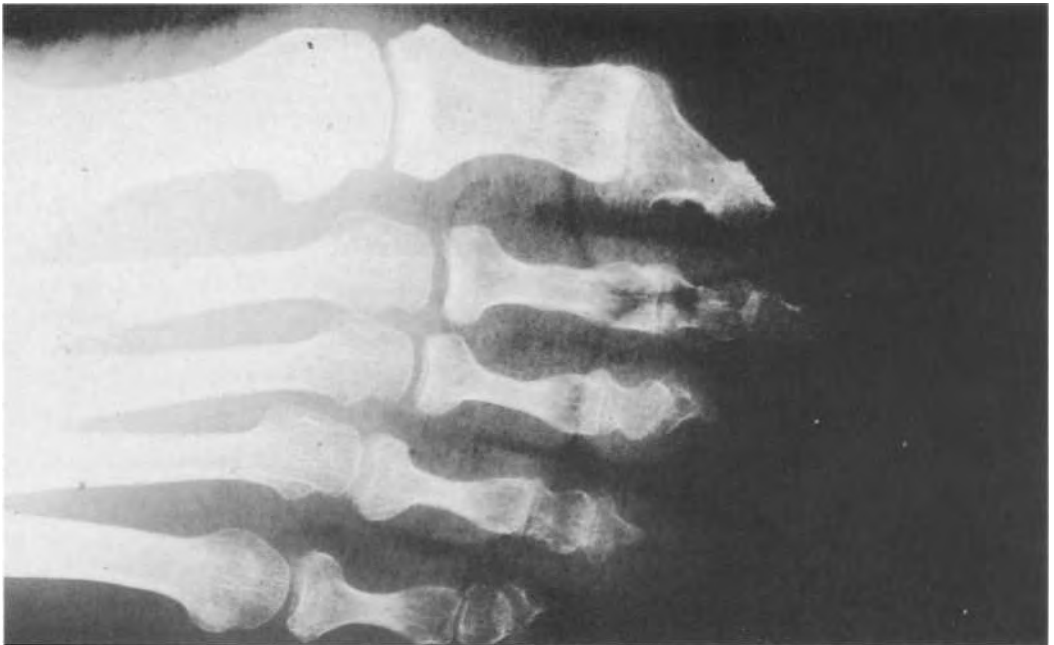


Fig. 3. Paciente n.º 1. Osteopenia de falange distal de segundo y tercer dedo de pie derecho.



Fig. 4. Paciente n.º 2. Pie izquierdo. Lesión excrecente, sangrante, friable, de 6 cm de diámetro. Se observa lesión subcutánea, redondeada, de 1 cm de diámetro, en dorso de pie .

## DISCUSIÓN

La metástasis cutánea, es en ocasiones el primer signo de presentación de una neoplasia interna, siendo, por su accesibilidad, el punto de partida que nos guiará en su diagnóstico y localización. Las estadísticas refieren una frecuencia de 0,3 para las metástasis de carcinoma de pulmón que se manifiestan como primer signo de la existencia de éste (3). Otras veces, su diagnóstico puede ser fundamental para establecer el pronóstico vital y dirigir las actuaciones terapéuticas y/o paliativas subsecuentes.

La selectividad de las metástasis por un determinado órgano, sigue siendo un fenómeno misterioso (7), para cuyo desarrollo existen diferentes hipótesis (8). Así, la localización puede estar determinada por la proximidad anatómica y el tipo de drenaje linfático. Es el patrón mecánico, frecuente en tumores de cabeza y cuello. Otras veces, la metastatización será órgano-específica. Así, las células tumorales

con mayor afinidad por la fibronectina, metastatizan preferentemente en el hígado, o las que tienen más afinidad por la laminina, lo hacen al pulmón, más rico en esta sustancia, o el cáncer de próstata lo hace al hueso, etc. El tercer mecanismo, no selectivo, sería el que se da en aquellos tumores que tienen poblaciones celulares biológicamente capacitadas para adherirse a paredes vasculares, e invadir órganos muy diferentes.

A pesar de la gran variedad clínica de metástasis cutáneas, el origen en un carcinoma de pulmón es raro. Aunque algunos autores sostienen que no existen tumores con una especial afinidad por invadir la piel, el trabajo de Lookingbill y colaboradores (9), parece demostrar lo contrario. Así, mientras el melanoma da metástasis cutáneas en el 45% de los casos, el carcinoma de pulmón sólo lo hace en el 2% de los casos. Por otra parte, las extremidades superiores e inferiores no suelen ser asiento de metástasis de neoplasias viscerales en general (10), y menos aún, las lo-

calizadas en falanges de los dedos (menos del 0,1% de los tumores metastatizan en manos o pies).

