

METÁSTASIS CUTÁNEA DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: REPORTE DE UN CASO

Martín Chapoñan-Relaiza^{1,2,a}, Hilda M. Deza^{1,a}, John García^{1,b}, Víctor Delgado^{1,c}

RESUMEN

Las metástasis cutáneas son eventos muy infrecuentes que corresponden a una invasión tumoral a distancia. Las metástasis de próstata tienen un orden de aparición de 1%; las localizaciones más comunes incluyen la región genital o suprapúbica y muy raramente se ubican a distancia. Reportamos el caso de un paciente varón con metástasis cutánea de adenocarcinoma de próstata de localización cervical y torácica superior, el cual presentaba además antecedente de tuberculosis pulmonar. La tomografía reveló la presencia de metástasis ósea, derrame pleural e infiltración de tejidos blandos del cuello. El estudio histopatológico confirmó la presencia de metástasis cutánea de neoplasia de próstata primaria. Presentamos el caso debido a su presentación inusual y por su importancia en el diagnóstico diferencial de esta patología.

Palabras clave: Próstata; Adenocarcinoma; Metástasis de neoplasia; Piel (Fuente: DeCS BIREME).

CUTANEOUS METASTASIS OF PROSTATE ADENOCARCINOMA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Cutaneous metastases are very rare events and are related to a distant tumor invasion. Prostate metastases have a 1% appearance rate; the most common locations include the genital or suprapubic region and are very rarely located at a distance. We report the case of a male patient with cutaneous metastasis of prostate adenocarcinoma located in the cervical and upper thoracic area. The patient also had a history of pulmonary tuberculosis. A CT scan revealed the presence of bone metastasis, pleural effusion, and infiltration of the soft tissues of the neck. The histopathological study confirmed the presence of cutaneous metastasis of primary prostate neoplasia. We present this case due to its unusualness and its importance in the differential diagnosis of this pathology.

Keywords: Prostate; Adenocarcinoma; Neoplasm metastasis; Skin (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas (MC) son eventos muy infrecuentes, con una frecuencia de aparición aproximada de 2% (con un rango de 0,7%-9% del total de todas las metástasis) ^(1,2). La patogenia de las MC incluye mecanismos como la vía hematológica siendo esta la más frecuente, así como la vía linfática, invasión por contigüidad del tejido y por implantación iatrogena ^(1,2).

La mayoría de las MC se pueden presentar como nódulos de rápido crecimiento, aunque pueden presentarse también como pápulas, placas o lesiones ulceradas ^(3,4). El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma. En el

estudio histopatológico se observan acúmulos de las células en la dermis sin contacto con la epidermis subyacente ^(3,4).

Cualquier tumor puede dar metástasis a la piel; sin embargo, la diferencia por sexos, sitúa al cáncer pulmonar como el primero en frecuencia en varones y el cáncer de mama en las mujeres. Asimismo, el grupo etario más frecuente de las MC corresponden a la séptima y octava década de la vida ⁽⁵⁾. El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos no cutáneos más frecuentes y una causa de muerte frecuente por cáncer en el sexo masculino ⁽⁶⁾. Cuando se producen metástasis los órganos de predilección son el hueso, pulmón, hígado y ganglios linfáticos; siendo excepcional la metástasis cutánea (<1%) ^(7,8).

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Médico residente en dermatología, ^b médico especialista en dermatología, ^c médico especialista en anatomía patológica.

Recibido: 13/07/2018 Aprobado: 06/06/2019 En línea: 13/08/2019

Presentamos el caso de un paciente adulto mayor con metástasis cutánea a distancia (región cervical anterior y lateral izquierda), con antecedente de tuberculosis pulmonar y adenocarcinoma de próstata. En la literatura biomédica nacional no se han encontrado casos de metástasis cutánea a distancia de pacientes con carcinoma de próstata, por lo que consideramos la presentación de este caso.

