

Epidemiología y clínica de las metástasis cutáneas en un hospital de Lima-Perú: Período 1996-2006.

Epidemiology and clinics of cutaneous metastases in a hospital from Lima-Peru. Period 1996-2006

César Hernández-Bazán¹, Willy Ramos², Hugo Monroy-Galvez³, Denis Juárez⁴, Richard Anchante-Torres⁵.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de las metástasis cutáneas en el Hospital Nacional EsSalud Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) en el período 1996-2006.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de tipo serie de casos. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de metástasis cutánea en el HNERM entre los años 1996 y 2006; no se realizó muestreo por ser la población pequeña y accesible. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Se revisó las historias clínicas de los pacientes obteniéndose las características epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y supervivencia.

RESULTADOS: Se diagnosticó 51 casos de metástasis cutáneas. La edad promedio fue de 65.0 ± 15.4 años, el 58.8% correspondió al sexo femenino y el 41.2% al sexo masculino. El 29.4% se situó entre los 70-79 años, el 31.4% tenía diagnóstico previo de cáncer y el 23.5% tenía antecedentes familiares de cáncer.

Se diagnosticó la metástasis cutánea antes que la neoplasia maligna primaria en el 67%. Las metástasis tuvieron origen en neoplasias hematológicas en el 51.0% y en tumores de órganos sólidos en el 49.0% (cánceres de mama, riñón y vejiga). Los pacientes acudieron a consulta por presentar lesiones de tipo nódulo (31.4%) y tumor (9.8%). Las metástasis se localizaron en los varones predominantemente en el tórax posterior (19.0%) y en las piernas (14.3%); mientras que, en el tórax anterior (46.7%) y cuero cabelludo (23.3%) en las mujeres. La mediana de la supervivencia fue de 5.6 años.

CONCLUSIONES: En el HNERM las metástasis cutáneas se presentan a edades avanzadas, predominan las de origen hematológico así como las originarias de mama y con frecuencia constituyen el primer signo para la identificación de una neoplasia oculta. Es relevante el antecedente familiar de neoplasia en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Metástasis cutánea, epidemiología, clínica, supervivencia.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 28-38

¹ Servicio de Dermatología de la Clínica Universitaria. Universidad nacional Mayor de San Marcos.

² Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

³ Servicio de Dermatología. Hospital Nacional EsSalud Edgardo Rebagliati Martins. Lima-Perú.

⁴ Servicio de Dermatología. Clínica San Pablo Sede Surco. Lima-Perú.

⁵ Oficina de Soporte Informático-RAR. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima-Perú.

Recibido 04-02-2010

Aceptado: 10-03-2010

EPIDEMIOLOGY AND CLINICS OF CUTANEOUS METASTASES IN A HOSPITAL FROM LIMA-PERU. PERIOD 1996-2006

OBJECTIVES: To determine the clinical and epidemiology characteristics of cutaneous metastases at Hospital Nacional EsSalud Edgardo Rebagliati Martins during 1996-2006.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive study of cases series. The study population was constituted by patients with diagnoses of cutaneous metastases attended in the Hospital Edgardo Rebagliati Martins Essalud between 1996 and 2006; sampling was not performed because of population was small and accessible. Patients were selected in accordance with inclusion and exclusion criteria. Clinical past histories of patients were revised obtaining the next clinical, epidemiology and histopathology characteristics. Data obtained was registered in an instrument of data recollection and became part of a database.

RESULTS: A total of 51 cutaneous metastases cases were diagnosed. The mean age of patients was 65.0 ± 15.4 years, 58.8% corresponded female and the remaining 41.2% were male. The higher frequency was in patients between 70-79 years (29.4%), 31.4 % had previous diagnoses of cancer and 23.5% had family history of cancer (mainly father and brother).

