

## Metástasis cutánea de carcinoma de pulmón



### Cutaneous Metastasis in a Patient With Lung Cancer

Sra. Directora:

Mujer de 55 años, fumadora desde los 20, sin enfermedades ni alergias a fármacos en seguimiento en cirugía general por lesión dolorosa de 2 meses de evolución en el glúteo derecho, que había aumentado de tamaño a pesar de haber realizado 2 ciclos de antibioterapia por vía oral indicados por su médico de atención primaria. Con el diagnóstico clínico de quiste epidérmico infectado, el servicio de cirugía general procedió al drenaje de la lesión. Ante la mala evolución tras un mes de seguimiento en curas, remitieron a la paciente para valoración por nuestra parte. Presentaba en el cuadrante superoexterno del glúteo derecho (fig. 1) una placa infiltrada de 5 cm de diámetro, eritematoviolácea y dura a la palpación, con una úlcera, secundaria a la intervención quirúrgica, de 15 mm de diámetro mayor, muy profunda en la zona central y en cuyas paredes podíamos observar material blanco amarillento sólido. En la anamnesis, refería pérdida de 15 kg de peso en 2 meses que relacionaba con una dieta de naturopatía. Realizamos una ecografía y una biopsia en cuña que se remitió para estudio histológico y microbiológico (cultivo de hongos, bacterias y micobacterias que resultó negativo). En la ecografía Doppler color (equipo Esaote, MyLabClass c dotado de sonda de 18 MHz) (fig. 2) se apreciaba una lesión sólido-quística heterogénea localizada en la dermis y hasta el tejido celular subcutáneo, de 45 × 27 mm, con áreas anecoicas centrales entremezcladas con otras hiperecoicas de bordes bien delimitados. La lesión presentaba refuerzo posterior y el Power Doppler mostraba vascularización polar periférica. Todos estos hallazgos (la heterogeneidad y la importante vascularización por varios polos de la lesión) indicaban que pudiera tratarse de una lesión maligna, lo que permitió acelerar el estudio histológico. En él, se observaba (fig. 3 A y B)



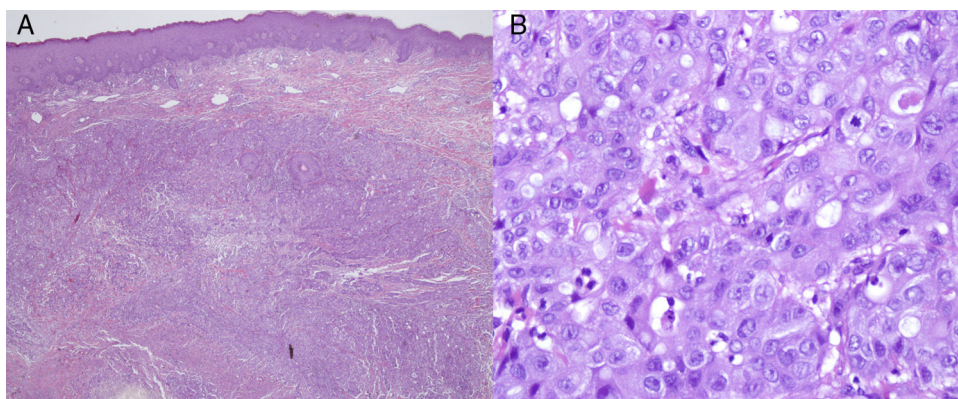
**Figura 1** Lesión nodular eritematoviolácea bien delimitada, muy infiltrada en el cuadrante superoexterno del glúteo derecho, con úlcera central con material amarilloblanquecino en su interior de gran profundidad.



**Figura 2** A) En la dermis y hasta el tejido celular subcutáneo, se aprecia una lesión sólido-quística heterogénea de contorno polilobulado y en la que se aprecia una zona de dermis superficial respetada, superponible a la imagen anatomopatológica. B) En el Power Doppler presenta abundante vascularización periférica que penetra en la lesión desde varios polos.

infiltración dérmica por una proliferación epitelial maligna de células de hábito escamoso con marcado pleomorfismo nuclear, nucléolo prominente y algunas mitosis que se disponían formando nidos sólidos en los que se identificaban puentes intercelulares y frecuentes células apoptóticas. Se observaba además necrosis extensa y no se podía apreciar conexión epidérmica. La proliferación alcanzaba los bordes periférico y profundo de la muestra remitida. Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, se solicitó una radiografía de tórax que reveló un nódulo en el pulmón izquierdo y un infiltrado intersticial focal con líneas septales e imágenes nodulares en su interior en el pulmón derecho. En la PET-TC de tórax se confirmó la presencia de un tumor diseminado de origen pulmonar en estadio IV, con una gran masa pulmonar en lóbulo superior derecho y metástasis pulmonares y óseas múltiples. Además, se observaba una masa de partes blandas, hipermetabólica en el glúteo derecho, que se correspondía con la lesión cutánea. La lesión se extirpó de forma completa por decisión de la enferma. El servicio de oncología incluyó a la paciente en un ensayo clínico con intención paliativa, a pesar del cual se produjo el fallecimiento 7 meses después.