REPORTE DEL CASO

Paciente varón de 66 años, natural de Huancavelica y procedente de Lima, con antecedente de tuberculosis pulmonar tratada hace 15 años y de insuficiencia renal crónica por uropatía obstructiva como secuela de un adenocarcinoma de próstata tratado hace siete años con radioterapia. El paciente presenta desde hace aproximadamente un año una lesión cutánea en región cervical de crecimiento progresivo, la lesión presenta ulceración y formación de costra con sangrado ocasional.

Durante dicho tiempo el paciente ha presentado además disminución progresiva de peso acompañado de malestar general generalizado y astenia. Dos semanas antes del ingreso presenta alteración de la función renal severa por lo que es hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Almenara Irogoyen durante el mes de enero de 2017. Debido al cuadro cutáneo antes mencionado se pidió opinión al servicio de Dermatología.

Al examen general encontramos un paciente con mal estado general y nutricional, somnoliento, con niveles elevados de presión arterial. En el examen preferencial de piel se observan dos placas a nivel cervical eritemato-violácea de consistencia indurada de superficie lobulada de 7 x 5,5 cm en región supraesternal y otra de 3 x 2,5 cm en región cervical lateral izquierda, con una costra central en ambas lesiones, de bordes poco definidos con lesiones satélites, no dolorosas a la palpación (Figura 1).

En los estudios de laboratorio se encontró los siguientes resultados: hemoglobina 12 g/L, leucocitos 5780 mm³ (segmentados: 3179 mm³), plaquetas 140 000 mm³, glucosa 99 mg/dL, urea 120 mg/dL, creatinina 3,7 mg/dL, fosfatasa alcalina 105 U/L, transaminasa glutámico oxalacética 59 U/L, transaminasa glutámico pirúvica 31 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 74 U/L, proteínas totales 7,4 g/dL, albúmina 4,5 g/dL, globulinas 2,9 g/dL, Na 132 mEq/L, K 5,1 mEq/L, Cl 109 mEq/L.

En la tomografía espiral multicorte (TEM) realizada en dicho servicio se observaron múltiples adenomegalias mediastinales y axilares. A nivel abdominal se observaron adenopatías retroperitoneales, mesentéricas y pélvicas. También se encontró lesiones hiperdensas a nivel de columna dorsal, arcos costales y escápula; así mismo, lesiones similares en columna lumbar y sacra compatibles con metástasis osteoblásticas (Figura 2).



Figura 1. Lesiones papulares, nodulares y tumoraciones rojizas que confluyen en región cervical anterior y lateral izquierda, así como en tórax antero superior. En ambas lesiones se observa una costra negra central

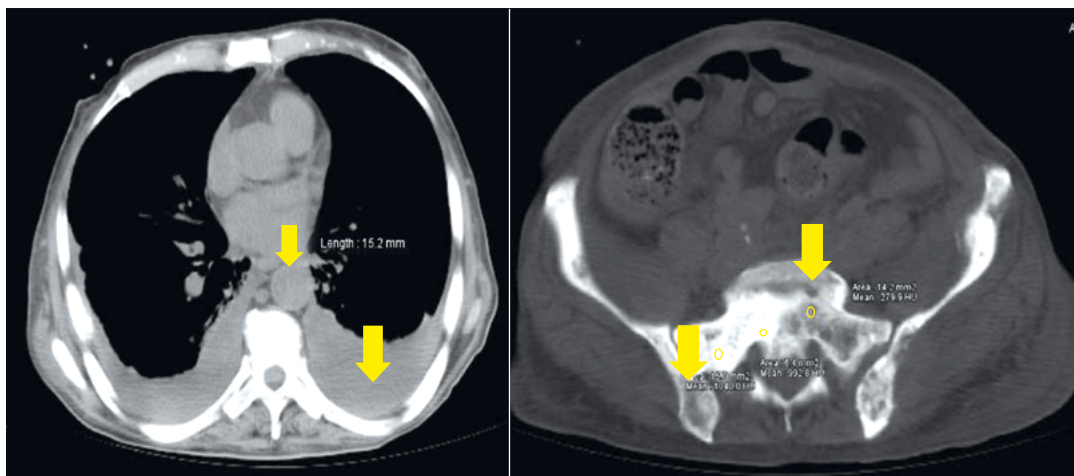


Figura 2. Tomografía espiral multicorte (TEM) se observan por múltiples adenopatías hiliares, así como derrame pleural. Además, lesiones óseas que corresponden a metástasis osteoblásticas