Cutaneous metastases were diagnosed before primary malignant neoplasia in 67% of patients. Metastases originated in hematological malignancies in 51.0% of cases and solid organ tumors in the remaining 49.0%. Solid organ tumors that most often gave rise to cutaneous metastases were breast, kidney and bladder. The patients attended mainly consulted for nodule-like lesions (31.4%) and tumor (9.8%). Metastases were located predominantly in men in the posterior thorax (19.0%) and legs (14.3%), while in the anterior thorax (46.7%) and scalp (23.3%) in women.

CONCLUSIONS: In the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, cutaneous metastases occur in later life, predominantly hematologic origin and those originating in breast and are often the

first sign for the identification of occult neoplasia. It is relevant the family history of neoplasia in patients.

KEY WORDS: Cutaneous metastases, epidemiology, clinics.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas constituyen marcadores de neoplasia interna. Se definen por la invasión de células tumorales procedentes de neoplasias de otros órganos o tejidos a la piel. La invasión cutánea por el cáncer puede ocurrir por extensión directa del tumor primario o por metástasis (diseminación hematológica o linfática).⁽¹⁻⁶⁾

Los mecanismos de la cascada metastásica se inician con una secuencia de pasos: separación (desprendimiento de las células malignas), invasión local (a la matriz extracelular usando enzimas y factores mecánicos), invasión sanguínea o linfática (factores locales de crecimiento y sus inhibidores), extravasación (diseminación de capilares a órgano blanco), invasión (implantación de células tumorales al parénquima del órgano diana), proliferación (factores locales del órgano receptor), etc.⁽⁷⁻⁹⁾

Los primeros reportes fueron realizados en 1972 por Brownstein y Helwig donde encontraron que la localización primaria de la metástasis cutánea más frecuente se originó en el pulmón 24%, intestino grueso 19%, melanomas 5%, ovario y tracto gastrointestinal alto 4%. Lookingbill (1990) refiere que el origen de las metástasis cutáneas más frecuentes fueron mama 64,6%, cavidad oral 6%, pulmón 6%, origen desconocido 5%.^(6,10,11)

La frecuencia relativa de la enfermedad metastásica a la piel tiende a correlacionarse con el tipo de carcinoma primario más frecuente en cada sexo. En las mujeres, las metástasis cutáneas son ocasionadas principalmente por cáncer de mama (69%),

intestino grueso (9%), melanoma (5%), cáncer de pulmón (4%) y de ovario (4%). En el hombre son provocadas por cáncer de pulmón (24%), intestino grueso (19%), melanoma (13%), carcinoma epidermoide de la cavidad oral (12%), riñón y estomago (6% cada uno), esófago (3%) y sarcoma (3%). Linfoma y leucemia no fueron incluidos en estos datos.^(1,2)

En general, las metástasis cutáneas aparecen durante el curso evolutivo de una neoplasia ya diagnosticada, pero a veces pueden constituir el primer signo de presentación, cuando el tumor primario procede principalmente del pulmón, ovario o riñón. Las metástasis cutáneas pueden ser el signo de presentación de un tumor maligno de base en el 0.6% - 7.6% de los pacientes. Características clínicas de las metástasis a la piel según su origen.^(1,2)

Su frecuencia se ha incrementado debido al aumento en la sobrevivencia de los pacientes, a mejores alternativas terapéuticas, así como a un incremento en la vida media de la población en general. Se informa que sólo 10.4% de las neoplasias de órganos sólidos realizan metástasis a piel.^(1,2,7)

Actualmente existe un vacío de información en el Perú, ya que no se ha publicado estudios con series de pacientes aunque existen reportes de casos^(12,13) y artículos de revisión⁽¹⁴⁾ por lo que se desconoce la situación actual de la metástasis cutánea en los hospitales de nuestro país; de este modo, una amplia fracción de la información acerca de ésta enfermedad proviene de fuentes internacionales. El objetivo de la presente investigación es determinar las características epidemiológicas y clínicas de las metástasis cutáneas en el Hospital Nacional EsSalud Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) en el período 1996-2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Estudio descriptivo de tipo serie de casos. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de metástasis cutánea atendidos en el HNERM entre los años 1996 y 2006; no se realizó muestreo por ser la población pequeña y accesible. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico clínico de metástasis cutánea confirmado por histopatología.
- Tumores de órganos sólidos, médula ósea y mucosas.
- Pacientes mayores de 18 años de edad, de cualquier género.

