

10. Llombart B, Requena C, Cruz J. Actualización en el carcinoma de células de Merkel: epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y Estadificación. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:108–19.

C. García-Harana<sup>a,\*</sup>, I. Fernandez-Canedo<sup>a</sup>,  
S. Rodriguez-Lobalzo<sup>b</sup> y M. de Troya-Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.garciaharana@gmail.com](mailto:cristina.garciaharana@gmail.com)  
(C. García-Harana).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.031>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

## Estudio ecográfico de metástasis cutáneas de origen visceral



### Ultrasound in the Evaluation of Cutaneous Metastases of Internal Tumors

Sr. Director:

La infiltración de la piel por células neoplásicas procedentes de una neoplasia visceral desemboca en la expresión clínica de lo que conocemos como metástasis cutáneas. Su prevalencia, con un aumento en su diagnóstico y/o estudio histológico se estima entre un 0,7 y un 9% según la serie consultada<sup>1</sup>. Por su fácil observación en la exploración física, las hace un motivo de sospecha clínica frecuente y de interconsulta para los dermatólogos. Su reconocimiento, por tanto, es importante para diagnosticar tumores malignos primarios, valorar la diseminación de tumores primarios ya conocidos o ser reconocidas como signo precoz de recurrencia tumoral en tumores en aparente remisión<sup>2</sup>. Las neoplasias viscerales más prevalentes en cada sexo son las principales responsables de aparición de metástasis cutáneas: el cáncer de pulmón en el varón, el cáncer de mama en la mujer y los adenocarcinomas digestivos en ambos sexos<sup>3</sup>. Adoptan la forma de cualquier lesión elemental, pueden ser únicas o múltiples, asintomáticas o dolorosas.

Para su diagnóstico es imprescindible la realización de un estudio histológico, que en determinados casos precisará la realización de un panel inmunohistoquímico. Existen pocos estudios y series de casos que evalúen la realización de pruebas de imagen previas a la realización de la biopsia. La ecografía cutánea de alta frecuencia es una técnica rápida, segura y que proporciona información diagnóstica y, en ocasiones, preoperatoria de un diagnóstico clínico que supone en muchas ocasiones un cambio en la estadificación en la enfermedad tumoral.

Presentamos una serie de 6 casos valorados en nuestra unidad de metástasis cutáneas de neoplasias viscerales en el periodo comprendido entre enero de 2017 y julio de 2017. Recogemos las características clínicas y epidemiológicas con estudio ecográfico en modo B y Doppler. Todos los casos fueron estudiados con el modelo de ecógrafo Esaote Mylab<sup>®</sup> con sonda de frecuencia variable en rango de 18 a 20 MHz, siendo el PRF del modo Doppler 750 MHz con una frecuencia de

20 MHz, y se ajustó ganancia hasta el punto inmediatamente anterior al artefacto en llamarada.

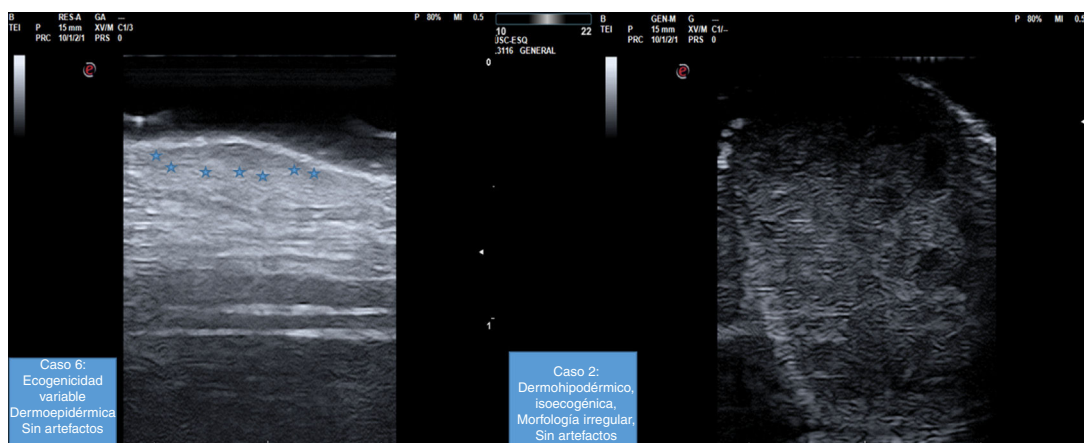
Nuestros pacientes tenían una edad que oscilaba entre 45 y 75 años, siendo 4 varones y 2 mujeres. En todos los casos los pacientes fueron remitidos del servicio de oncología médica para valoración de lesiones cutáneas sospechosas de diseminación metastásica cutánea. Solo una paciente estaba en adyuvancia, mientras los 5 restantes estaban en tratamiento de la neoplasia previamente diagnosticada. El 50% de los pacientes presentaban solo una lesión en el momento de valoración del paciente en la consulta de dermatología. Todas las lesiones presentaban un diámetro superior a 9 mm, salvo algunas de las lesiones de la paciente número 6 que oscilaban entre 4-6 mm. Las características epidemiológicas y ecográficas en modo B de las metástasis cutáneas de nuestros pacientes quedan recogidas en la [tabla 1](#).