Los principales diagnósticos diferenciales fueron tuberculosis cutánea (debido al antecedente de proceso pulmonar previo), metástasis cutánea de carcinoma de próstata y neoplasia cutánea primaria (carcinoma epidermoide de piel del cuello). Se realizó una biopsia de piel de dicha lesión, en el examen histopatológico se observó epidermis adelgazada sin compromiso neoplásico. A nivel de la dermis, múltiples células atípicas con núcleos hiper cromáticos y nucléolos prominentes constituyendo una tumoración de aspecto epiteloide mal diferenciada. En el estudio inmunohistoquímico dichas

células fueron positivas para antígeno prostático específico (PSA). La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa y no se hallaron estructuras compatibles con micobacterias (Figura 3).

El paciente fue sometido a quimioterapia con bicalutamida 150 mg (dosis diaria durante los próximos seis meses), hemodiálisis dos veces a la semana, morfina 10 mg subcutánea (para el dolor oncológico); sin embargo, el paciente falleció luego de siete meses debido a un cuadro de sepsis y fallo respiratorio. El reporte de caso

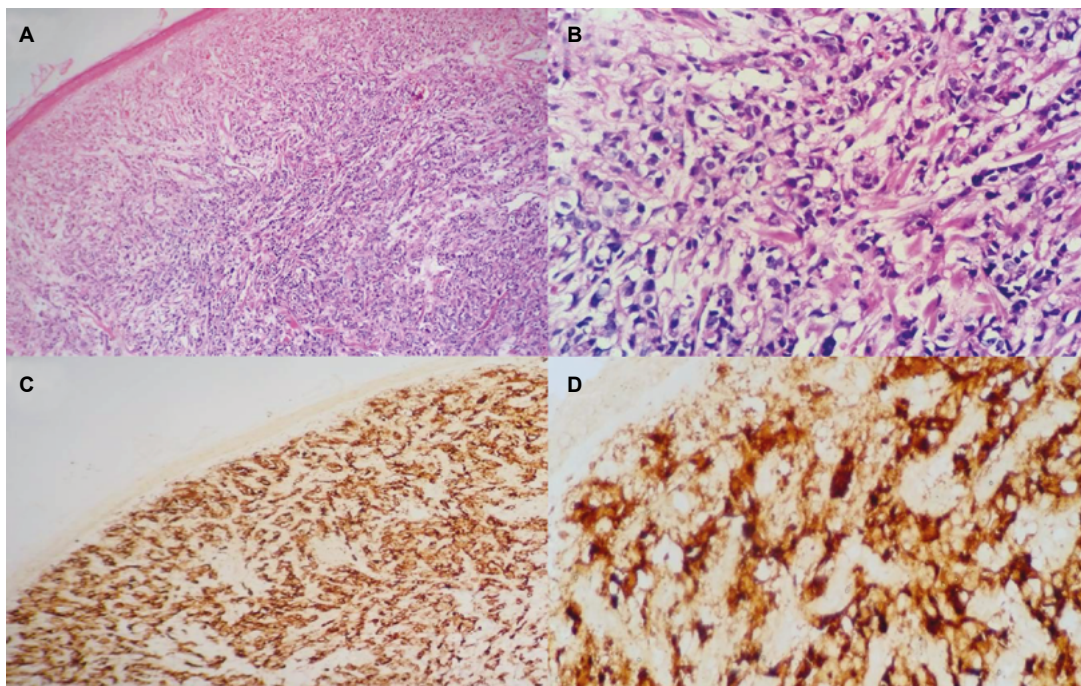


Figura 3. Biopsia de piel: A. Hematoxilina- eosina (H-E). Células tumorales múltiples que infiltran toda la dermis (10x). B. H-E. A mayor aumento se observan células de citoplasma amplio eosinofílico (40x). C y D. Células tumorales positivas para antígeno prostático específico.