El pulmón, a pesar de la baja frecuencia con que produce metástasis cutáneas, es el origen más frecuente de las metástasis de las manos, mientras que el tracto genitourinario lo es de las de los pies. Dentro de su rareza, el lugar más común de afectación de los huesos de la mano es la falange distal, a menudo del primer dedo. Las metástasis de los pies afectan más frecuentemente a los huesos del tarso, siéndolo las falanges en una minoría de los casos (11).

El pronóstico de estos enfermos, obviamente depende del tumor primario, pero el hecho de la existencia de una metástasis cutánea lo ensombrece. La supervivencia no suele superar los 6 meses (12).

La patogénesis de las acrometástasis permanece oscura. La ausencia de médula ósea roja en los huesos acrales puede contribuir a su rareza. Otros factores considerados favorecedores, han sido los traumatismos, diferentes gradientes de temperatura, factores hemodinámicos locales, influencias hormonales y factores inmunológicos.

Las acrometástasis son importantes por varias razones: pueden ser la manifestación primaria de un cáncer oculto, se pueden confundir con otros procesos (tumores benignos, paroniquia aguda, osteomielitis, cuerpo extraño, hematoma infectado, gota, artritis reumatoide, etc) en cuyo caso son incorrectamente tratadas, y por último, una vez diagnosticadas, pueden ayudar a emitir un pronóstico más exacto.

Dado que los estudios convencionales no suelen incluir el esqueleto distal, las acrometástasis son frecuentemente descubiertas por sus manifestaciones cutáneas. Así pues, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de los procesos inflamatorios de los dedos, sobre todo si hay neoplasia subyacente, y realizar un estudio radiológico e histopatológico en los casos dudosos.

Nuestros enfermos, diagnosticados ambos de carcinoma de pulmón, presentaron metástasis cutáneas en pies, con comprobación histopatológica y radiológica. En el primer caso, las lesiones habían sido valoradas previamente como un proceso inflamatorio. Tanto el origen como la localización, se pueden considerar excepcionales. El diagnóstico de las metástasis cutáneas, contribuyó a clarificar un pronóstico más exacto, y una actuación terapéutica más en consonancia.

## CONCLUSIONES

Presentamos dos nuevos casos de metástasis cutáneas de carcinoma de pulmón en partes blandas de pies y falanges de los dedos de los pies. Tanto el origen como la localización, pueden ser considerados como hechos inusuales en las metástasis cutáneas.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) POSTE, G.; FIDLER, I.J.: The pathogenesis of cancer metastasis. *Nature* 1980; 283: 139-146.
- (2) LIOTTA, L.A.; KOHN, A.: Cáncer invasion and metastasis. *JAMA*, 1990; 263: 1123-1126.
- (3) LOOKINGBILL, D.P.; SPANGLER, M.; SEXTON, F.M.: Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 19-25.
- (4) SPENCER, P.S.; HELM, T.N.: Skin metastasis in cancer patients. *Cutis* 1987; 39: 119-121.
- (5) PARICIO RUBIO, J.E; DEL POZO, L.J.; ALFARO, J.; HONDLER, C.; DELGADO, M.; VERA, D.: Metástasis cutáneas. Revisión de 29 casos. *Actas Dermosif* 1996; 87: 167-172.
- (6) COHEN, P.R.: Metastatic breast carcinoma mimicking an acute paronichia of the great toe: case report and review of subungual metastases. *Am J Clin Oncol* 1993; 16: 86-91.

(7) BROODLAND, D.G.; ZITELLI, J.A.: Mechanisms of metastasis. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1-8.

(8) NICOLSON, G.L.: Organ specificity of tumor metastasis: role of preferential adhesion, invasion and growth of malignant cells at specific secondary sites. *Cáncer Metastasis Rev* 1988; 7: 143-188.

(9) LOOKINGBILL, D.P.; SPANGLER, N.; HELM, K.F.: Cutaneous metastasis in patients with metastatic carcinoma: A re-

trospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 228-236.

(10) SCHWARTZ, R.A.: Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 161-174.

(11) BARAN, R.: Metastatic carcinoma to the terminal phalanx of the big toe: report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 259-263.

(12) REINGOLD, I.M.: Cutaneous metastases from internal carcinoma. *Cáncer* 1996; 19: 162-168.