Criterios de exclusión

- Neoplasias primarias de la piel.
- Historia clínica incompleta y/o ausente.

TÉCNICA Y MÉTODO

Se revisó las historias clínicas de los pacientes obteniéndose las siguientes características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas:

- Características epidemiológicas: edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, ocupación y antecedente de neoplasia previa.
- Características clínicas: tiempo de enfermedad, localización topográfica de la metástasis cutánea, tipo de lesión, supervivencia al año y a los 5 años.
- Características histopatológicas: características del tumor primario, tipo histológico del tumor primario y metástasis cutánea.

Los datos obtenidos fueron registrados en un instrumento de recolección de datos y pasaron a formar parte de una base de datos informática.

ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows versión 17.0 el cual fue descargado de la página web del fabricante (versión de evaluación). Se realizó estadística univariada basada en el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para el cálculo de la supervivencia en el tiempo de los pacientes con metástasis cutáneas se realizó análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Se diagnosticó en el HNERM entre enero 1996 y julio 2006 un total de 51 casos de metástasis cutáneas. La edad promedio de los pacientes fue de 65.0 ± 15.4 años, el 58.8% correspondió al sexo femenino y el 41.2% restante al sexo masculino. La mayor frecuencia se situó entre los 70-79 años (29.4%), tenía instrucción secundaria completa (64.7%) y tenía como ocupación ama de casa (39.2%). El 98.0 % era de raza mestiza mientras que sólo el 2% correspondió a otra raza. La distribución por grupo de edad, grado de instrucción y ocupación se muestra en la tabla 1.

Con relación a los antecedentes personales, se observó que el 31.4% tenía diagnóstico previo de cáncer siendo los más frecuentes los linfomas no Hodgkin, cáncer de mama y de riñón (Tabla 2). El análisis de los antecedentes familiares de cáncer mostró que de los 12 casos detectados, 50.0% tenía antecedente paterno, el 25.0% antecedente de hermanos, 16.7% antecedente materno

TABLA 1: Distribución por grupo etario de pacientes con metástasis cutáneas del HNERM. Período Enero 1996 – Julio 2006.

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	%
GRUPO ETARIO		
20 – 29 años.	1	2.0
30 – 39 años.	4	7.8
40 – 49 años.	4	7.8
50 – 59 años.	6	11.8
60 – 69 años.	11	21.6
70 – 79 años.	15	29.4
80 – 89 años.	9	17.6
90 – 99 años.	1	2.0
TOTAL	51	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	0	0.0
Primaria	6	11.8
Secundaria incompleta	3	5.9
Secundaria completa	33	64.7
Superior	9	17.6
TOTAL	51	100.0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	20	39.2
Técnico	9	17.6
Profesional	8	15.7
Obrero	6	11.8
Otro	8	15.7
TOTAL	51	100.0

TABLA 2: Antecedente de neoplasia previa en pacientes con metástasis cutáneas del HNERM. Enero 1996 – Julio 2006.

NEOPLASIA	FRECUENCIA	%
Linfoma no Hodgkin	5	31.4
Cáncer de mama	3	17.6
Cáncer de riñón	3	17.6
Leucemia mieloide	2	11.8
Cáncer de colon	1	5.9
Cáncer de pulmón	1	5.9
Cáncer de vejiga	1	5.9
Leucemia/linfoma HTLV-I	1	5.9
TOTAL	17	100.0

TABLA 3: Antecedentes familiares de cáncer en pacientes con metástasis cutáneas del HNERM. Enero 1996 – Julio 2006.