La piel es un lugar poco frecuente de aparición de metástasis de neoplasias internas y su afectación se estima entre



**Figura 3** Se observa infiltración dérmica por una proliferación celular que forma nidos sólidos (A) (HE  $\times$ 4) constituida por células de hábito escamoso con marcado pleomorfismo nuclear, nucléolo prominente y algunas mitosis B (HE  $\times$ 400).

el 0,5 y el 9% de los pacientes<sup>1-4</sup> del total de las metástasis. Cualquier tumor maligno puede producir metástasis cutáneas (MC) y existe gran variabilidad en cuanto al tipo de neoplasia que lo hace con más frecuencia en función de la serie consultada<sup>3-6</sup>.

Las MC de los tumores de pulmón son raras (0-4% de los casos según la serie), le confieren un pronóstico muy pobre a la enfermedad con una supervivencia media de 3 a 5 meses<sup>7</sup> y existen pocos artículos publicados en la literatura<sup>6-8</sup>. Su presentación clínica es muy variada en forma de máculas, pápulas, nódulos y lesiones ulceradas. La localización habitual de las MC de tumores de pulmón es la pared torácica, el cuello, la pared abdominal, el cuero cabelludo y la cara<sup>6</sup>, y el carcinoma epidermoide es el subtipo histológico que tiene más baja incidencia de este tipo de metástasis. En menos del 1% de los casos las MC representan la primera manifestación de la neoplasia pulmonar y es en estos casos en los que la sospecha clínica se torna fundamental. En muchas ocasiones son un hallazgo en las fases finales de una enfermedad neoplásica y su detección no aporta ningún dato pronóstico. Sin embargo, en algunos casos, como el nuestro, la MC permite diagnosticar una neoplasia desconocida e instaurar el tratamiento de la misma.

La ecografía de alta frecuencia es una técnica accesible, rápida y no invasiva que puede aportar un alto índice de sospecha de lesión maligna en este tipo de pacientes. Existen muy pocos artículos de ecografía de MC en otros tumores distintos del melanoma<sup>3,9,10</sup>. Giovagnorio et al.<sup>3</sup> encuentran que la forma policíclica de la lesión y la hipervascularización con presencia de múltiples polos periféricos son signos indicativos de MC. El diagnóstico diferencial ecográfico se plantearía con los quistes epidérmicos inflamados, los linfomas cutáneos que en algunas ocasiones presentan mucha inflamación o áreas quísticas en pacientes con hidradenitis supurativa. En esta última situación, encontraríamos además fistulización y áreas de drenaje en la imagen clínica y en la ecografía.

Presentamos a una mujer joven con una metástasis glútea como primera manifestación de un carcinoma

epidermoide de pulmón, en la que la ecografía cutánea indicó la posible malignidad de la lesión y permitió acelerar el proceso diagnóstico.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Hidaka T, Ishii Y, Kitamura S. Clinical features of skin metastasis from lung cancer. *Intern Med.* 1996;35:459-62.
2. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. *Chest.* 1994;106:1448-50.
3. Giovagnorio F, Valentini C, Paonessa A. High-resolution and color Doppler. Sonography in the evaluation of skin metastases. *J Ultrasound Med.* 2003;22:1017-22.
4. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: Experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:379-87.
5. Fernández-Antón Martínez MC, Parra-Blanco V, Avilés Izquierdo JA, Suárez Fernández RM. Cutaneous metastases of internal tumors. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:841-53.
6. Ardavanis A, Orphnaos G, Ionnidid G, Rigatos G. Skin metastases from primary lung cancer. Report of three cases and a brief review. *In Vivo.* 2006;20:671-3.
7. Marcoval J, Penín RM, Llatjós R, Martínez-Ballarín I. Cutaneous metastasis from lung cancer: Retrospective analysis of 30 patients. *Australas J Dermatol.* 2012;53:288-90.
8. Dhambri S, Zendah I, Ayadi-Kaddour A, Adouni O, Eel Mezni F. Cutaneous metastasis of lung carcinoma: A retrospective study of 12 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:722-6.
9. Riley S, Wah T. Cutaneous metastasis of esophageal adenocarcinoma with an unusual presentation. *J Clin Ultrasound.* 2007;35:289-92.
10. Corominas H, Estrada P, Reina D, Cerdà-Gabaroí D. Ultrasonography as a diagnostic tool for skin metastasis of

a prostate adenocarcinoma. *Reumatol Clin.* 2016;12:54–6.