tuvo autorización para su publicación por el servicio de dermatología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas (MC) tienen un curso clínico variable. Al menos un tercio de los casos de metástasis cutánea se diagnostican en forma previa al tumor de origen y pueden ser un signo precoz de diseminación de un tumor conocido o de recurrencia tumoral⁽⁹⁾.

La forma de presentación habitual de MC de próstata es como nódulo asintomático único o múltiple y su localización más común corresponde a las regiones genital, suprapúbica o la raíz de los muslos, escroto o pene⁽¹⁰⁾; mientras que sitios a mayor distancia son infrecuentes. Existen pocos casos reportados en la literatura ubicados a mayor distancia, como el caso del paciente presentado. El reporte de caso de Pistone *et al.* muestra un paciente con antecedente de cáncer de próstata que desarrolla dos tumoraciones en tórax antero-superior y cuello, luego de ocho años del diagnóstico de la neoplasia, las cuales fueron compatibles con metástasis cutáneas. Por otro lado, Rodríguez-Lojo *et al.* presenta dos casos de metástasis cutáneas de próstata, de los cuales sólo uno de ellos se presentó en piel del tórax como infiltración subcutánea luego de once años. En ambos casos el tiempo de presentación de la metástasis y la localización inusual coincidieron con este caso. En ninguno de los reportes, las metástasis se presentaron como nódulos confluentes en forma de placa como en nuestro caso^(11,12).

No se conoce la vía de diseminación de carcinoma de próstata a la piel, aunque se cree que en el caso del adenocarcinoma de próstata la vía linfática puede ser la más frecuente, a diferencia del resto de MC, donde la vía hematogena es la más común.

El hallazgo histopatológico es similar al de otras MC descritas, siendo positiva en inmunohistoquímica para el antígeno prostático específico (PSA); sin embargo, cuando la neoplasia es indiferenciada se puede perder la positividad para PSA⁽¹³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wong CY, Helm MA, Helm TN, Zeitouni N. Patterns of skin metastases: a review of 25 years' experience at a single cancer center. *Int J Dermatol.* 2014;53(1):56-60. doi: 10.1111/j.1365-4632.2012.05635.x.
2. Handa U, Kundu R, Dimri K. Cutaneous Metastasis: A Study of 138 Cases by Fine-Needle Aspiration Cytology. *Acta Cytol.* 2017;61:47-54. doi: org/10.1159/000453252
3. De Souza JA, Senise M. Cutaneous metastasis from internal carcinomas: a review of 45 years. *An Bras Dermatol.* 2013; 88(4):541-544. doi: 10.1590/abd1806-4841.20131165.
4. Gan EY, Chio MT, Tan WP. A retrospective review of cutaneous metastases at the National Skin Centre Singapore. *Australas J Dermatol.* 2015; (56): 1-6. doi: 10.1111/ajd.12194
5. Fernández-Antón MC, Parra-Blanco V, Aviles JA, Suarez RM. Cutaneous Metastases of Internal Tumors. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:841-53. doi: 10.1016/j.adengl.2012.06.031.
6. Pow-Sang M, Huamán MA. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev Peru Med Exp. Salud publica* 2013;30(1):124-8.

Las opciones terapéuticas establecidas para su tratamiento varían dependiendo del estadio. En estadios iniciales la resección quirúrgica (prostatectomía radical) es la principal opción terapéutica, junto con la radioterapia. Mientras que en pacientes en estadio metastásico dependerá del tipo histológico. Si el tipo es de células pequeñas el tratamiento es quimioterapia con cisplatino o carboplatino combinado con docetaxel o etopósido; en caso de adenocarcinoma (como en nuestro paciente) el tratamiento es con docetaxel, abiraterona u otras terapias hormonales secundarias como enzalutamida o bicalutamida⁽¹⁴⁾, la cual se administró en este caso.