NEOPLASIA	PADRE	MADRE	HERMANO	OTRO	TOTAL	%
Cáncer de mama	-	1	1	1	3	25.0
Cáncer de colon	1	-	-	-	1	8.3
Cáncer de pulmón	1	-	1	-	2	16.7
Hígado	1	-	-	-	1	8.3
Estómago	-	1	1	-	2	16.7
Próstata	1	-	-	1	2	16.7
Otros	2	-	-	-	2	16.7
TOTAL	6	2	3	1	12	100.0

y el 8.3% tenía algún otro pariente con cáncer (Tabla 3).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El tiempo de enfermedad promedio al momento de la primera consulta fue de 3.7 ± 2.3 meses. Se diagnosticó la metástasis cutánea antes que la neoplasia maligna primaria en el 67 % de los pacientes; mientras que, se diagnosticó primero la neoplasia maligna primaria antes que la metástasis cutánea en el 33 %.

Las metástasis cutáneas tuvieron origen en neoplasias hematológicas en el 51.0 % de casos y en tumores órganos sólidos en el 49.0 % restante. De los 26 tumores con origen en la médula ósea, 25/26 correspondieron a linfomas mientras que 1/26 a infiltración cutánea por leucemia mieloide aguda. Los tumores de órgano sólido que dieron origen con mayor frecuencia a metástasis cutáneas fueron los cánceres de mama, riñón y vejiga. A diferencia del resto de neoplasias, sólo se

TABLA 4: Tumores originarios de metástasis cutáneas en el HNERM.

NEOPLASIA PRIMARIA	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTAL	%
Neoplasias hematológicas				
Linfoma	12	13	26	51.0
Leucemia	0	1	1	2.0
Cáncer de mama	1	7	8	15.8
Cáncer de riñón	1	2	3	5.9
Cáncer de vejiga	2	1	3	5.9
Cáncer de pulmón	1	1	2	3.9
Cáncer de colon	1	2	3	5.9
Cáncer de recto	1	1	2	3.9
Cáncer de ovario	0	1	1	2.0
Cáncer de próstata	1	0	1	2.0
Sin origen determinado	1	1	2	3.9
Total	21	30	51	100%

observó predominio del sexo femenino para las metástasis cutáneas con origen la mama y el colon. La distribución de las neoplasias por sexo se muestra en la tabla 4.

Los pacientes acudieron a consulta por presentar principalmente lesiones de tipo nódulo (31.4%) y tumor (9.8%); existiendo al menos 25 combinaciones distintas de lesiones como presentación de las metástasis cutáneas que incluyeron además pápulas, placas, máculas, vesículas, escamas, úlceras, erosiones, liquenificación, costras y cicatrices. La correlación entre el tipo de lesión y el tumor primario de la metástasis se muestra en la tabla 5.

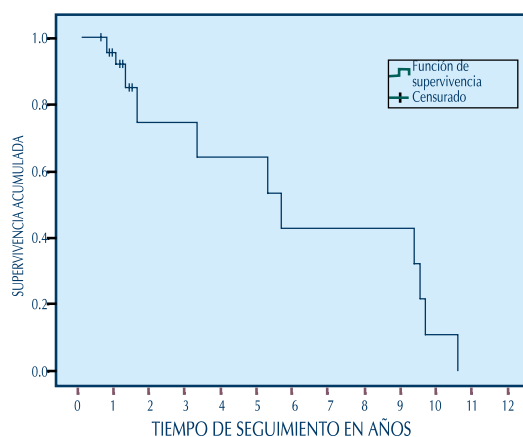
De forma general, las metástasis cutáneas se localizaron en los varones predominantemente en el tórax posterior (19.0%) y en las piernas (14.3%); mientras que, en el tórax anterior (46.7%) y cuero cabelludo (23.3%) en las mujeres. En los varones se observó la tendencia de los linfomas a afectar con mayor frecuencia el tórax posterior (Tabla 6); mientras que en las mujeres afectó el tórax anterior, tórax posterior, cuero cabelludo y piernas (Tabla 7). En las mujeres, el cáncer de mama también mostró múltiples localizaciones las cuales predominaron en el tórax anterior.