C. Martínez-Morán<sup>a,\*</sup>, B. Echeverría-García<sup>a</sup>, R. Khedaoui<sup>b</sup> y J. Borbujo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cmmoran@salud.madrid.org](mailto:cmmoran@salud.madrid.org) (C. Martínez-Morán).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.05.019>  
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Púrpura bullonecrotica de distribución esporotricoides por *Scedosporium apiospermum*



### Bullous Necrotic Purpura Caused by *Scedosporium apiospermum* Presenting With a Sporotrichoid Pattern

Sra. Directora:

Las infecciones fúngicas en pacientes inmunocomprometidos han ido en aumento y están involucradas en cuadros potencialmente mortales en gran medida por la situación basal de los pacientes afectos. En los últimos años se han descrito casos producidos por hongos menos habituales, con elevadas tasas de resistencia a antifúngicos, y que requieren un alto índice de sospecha y una rápida instauración de tratamiento para evitar el previsible desenlace.

Varón de 82 años, ex-fumador importante, con antecedentes relevantes de diabetes mellitus tipo 2, cáncer de próstata en seguimiento paliativo y leucemia linfática crónica, en tratamiento habitual con insulina glargina y oxicodona/naloxona, que acudió a urgencias de nuestro centro por presentar desde hacía 6 semanas lesiones cutáneas pruriginosas que comenzaron en el dorso de la mano izquierda con extensión progresiva proximal. Refería empeoramiento a pesar de tratamiento antifúngico tópico y varios antibióticos orales instaurados por su médico de atención primaria, además de curas locales. Negaba fiebre y sintomatología sistémica reseñable. A la exploración se apreciaba en dorso de mano izquierda una placa eritematoviolácea bien delimitada, discretamente infiltrada, con múltiples lesiones pustulosas y costrosas en superficie. Se extendía por el dorso de antebrazo en una distribución esporotricoides, donde alternaban lesiones ulceradas con nódulos violáceos fluctuantes, que drenaban material purulento (figs. 1A y B). En la analítica de urgencias destacaba una mínima elevación de PCR (0,8 mg/dl) y leve neutrofilia (8.980) sin leucocitosis. La radiografía de tórax evidenció un nódulo cavitado en campo medio del pulmón izquierdo. Al revisar las pruebas realizadas en atención primaria hallamos un cultivo de hongos en el cual se aisló *Scedosporium apiospermum complex*, con una CMI para voriconazol de 1. Con el diagnóstico de infección fúngica linfocutánea de distribución esporotricoides, se ingresó al paciente ante la posibilidad de infección diseminada en un paciente

inmunodeprimido, y se inició tratamiento con voriconazol 400 mg/12 h vo el primer día y 200 mg/12 h en días sucesivos. El estudio histológico reveló un trayecto sinusal relleno por material hiperqueratósico, con una pústula en superficie. Con la tinción de PAS se evidenciaron estructuras micóticas en forma de esporas e hifas ramificadas, con ángulos marcados de 45° (fig. 2). El cultivo de tejido confirmó el aislamiento de *Scedosporium apiospermum* (*S. apiospermum*), y resultó negativo para bacterias y micobacterias. El antifungograma confirmó la sensibilidad a voriconazol. La PCR para *Sporothrix schenckii* y micobacterias fue negativa. El cuadro cutáneo evolucionó favorablemente, objetivándose lesiones costrosas que sustituyeron a las pústulas en dorso de mano, y lesiones ulceradas en lugar de los nódulos del antebrazo. En la TC de tórax se confirmó la presencia del nódulo cavitado en LSI y otros de menor tamaño, de probable etiología fúngica (se desestimó su filiación en consenso con la familia dada la situación basal). Se descartó no obstante la posibilidad de endocarditis con embolismos sépticos mediante ecocardiografía transtorácica. Durante el ingreso destacó una hiponatremia grave secundaria al voriconazol, que resolvió paulatinamente con soporte hidroelectrolítico y la suspensión transitoria del mismo. La aparición de episodios autolimitados de alucinaciones visuales motivó la realización de una TC craneal, que descartó afectación parenquimatosa fúngica, por lo que se encuadraron como parte de un síndrome confusional de origen multifactorial. Ante la buena evolución clínica y analítica se procedió al alta domiciliaria previa reintroducción de voriconazol. Tras 22 días de tratamiento intravenoso desaparecieron las lesiones nodulares y ampollas, quedando en su lugar lesiones purpúricas residuales (figs. 1C y D), y se produjo una cavitación completa del nódulo pulmonar en la radiografía de control.

*S. apiospermum* es un hongo ubicuo de distribución global, aislado en suelos rurales, aguas contaminadas y estiércol de aves y ganado, que infecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos<sup>1</sup>, en los cuales produce diseminación hematogena con mayor frecuencia. Las principales vías de transmisión son la inoculación directa a través de la piel y la inhalación de esporas<sup>2</sup>. La piel, el pulmón y el sistema nervioso central conforman los principales órganos diana<sup>2</sup>. Las presentaciones cutáneas más descritas son la púrpura bullo-necrótica<sup>3,4</sup> y la forma esporotricoides<sup>5,6</sup>, entremezcladas en el caso presentado. Un alto índice de sospecha, un diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento resultan claves para