Existen series amplias de estudio ecográfico de metástasis cutáneas de melanoma<sup>4</sup>, no así de las metástasis cutáneas de origen visceral<sup>5,6</sup>. Estas series son publicadas principalmente por radiólogos y se focalizan en el estudio de lesiones principalmente subcutáneas, palpables o no. En ellas se insiste en el hecho de que la aparición de metástasis cutáneas no debe ser siempre vinculada a estadios terminales de la enfermedad si bien siempre implica diseminación. Desde el punto de vista ecográfico las lesiones estudiadas se situaban siempre en el plano subcutáneo. En nuestro caso, dada su accesibilidad se comprometía asimismo el plano epidérmico y dérmico. El principal signo de especificidad en el diagnóstico de metástasis cutáneas en modo B debe ser el contorno irregular o de diseño policíclico, como sucede en 5 de los 6 pacientes presentados ([fig. 1](#)).

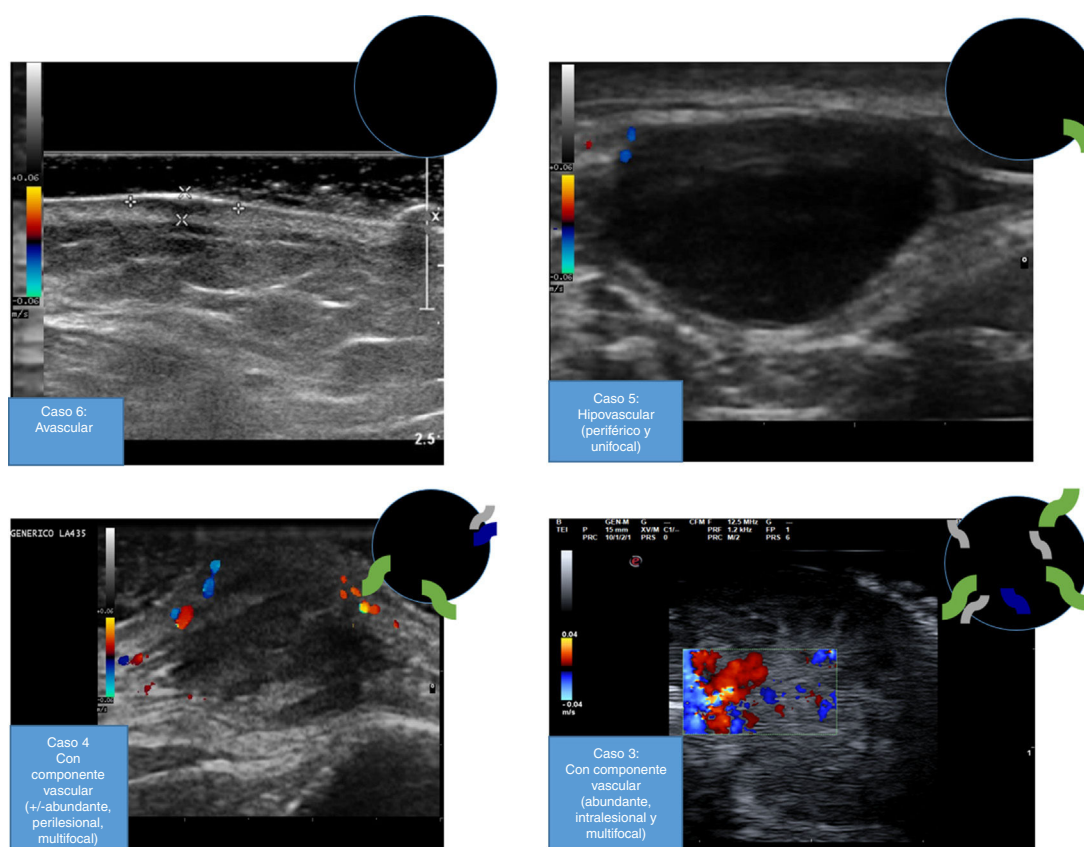
En relación con la vascularización existen 4 patrones definidos por Giovagnorio et al.<sup>7</sup>: avascular, perilesional unifocal, perilesional multifocal e intralesional multifocal. Estos 4 patrones se han presentado en los casos recogidos en esta serie. Existen autores que señalan la presencia de vascularización como altamente sugestiva y predictiva de malignidad con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 93%<sup>8</sup>. La presencia de una metástasis avascular o hipovascular puede estar en relación con el tamaño de la lesión, la necrosis de la metástasis y con el hecho de que los vasos sean de pequeño tamaño y difíciles de apreciar con el equipamiento utilizado como sucede en la paciente número 6 de nuestra serie ([fig. 2](#)).