La histopatología mostró que la mayor frecuencia de neoplasias hematológicas, carcinomas y adenocarcinomas eran de tipo diferenciado y medianamente diferenciado (Tabla 5).

Para finales del año 2006, se completó el seguimiento de 12 pacientes (4 linfomas, 3 cánceres de mama, 1 leucemia, 1 cáncer de recto, 1 cáncer de riñón, 1 cáncer de vejiga y un carcinoma indiferenciado). En los 39 restantes no fue posible documentar su evolución clínica con el tratamiento recibido (censura) para la neoplasia subyacente pero sí la fecha de su última consulta. Con estos

datos se realizó análisis de supervivencia de Kaplan-Meier encontrándose que la supervivencia promedio de los pacientes del HNERM fue de 6.0 ± 1.1 años (mediana 5.6 años). La supervivencia al año fue del 92.3% y a los 5 años fue levemente superior al 50.0% (Gráfico 1). La probabilidad de supervivencia acumulada se muestra en la tabla 8.

GRÁFICO 1: Sobrevida de los pacientes con metástasis cutáneas del HNERM según el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.



DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas de tumores primarios internos constituyen un evento raro en dermatología y dermatopatología, apareciendo en un 0,7-9% de pacientes con cáncer; su identificación no suele ser difícil aunque a veces sí lo es la determinación del tumor primario. La metástasis a otro órgano (a distancia) la clasifica automáticamente como una enfermedad en estadio IV con pobre esperanza de sobrevida⁽⁷⁾.

Al evaluarse las características epidemiológicas de los pacientes con metástasis cutáneas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, se observó un discreto predominio en el grupo etario comprendido

TABLA 5: Neoplasia maligna y tipo de lesión cutánea de pacientes con metástasis cutáneas del HNERM. Enero 1996 – Julio 2006.

SITIO	NEOPLASIA MALIGNA	TIPO DE LESIÓN CUTÁNEA	TOTAL
Médula ósea	Linfoma no Hodgkin	Nódulo (3), erosión-mácula-pápula (1), escama-mácula-nódulo-vesícula (1), escama-mácula-placa (1), lliquenificación-placa (1), mácula-placa (1), nódulo-placa (1)	26
	Linfoma no especificado	Escama-mácula (2), mácula (1), pápula-placa-vesícula (1), nódulo (1), placa (1)	
	Linfoma tipo B	Nódulo (1), nódulo-pápula (1)	
	Linfoma de Hodgkin variedad esclerosis nodular	Nódulo (1)	
	Linfoma inmunoblástico de células grandes	Pápula-placa (1)	
	Linfoma/leucemia a células T del adulto	Nódulo (1)	
	Linfoma maligno difuso de células T	Nódulo (1)	
	Linfoma no Hodgkin difuso	Nódulo-placa-tumor (1)	
	Linfoma no Hodgkin difuso de alto grado	Costra-erosión-nódulo-tumor (1)	
	Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes	Erosión-escama-placa (1)	
	Linfoma no Hodgkin difuso T periférico	Tumor (1)	
	Leucemia mieloide aguda	Cicatriz-placa (1), nódulo (1), nódulo-pápula (1)	8
Mama	Carcinoma de mama	Mácula-placa (1), erosión-escama-mácula-placa (1)	
	Carcinoma intraductal	Mácula-nódulo (1)	
	Carcinoma glandular	Nódulo (1)	
	Carcinoma ductal	Mácula-tumor (1)	
	Carcinoma ductal infiltrante	Mácula-placa-tumor (1)	3
	Carcinoma indiferenciado de vejiga	Erosión-placa (1), nódulo-placa (1)	
Vejiga	Carcinoma transicional de vejiga	Tumor (2),	3
Colon	Carcinoma indiferenciado	Erosión-pápula-tumor-ulcera (1)	
	Tumor carcinoide	Tumor (1), nódulo (2),	3
Riñón	Carcinoma de riñón a células claras	Tumor (1)	2
Pulmón	Adenocarcinoma medianamente diferenciado de pulmón	Nódulo (1)	
	Carcinoma indiferenciado a células grandes	Tumor (1)	2
Recto	Adenocarcinoma medianamente diferenciado de recto	Nódulo (1)	
	Carcinoma indiferenciado	Costra-mácula-tumor (1)	1
Ovario	Adenocarcinoma medianamente diferenciado de ovario	Costra-erosión-mácula (1)	1
Prostata	Carcinoma de próstata	Nódulo (1), erosión-tumor (1)	2
Sin origen determinado	Carcinoma indiferenciado	TOTAL	100

