



Reumatología clínica en imágenes

Ecografía en el diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma de próstata



Ultrasonography as a diagnostic tool for skin metastasis of a prostate adenocarcinoma

Hèctor Corominas*, Paula Estrada, Delia Reina y Dacia Cerdà-Gabaroí

Servei de Reumatologia, Hospital Moisès Broggi/Hospital General de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral (CSI), Sant Joan Despí/L'Hospitalet, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de enero de 2015

Aceptado el 2 de marzo de 2015

On-line el 25 de abril de 2015

Presentación del caso clínico

Paciente varón de 53 años, sin antecedentes de interés. Consultó por tumoración indolora en la parte anterior del antebrazo, sin antecedente traumático. La exploración confirmó la tumoración, dura a la palpación, no desplazable, menor de 1 cm. Acudió al gabinete de exploraciones de Reumatología y se practicó una ecografía de partes blandas (Toshiba Aplio^{®300}). Se observó una tumoración redondeada menor de 1 cm iso/hipoecogénica en escala de grises, moderadamente delimitada, con un vaso adherido que nutría la lesión (fig. 1). Con Doppler color se observó importante señal, que afecta de manera global a toda la lesión, más intensa en la periferia (figs. 2 y 3). Por signos de sospecha, como la heterogeneidad, la elevada vascularización y la señal Doppler (grado 3) muy importante, se solicitó una RM, que demostró una imagen bien delimitada, redondeada, de 1 cm, con hiperseñal en T1, que orientó a una lesión tumoral metastásica (fig. 4).

Diagnóstico y evolución

Mientras en paralelo se estaba realizando el estudio de un cuadro constitucional, se solicitó una biopsia de la lesión cutánea. De los 4 cilindros de tejido, de 0,4, 1,2, 1 y 0,9 cm de longitud, respectivamente, por 0,1 de diámetro, el análisis confirmó la presencia de una infiltración del tejido fibromuscular por células de adeno-

carcinoma metastásico positivas con PSA. En paralelo, la analítica mostró un antígeno prostático específico (PSA) de 13 y una ecografía con biopsia transrectal prostática confirmó una adenocarcinoma prostático con metástasis cutánea a distancia.

Comentario/discusión

Con la excepción del cáncer de piel, el adenocarcinoma de próstata representa el tipo de cáncer más común entre los hombres y la segunda causa más común de mortalidad por cáncer. La mortalidad se asocia a menudo con enfermedad metastásica, que en el caso de adenocarcinoma de próstata implica típicamente huesos y ganglios linfáticos. Raramente afecta a la piel^{1,2}. Aunque la historia clínica y la exploración, pruebas de laboratorio y la patología de rutina, pueden indicar la próstata como origen de enfermedad metastásica, la inmunohistoquímica con PSA a menudo se utiliza para ayudar a establecer el diagnóstico³.

El caso es útil en la práctica clínica de Reumatología porque: 1) la iconografía permite sospechar la gravedad de una lesión nodular menor de 1 cm por su vascularización y heterogeneidad; 2) por destacar la importancia del gabinete de exploraciones de reumatología en el diagnóstico de lesiones tumorales (benignas/malignas) de partes blandas que el reumatólogo no debe eludir; 3) la metástasis cutánea de adenocarcinoma de próstata es muy infrecuente y, en este caso, la ecografía de partes blandas ayudó a orientar el estudio de extensión de la enfermedad neoplásica, y 4) es obligado discriminar las lesiones por su patrón ecográfico y, ante la duda, se debe ampliar el estudio mediante RM⁴.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vancor@yahoo.com (H. Corominas).

