

# Notas cortas

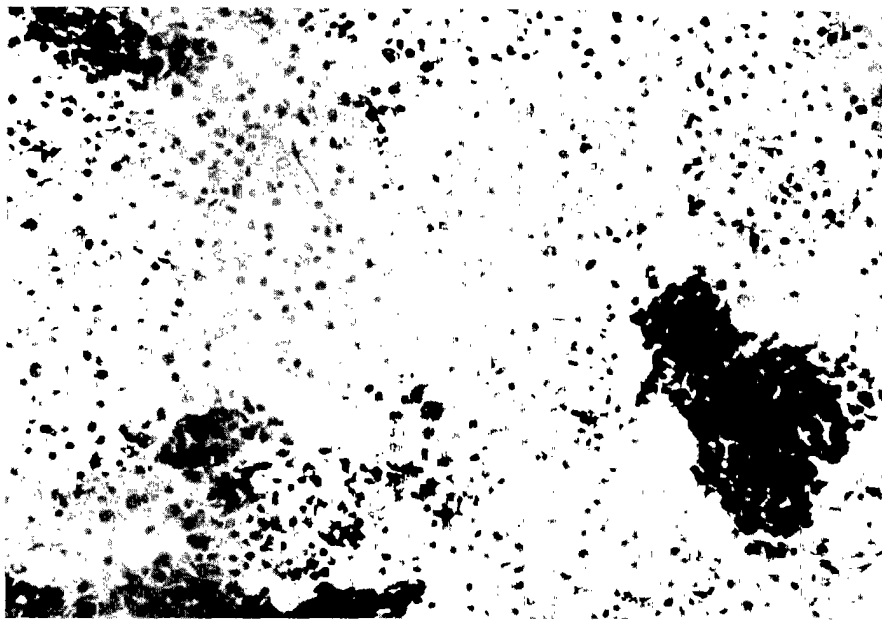
## Metástasis musculocutáneas como primer síntoma de un carcinoma esofágico

M. Medina-Pérez<sup>1</sup> y J. Conde García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FEA Anatomía Patológica, <sup>2</sup>FEA Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.

La disfagia suele ser el síntoma más frecuente del carcinoma de esófago, tanto al inicio como una vez bien establecida la enfermedad (1). Los síntomas son similares, independientemente del tipo histológico al que corresponda. El porcentaje de neoplasias que metastatizan a la piel varía según las series consultadas. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico final de carcinoma epidermoide de esófago cuyo primer síntoma que le hizo acudir al médico fue la aparición de una tumoración en los músculos del brazo.

Se trataba de un varón de 55 años, trabajador agrícola de profesión, que consultó por notar un bulto en la musculatura deltoidea izquierda de unas 3 semanas de evolución, indoloro. Al ser preguntado refería pérdida de peso de varios kilos en los últimos meses, y cierta dificultad al ingerir alimentos. Era fumador de un paquete de cigarrillos diario. La radiografía de tórax inicial mostraba un patrón radiológico "en suelta de globos", concordante con pulmones metastásicos. Coincidiendo con el ingreso, el paciente desarrolló un nódulo cutáneo en la cara anterior del tórax, otro en la piel del abdomen y otro en la mucosa labial, cada uno de 1 cm aproximadamente y todos ellos palpables. La tumoración muscular medía unos 4 cm, estaba fijada al músculo deltoideo y podía pasar por un tumor primario. Se realizaron dos punciones de la tumoración muscular y una de cada una de las cutáneas. Se efectuaron varias extensiones para tinción de Papanicolaou y panóptico rápido. Los extendidos mostraban abundantes células, muchas sueltas y algunas agrupadas en mórulas compactas (Fig. 1). Se observaban imágenes de moldeamiento celular. El diagnóstico citológico fue de metástasis de carcinoma, y en un comentario se sugirió la posibilidad de un carcinoma neuroendocrino por el patrón de moldeamiento. Al día siguiente se realizó endoscopia digestiva, encontrando una tumoración de aspecto neoplásico en el tercio medio esofágico, de la que se tomó biopsia. El estudio histológico demostró que se trataba de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El paciente rehusó cualquier intervención terapéutica.



**Figura 1.** PAAF de la masa muscular. Placas escamosas e intensa diátesis celular (original, Papanicolaou  $\times 100$ ).

Algunos estudios han establecido que las metástasis cutáneas de carcinomas viscerales ocurren con escasa frecuencia, y que raramente se presentan en el momento del diagnóstico. Sin embargo, una serie amplia (2) recoge un 10% de metástasis cutáneas, siendo el cáncer de mama, el melanoma y el de pulmón las más frecuentes. Las metástasis suelen corresponder a nódulos únicos, y, generalmente, menores de 2,5 cm (3). Sólo hemos encontrado un caso de metástasis musculares en la literatura reciente a partir de un carcinoma renal (4). En algunas publicaciones, el carcinoma de esófago aparece como de las más frecuentes entre las metástasis cutáneas en varones (5).

Nuestro caso es interesante, tanto por la aparición de la masa muscular como por el súbito desarrollo de metástasis cutáneas, en un paciente en quien la disfagia no había sido lo suficientemente intensa como para acudir al médico.

El interrogatorio clínico fue esencial para localizar el tumor primario y la PAAF para confirmar la existencia de metástasis. Llamamos también la atención sobre la posibilidad de confundir un sarcoma de partes blandas con una metástasis, y, en ese sentido, de la necesidad de extremar la anamnesis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torramade JR, Hernández-Lizoain JL, Benito C y cols. *Cancer of the esophagus (I): Its epidemiological, clinical and diagnostic assessment according to histological type*. Rev Esp Enferm Dig 1992; 82(6): 383-387.
2. 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: 228-236.
3. Srinivasan R, Ray R, Nijhawan R. *Metastatic cutaneous and subcutaneous deposits from internal carcinoma. An analysis of cases diagnosed by fine needle aspiration*. Acta Cytol 1993; 37(6): 894-898.
4. De Portugal T, Álvarez JV, Sastre J y cols. *Masa muscular metastásica como primera manifestación de un cáncer de células renales. Presentación de un caso y revisión de la literatura*. An Med Interna 1997; 14(4): 184-186.
5. Tharakaram S. *Metastases to the skin*. Int J Dermatol 1988; 27(4): 240-242.