TABLA 6: Localización de las metástasis cutáneas según la naturaleza del tumor primario en varones.

NEOPLASIA PRIMARIA	TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES(*)												
	Cuero cabelludo	Hombros	Cara	Ante-brazos	Manos	Tórax anterior	Tórax posterior	Abdomen	Glúteos	Genitales	Muslos	Piernas	Generalizada
Neoplasias hematológicas													
Linfoma	1	1	1	2	2	2	4	1	-	-	-	1	1
Cáncer de mama	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de riñón	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de vejiga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Cáncer de pulmón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Cáncer de colon	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Cáncer de recto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
% TOTAL	9.5	4.8	4.8	9.5	9.5	9.5	19.0	4.8	9.5	4.8	4.8	14.3	4.8

(*) Neoplasias primarias dieron origen a metástasis en múltiples localizaciones topográficas en un mismo paciente.

TABLA 7: Localización de las metástasis cutáneas según la naturaleza del tumor primario en mujeres.

NEOPLASIA PRIMARIA	TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES(*)											
	Cuero cabelludo	Hombros	Brazos	Ante-brazos	Manos	Tórax anterior	Tórax posterior	Abdomen	Glúteos	Muslos	Piernas	Generalizada
Neoplasias hematológicas												
Linfoma	3	1	2	2	1	5	5	1	1	-	3	1
Leucemia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Cáncer de mama	2	1	2	2	-	5	1	-	-	1	-	-
Cáncer de riñón	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de vejiga	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Cáncer de pulmón	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Cáncer de colon	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Cáncer de recto	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Cáncer de ovario	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
% TOTAL	23.3	6.6	13.3	16.7	3.3	46.7	20.0	10	3.3	3.3	16.7	3.3

(*) Neoplasias primarias dieron origen a metástasis en múltiples localizaciones topográficas en un mismo paciente.

Total de metástasis cutáneas en el sexo femenino n = 30.

entre los 60 y 89 años; a diferencia de los resultados obtenidos por Frías⁽¹⁵⁾ e Iftikhar⁽¹⁶⁾ quienes reportan que las metástasis cutáneas se presentan entre los 50 y 70 años. Esto podría deberse a que en nuestra población las metástasis cutáneas se presentan a edades avanzadas o porque el diagnóstico no siempre se realiza precozmente; esta última opción es menos probable debido a que los pacientes acuden relativamente pronto a consulta por el dermatólogo con un tiempo de enfermedad promedio de 3.7 meses el cual es marcadamente inferior que lo reportado para las dermatosis paraneoplásicas (12.67 meses)⁽¹⁷⁾. Llama la atención en nuestra serie un elemento que con frecuencia es dejado de lado como el antecedente familiar de neoplasia principalmente en el padre y el hermano, elemento que debería tomarse también en cuenta para el ejercicio diagnóstico.