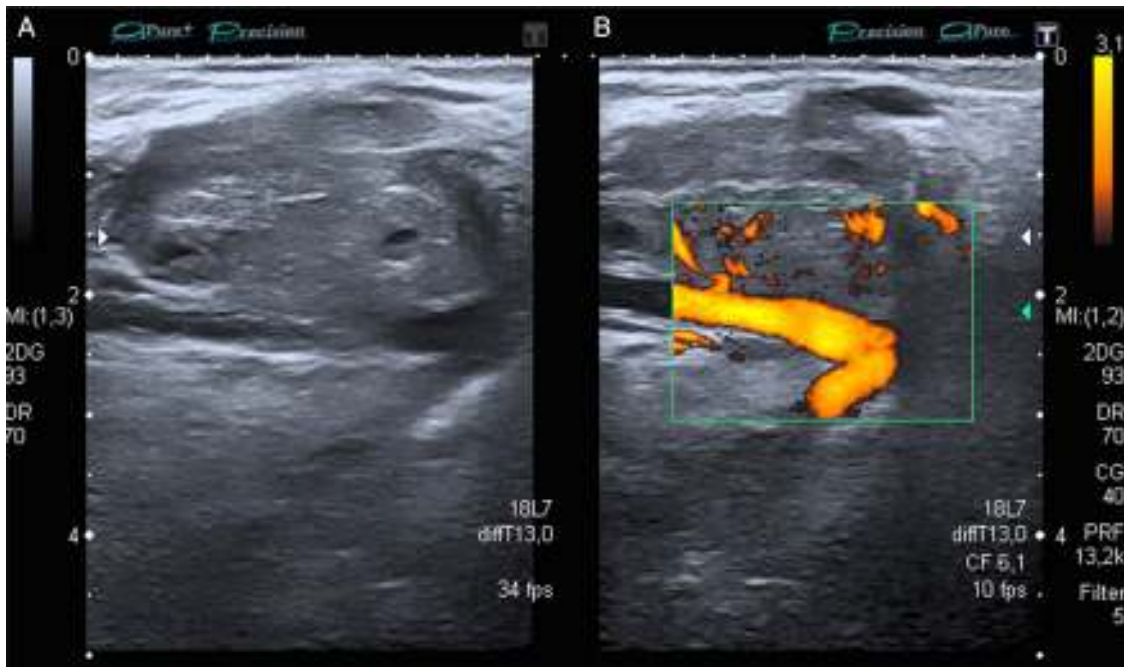


Figura 1. A) Imagen iso/hipocogénica en escala de grises, redondeada, heterogénea y moderadamente delimitada. B) Imagen con señal Doppler activa que muestra el vaso que nutre la lesión metastásica.

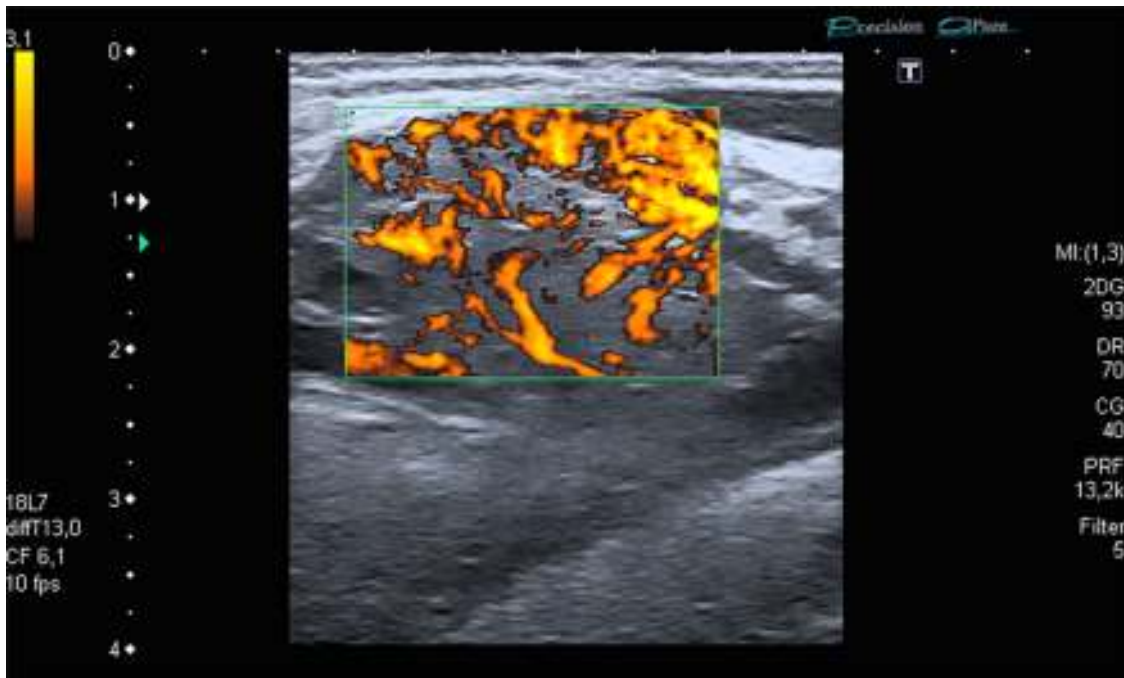


Figura 2. Imagen de ecografía con Doppler color que demuestra hipervascularización de la lesión de gran heterogeneidad que obliga a descartar malignidad.