**Tabla 1** Características clínicas y epidemiológicas de nuestra serie de casos

| Paciente | Sexo  | Edad | Tumor primario   | Número de lesiones | Localización    | Grado de ecogenicidad | Morfología<br>Localización ecográfica<br>Heterogeneidad ecográfica | Bordes         | Artefactos         |
|----------|-------|------|--|--------------------|-----------------|-----------------------|--|----------------|--------------------|
| 1        | Varón | 75   | Carcinoma de células renales<br>Tratamiento: sunitinib | 2                  | Espalda         | Hipoecogénica         | Regular<br>Dermoepidérmica<br>Heterogénea                          | Mal definidos  | No                 |
| 2        | Varón | 50   | Carcinoma de células renales<br>Tratamiento: sunitinib | 1                  | Cuero cabelludo | Hipoecogénica         | Irregular<br>Dermohipodérmica<br>Heterogénea                       | Mal definidos  | No                 |
| 3        | Varón | 45   | Carcinoma de pulmón microcítico                        | 1                  | Tórax           | Variable              | Irregular<br>Dermohipodérmica<br>Heterogénea                       | Mal definidos  | Refuerzo posterior |
| 4        | Varón | 65   | Adenocarcinoma de próstata                             | 1                  | Muslo           | Hipoecogénica         | Irregular<br>Dermohipodérmica<br>Heterogénea                       | Mal definidos  | No                 |
| 5        | Mujer | 56   | Carcinoma de mama                                      | 2                  | Pecho           | Variable              | Regular<br>Dermohipodérmica<br>Homogénea                           | Mal definidos  | No                 |
| 6        | Mujer | 56   | Carcinoma de mama (adyuvancia)                         | 5                  | Cuello          | Hipoecogénica         | Regular<br>Dermoepidérmica<br>Homogénea                            | Bien definidos | No                 |



**Figura 1** Estudio ecográfico en modo B de las metástasis cutáneas de las pacientes 2 y 6.



**Figura 2** Patrones ecográficos en modo Doppler de los pacientes de nuestra serie.

En conclusión, presentamos una serie de casos de estudio ecográfico de metástasis cutáneas de origen visceral, cuyas características clínicas previas no difieren de los previamente publicado en la literatura y donde cabe resaltar que desde un punto de vista ecográfico en modo B no existe un patrón ecográfico definido y debe ser complementado con el modo Doppler que aumenta su sensibilidad y especificidad. La ecografía cutánea se postula como método diagnóstico útil para planificar el tratamiento y el seguimiento de las metástasis cutáneas de neoplasias viscerales.

## Bibliografía

1. Llancapi P, Gutiérrez R, Paiva O. Cutaneous metastases. Clinical pathological review [Article in Spanish]. *Rev Med Chil.* 1996;124:1519–23.
2. Fernández-Antón Martínez MC, Parra-Blanco V, Avilés Izquierdo JA, Suárez Fernández RM. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:841–53.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:228–36.

- Solivetti FM, Desiderio F, Guerrisi A, Bonadies A, Maini CL, di Filippo S, et al. HF ultrasound vs PET-CT and telethermography in the diagnosis of In-transit metastases from melanoma: A prospective study and review of the literature. *J Exp Clin Cancer Res.* 2014;33:96.
- Alexander AA, Nazarian LN, Feld RI. Superficial soft-tissue masses suggestive of recurrent malignancy: Sonographic localization and biopsy. *Am J Roentgenol.* 1997;169:1449-51.
- 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.
- Giovagnorio F, Andreoli C, de Cicco ML. Color Doppler sonography of focal lesions of the skin and subcutaneous tissue. *J Ultrasound Med.* 1999;18:89-93.
- Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med.* 2012;31:97-111.