Dentro de las características clínicas se observó que las neoplasias primarias más frecuentes fueron las de origen hematológicas principalmente los linfomas

(similar a lo descrito para las dermatosis paraneoplásicas en nuestro país), seguido de neoplasias malignas parenquimales como las de mama, vejiga, colon y riñón. Nuestros resultados para los tumores sólidos coinciden con lo reportado por un metanálisis realizado por Krathen (que excluye del estudio linfomas, leucemias, sarcomas y melanomas) que reporta que los más frecuentes son los de mama⁽¹⁸⁾. Krathen describe también que son frecuentes las lesiones tipo pápula/nódulo lo cual concuerda también con el estudio realizado por Schwartz^(1,2) y con lo encontrado en nuestro estudio donde además se observó una variedad de de lesiones y combinaciones de estas. Cabe resaltar que a diferencia de lo reportado por Brownstein⁽⁶⁾ (USA; 1972), las metástasis cutáneas de pulmón no fueron las más frecuentes para los varones de nuestro estudio sino que predominaron las de vejiga. En el sexo masculino las metástasis cutáneas se localizaron principalmente en tórax posterior; mientras que, en el sexo femenino predominaron en tórax anterior, cuero

TABLA 8: Supervivencia de los pacientes con metástasis cutáneas del HNERM. Enero 1996-Julio 2006.

Paciente	Tiempo (años)	Proporción acumulada que sobrevive en el tiempo		Número de muertes
		Estimación	Error típico	
1	0,75	—	—	1
2	0,75	95.5%	3.1%	2
15	1,00	92.3%	4.4%	3
32	1,25	85.2%	0,079	4
37	1,58	74.5%	12.1%	5
38	3,25	63.9%	14.3%	6
39	5,25	53.2%	15.4%	7
40	5,58	42.6%	15.6%	8
41	9,33	31.9%	14.9%	9
42	9,50	21.3%	13.2%	10
43	9,67	10.6%	10.0%	11
44	10,58	0%	0%	12

cabelludo y tórax posterior lo cual es también similar a lo descrito por Krathen y Brownstein y discrepa parcialmente con lo descrito en una revisión no sistemática realizada por Martínez y Vilata (España; 2009).^(6,7,18)

En el HNERM en el 67% de los casos el diagnóstico de la metástasis cutánea permitió detectar neoplasia cuando no había clínica suficiente para su sospecha, lo cual muestra el importante rol del dermatólogo en el diagnóstico de malignidad interna a través de marcadores cutáneos. Esto es reforzado por la pronta visita de los pacientes al especialista y por el fácil acceso a la piel para ser examinada y biopsada.⁽¹⁹⁻²³⁾

El análisis de Kaplan-Meier mostró que la supervivencia con el tratamiento médico y/o quirúrgico de las neoplasias al año fue del 92.3% y a los 5 años fue superior al 50.0%. Una limitación para este análisis es que se realizó con 12 pacientes (23.5% del total) lo cual es válido aunque no necesariamente representaría a los 51 pacientes. Un argumento para asumir que si sería representativo es que dentro de los 12 pacientes se encontraban 5 neoplasias hematológicas y 7 de órganos sólidos (41.7% vs 58.3%), proporción que se acerca a la del total de pacientes (50.9% vs 49.1%). Estudios en otros países evidencian supervivencias cortas pero a diferencia de nuestro estudio emplean datos sólo de pacientes fallecidos y no de los curados; además no emplean análisis de supervivencia de Kaplan-Meier lo cual infaestima la supervivencia de los pacientes⁽²⁴⁾. Otro estudio encuentra para las metástasis cutáneas una supervivencia promedio de 36% al año y 18% a los 5 años, pero a diferencia de nuestro estudio, no incluyeron a las metástasis por linfomas que tienen una mayor supervivencia⁽²⁵⁾.

La principal limitación del presente estudio la constituye su carácter retrospectivo; sin embargo, el haber complementado los datos de las historias clínicas con los reportes de anatomía patológica ha permitido que la pérdida de información haya sido mínima. Si bien es cierto que la presente debe de ser una de las más grandes series publicadas de metástasis cutáneas en nuestro país, esta es pequeña en comparación con las descritas en países desarrollados donde se observa una mayor frecuencia de casos; asimismo, el estudio no debe tomarse como representativo de la población general sino un estudio hospitalario que busca brindar aportes al clínico para una mejor toma de decisiones.