La MC de adenocarcinoma de próstata también es un indicador de mal pronóstico, dado que su presencia es un indicativo de una considerable reducción de la supervivencia⁽¹⁵⁾, tal como el caso de nuestro paciente, quien falleció luego de siete meses. En el presente caso, como en los otros reportados el diagnóstico de la neoplasia siempre ha sido previo a la presentación de la metástasis; y si bien, la metástasis no ha sido un factor de diagnóstico temprano, nos ha permitido realizar el diagnóstico sobre otras posibles patologías que podrían presentarse en estos pacientes, en el caso puntual de nuestro paciente la tuberculosis cutánea y el cáncer primario de piel, lo cual sí influye en el tratamiento posterior.

El propósito de este reporte es presentar un caso de metástasis cutánea de próstata en región cervical y torácica, debido a lo inusual de presentación en esta neoplasia, más aun su infrecuente localización, lo cual nos permitirá aumentar el conocimiento actual para el diagnóstico diferencial de casos con manifestaciones cutáneas similares, teniendo en cuenta los antecedentes presentados por este paciente, siendo este caso el primer reporte de metástasis cutánea a distancia en la literatura médica en Perú.

Contribuciones de autoría: MOCHR realizó la evaluación y seguimiento del paciente, HMD y JG fueron evaluadores del caso y VD fue el patólogo que contribuyó al diagnóstico

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

7. Patel P, Patel J, Siddiqui S. Recurrence of Prostate Cancer with Cutaneous Metastasis after Radical Prostatectomy. *Case Report Urol* 2015. doi.org/10.1155/2015/825175.
8. Menon AR, Thomas AS, Suresh N, Shashidhar SM. Cutaneous metastasis: An unusual presenting feature of urologic malignancies. *Urol Ann*. 2016; 8(3): 377–380 doi: 10.4103/0974-7796.184882
9. Mak G, Chin M, Nahar N, De Souza P. Cutaneous metastasis of prostate carcinoma treated with radiotherapy: a case presentation. *BMC Research Notes*. 2014;7:505. doi: 10.1186/1756-0500-7-505.
10. Cecen K, Karadag MA, Demir A, Kocaaslan R. Small cell carcinoma of the prostate presenting with skin metastasis: a case report. *Journ Med Case Report* 2014;8:146. doi:10.1186/1752-1947-8-146.
11. Pistone G, Pistone A, Aricò M, Bongiorno MR. Multiple Cutaneous Metastases in the Chest from Prostatic Carcinoma. *Case Report Dermatol* 2013;5(1):27-30. doi:10.1159/000346801.
12. Rodríguez-Lojo R, Castiñeiras I, Rey-Sanjurjo JL, Fernández-Díaz ML. Metástasis cutáneas a distancia de cáncer de próstata: 2 casos. *Actas Dermosifiliogr* 2016;107:e52-6. doi: 10.1016/j.ad.2015.09.021
13. Brown GT, Patel V, Lee CC. Cutaneous metastasis of prostate cancer: a case report and review of the literature with bioinformatics analysis of multiple healthcare delivery networks. *J Cutan Pathol*. 2014;41(6):524-8. doi: 10.1111/cup.12296.
14. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Prostate cancer version 3. 2018. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf
15. Forden RM, Giannattasio M, Dozoretz C, Ageitos SB, Sáez de Guinoa AF. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de próstata. *Med Cutan Iber Lat Am* 2013;41(2):78-80

Correspondencia: Martin Omar Chapañan-Relaiza

Dirección: Urb. Víctor Raúl Haya de la Torre. Calle 1 N° 25, Independencia, Lima- Perú.
Correo electrónico: mchaponan38@gmail.com