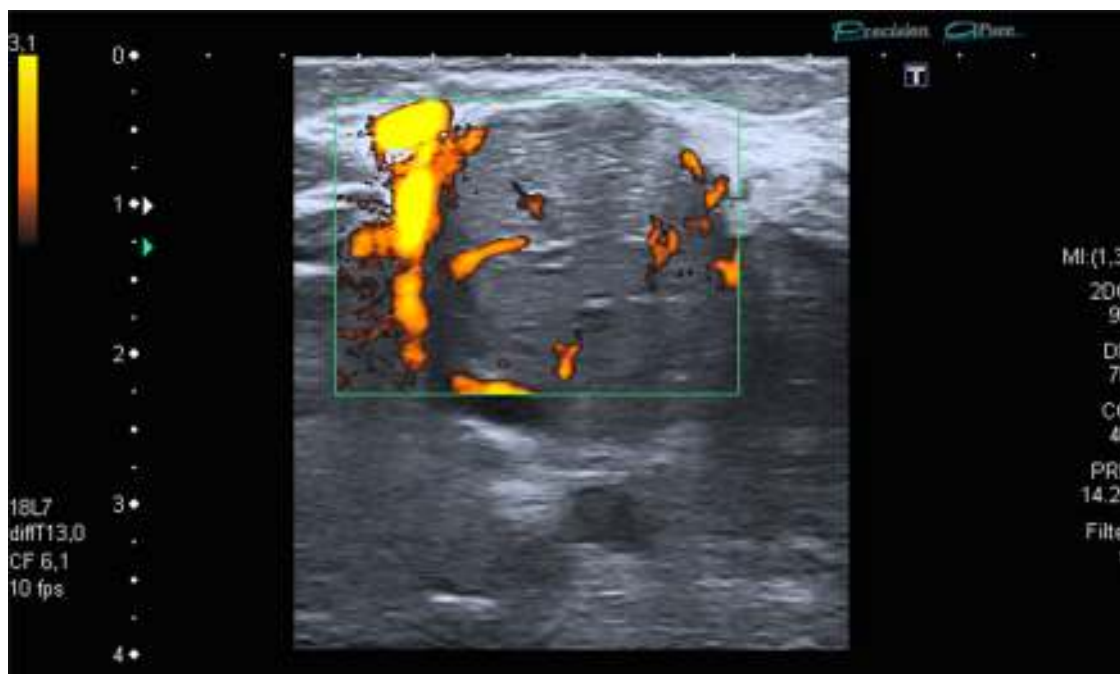


Figura 3. Imagen con señal Doppler que muestra una imagen redondeada y señal grado I en la lesión e hipervascularización por presencia de un vaso adyacente.



Figura 4. RM, corte sagital de antebrazo en T1. Masa iso/hiperintensa redondeada, bien delimitada, en el músculo del antebrazo derecho, con signo de desplazamiento con saturación grasa.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rattanasirivilai A, Kurban A, Lenzy YM, Yaar R. Cutaneous metastasis of prostatic adenocarcinoma: A cautionary tale. *J Cutan Pathol.* 2011;38:521–4.
2. Riley S, Wah T. Cutaneous metastasis of esophageal adenocarcinoma with an unusual presentation. *J Clin Ultrasound.* 2007;35:289–92.
3. He D, Zeng J, Li X, Wu K, Wu D, He H, et al. Priapism as the initial manifestation of a penile and lower limb cutaneous metastasis of prostate adenocarcinoma with low serum PSA level. *J Androl.* 2012;33:1160–4.
4. Nalbant S, Corominas H, Hsu B, Chen LX, Schumacher HR, Kitumnuaypong T. Ultrasonography for assessment of subcutaneous nodules. *J Rheumatol.* 2003;30:1191–5.