C. Cuenca-Barrales, P. Aguayo-Carreras, A. Bueno-Rodríguez y R. Ruiz-Villaverde\*

Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Campus de la Salud de Granada, Granada, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

(R. Ruiz-Villaverde).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.12.017>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

## Morfea con distribución isomórfica en una niña motociclista



### Isomorphic Morphea in a Girl Motorcyclist

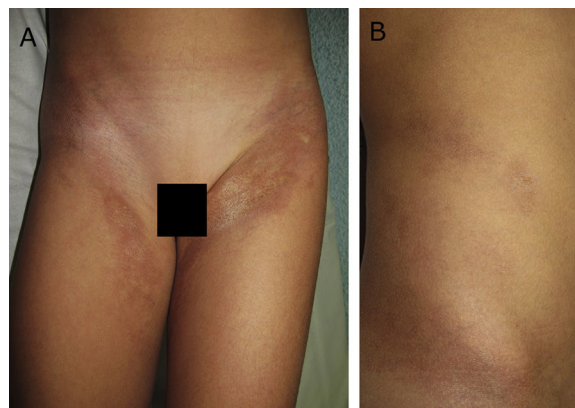
Sr. Director:

La esclerodermia localizada, también conocida como morfea, es una enfermedad inflamatoria fibrosante de la piel y los tejidos subyacentes. Es el tipo de esclerodermia más frecuente en la infancia, con una cifra de incidencia de unos 3,4 casos/1.000.000 niños/año<sup>1</sup>, siendo la morfea lineal la forma de presentación más habitual. La etiopatogenia es todavía desconocida, no obstante, la interacción entre factores inflamatorios, fibróticos y vasculares parece desempeñar un papel fundamental. Así mismo, se ha sugerido que traumatismos locales pueden inducir la aparición de lesiones<sup>2</sup>.

Niña de 9 años, sin antecedentes médicos de interés, que refiere la aparición desde hace un año de lesiones cutáneas asintomáticas a nivel de ambos muslos, que han ido progresando hacia el abdomen. Profundizando en la anamnesis, destaca que hace motociclismo de competición, entrenando aproximadamente 10h semanales desde hace 2 años, utilizando un mono muy ajustado como accesorio deportivo. A la exploración física presenta placas hiperpigmentadas con zonas de aspecto nacarado, induradas al tacto, en la región antero-medial de ambos muslos (fig. 1A), con distribución simétrica, ascendiendo hacia el tronco (fig. 1B). No se observan otros hallazgos sugestivos de esclerodermia sistémica. Ante la sospecha de morfea, se realiza biopsia cutánea en la que se aprecia engrosamiento y compactación de las fibras de colágeno a nivel de la dermis reticular y un ligero infiltrado perivascular linfoplasmocitario superficial y profundo. También se solicita una analítica sanguínea con bioquímica, hemograma y autoinmunidad, sin hallazgos significativos. En función de los hallazgos clínicos, analíticos e histológicos, se diagnosticó de morfea posiblemente desencadenada por traumatismo local. La paciente realizó tratamiento con corticoides sistémicos a dosis de 0,5 mg/kg/día en pauta posterior descendente y metotre-

xato 10 mg semanales durante 18 meses, con desaparición de la induración y persistencia únicamente de la hiperpigmentación (fig. 2).

La etiopatogenia de la esclerodermia localizada es desconocida, sin embargo, en la literatura científica se han publicado varios casos que describen posibles factores precipitantes, tanto de la morfea como de la esclerosis sistémica, tales como la fricción producida por la ropa, la infección por herpes zóster, la vibración o los traumatismos previos al inicio de la morfea<sup>3-6</sup>, destacando en la infancia las vacunaciones. Este último antecedente está ampliamente descrito en la literatura, habiéndose observado el desarrollo de morfea profunda y morfea generalizada tras las vacunas de la hepatitis B, BCG, DTP y triple vírica<sup>7-9</sup>. Se ha sugerido también una distribución isotópica e isomórfica en función de la aparición de lesiones en áreas de traumatismo cutáneo en la enfermedad de injerto contra huésped crónica esclerodermiforme<sup>10</sup>, proceso similar a la morfea. El fenómeno isotópico se define como la aparición de una enfermedad cutánea nueva en la misma localización donde previamente ha acontecido otra lesión o enfermedad cutánea, ya curada, y con la que no guarda ninguna relación. En contraste, el fenómeno isomórfico se refiere a la aparición



**Figura 1** Placas hiperpigmentadas con zonas de aspecto nacarado, induradas al tacto, en la región antero-medial de ambos muslos (A) y flanco derecho (B).