En conclusión, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati las metástasis cutáneas se presentan a edades avanzadas, predominan las de origen hematológico así como las originarias de mama y con frecuencia constituyen el primer signo para la identificación de una neoplasia oculta. Es relevante el antecedente familiar de neoplasia en los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

El Dr. Willy Ramos pertenece al Comité Editorial de la Revista Dermatología Peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz R. Cutaneous metastatic disease. Part 1. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:161-85.
2. Schwartz R. Cutaneous metastatic disease. Part 2. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:649-57.
3. Habif TP. *Clinical Dermatology*. 4a ed. Philadelphia : Mosby; 2004.
4. Schwartz RA . *Skin Cancer*. 2a ed. New Jersey: Blackwell; 2006.
5. Spencer PS, Helm TN. Skin metastasis in cancer patients. *Cutis* 1987;39:119-21.
6. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972;29: 1298-307.
7. Martínez L, Vilata JJ. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2009;37:117-29.

8. Brodland DG, Zitelli JA. Mechanisms of metastases. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1-10.
9. Lambert WC, Schwartz RA. Metastasis. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:131-3.
10. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:19-26.
11. 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.)
12. (García R, Figueroa Y. Metástasis en Piel. Reporte de casos clínicos. *Folia Dermatol Peru* 2002;13:49-52.
13. García S, Cortez F, Rodríguez S, Medina J, Leyva M, Betanzos A, et al. Cáncer de pulmón con metástasis a piel. *Dermatol Perú* 2005;15:229-32.
14. Sánchez G. Signos cutáneos de malignidad interna. *Dermatol Perú* 2005;15:181-5.
15. Frías G, Hierro S, Miranda A. Metástasis cutáneas. *Dermatología Rev Mex* 2006;50:60-8.
16. Iftikhar Ahmed. Metástasis cutánea. En: Bologna JL, editor. *Dermatología Bologna*. Primera edición. Elsevier: Barcelona; 2004:1953-6
17. Ramos W, Galarza C, Ortega A, Hanco J, Gutierrez E, Uribe M, et al. Dermatitis paraneoplásicas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. *Dermatol Perú* 2005;15:206-10.
18. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous Metastasis: A Meta-Analysis of Data. *SMJ* 2003;96:164-7.
19. Bielsa I. Marcadores cutáneos de malignidades internas. En: Ferrándiz C. director-editor. *Dermatología Clínica*. Madrid: Mosby Doyma; 1996:271-80.
20. Boyce S, Harper J. Paraneoplastic dermatoses. *Dermatol Clin*. 2002;20:523-32.
21. Penven K, Verneuil L, Domp Martin A, Louvet S, Leroy D. An association of paraneoplastic syndromes in a patient. *Ann Dermatol Venereol*. 2002; 129:1042-5.
22. Stone SP, Buescher LF. Life-threatening paraneoplastic cutaneous syndromes. *Clinics Dermatol* 2005;23:301-6.
23. Valdivielso M, Bueno C. Síndromes paraneoplásicos mucocutáneos. *Medicine*. 2002;90:4873-8.
24. Sariya D, Ruth K, Adams-McDonell R, Cusack C, Xu X, Elenitsas R, et al. Clinicopathologic Correlation of Cutaneous Metastases. *Arch Dermatol*. 2007; 143:613-20.
25. Hu SC, Chen GS, Lu YW, Wu CS, Lan CC. Cutaneous metastases from different internal malignancies: a clinical and prognostic appraisal. *JEADV* 2008;22:735-40.

Correspondencia para el autor:

Dr. César Hernández Bazán.

Clínica Universitaria. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Av. Venezuela Cdra. 34. Lima 1.

E-mail: dr1cahb@yahoo.es