



Carta al Director

“Nariz de payaso” como manifestación inicial de un carcinoma epidermoide de pulmón

Clown Nose as an Initial Manifestation of Squamous-Cell Lung Carcinoma

Sr. Director:

Las metástasis cutáneas de neoplasias internas son infrecuentes comparadas con las producidas en otras vísceras. Su frecuencia se sitúa entre el 1 y el 3%¹, y no hay ningún tumor con predilección por metastatizar en la piel. Las metástasis cutáneas de carcinomas pulmonares son igualmente infrecuentes (2,8–24%) y aparecen como primera manifestación en un 7–19% de los casos¹. Describimos el caso de un paciente afecto de carcinoma epidermoide de pulmón, cuya manifestación inicial fue una metástasis en la nariz, constituyendo la llamada “nariz de payaso”, una presentación excepcional de metástasis cutánea.

Varón de 74 años, fumador de 30 paquetes/año, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que consultó por presentar una lesión inflamada en la nariz, de varios meses de evolución, que había sido tratada como una foliculitis con antibióticos tópicos y sistémicos sin experimentar mejoría. En la anamnesis dirigida destacaba tos seca y disnea de esfuerzo en las últimas 2 semanas. El paciente relató la presencia de una placa eritematoviolácea de unos 2 cm de diámetro, de bordes mal definidos, superficie abollonada y consistencia dura, que se localizaba en el ala izquierda de la nariz y se extendía hacia la punta (fig. 1A). La auscultación pulmonar y el resto del examen físico fueron normales. La analítica reveló un valor de antígeno carcinoembrionario de 20 ng/ml y lactatodeshidrogenasa de 1.321 U/l; el resto era normal. Se practicó una biopsia cutánea de la lesión, que mostró una proliferación densa que ocupaba la dermis celular y media, compuesta de células pequeñas de núcleo basófilo e irregular, indicativa de carcinoma escamoso pobremente diferenciado. La radiografía de tórax demostró una masa de contornos irregulares en el segmento anterior del lóbulo inferior izquierdo y otra en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo, con neumonitis acompañante (fig. 1B). La tomografía computarizada de tórax y abdomen evidenció una doble masa tanto en el lóbulo superior izquierdo como en el inferior izquierdo, con adenopatías tanto hiliares como mediastínicas y posibles metástasis suprarrenales. La fibrobroncoscopia puso de manifiesto una tumoración en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo e infiltración de la mucosa en la tráquea, la carina, el bronquio principal y el lóbulo superior izquierdo. El examen anatomopatológico de la biopsia de la tumoración y el broncoaspirado demostraron la presencia de células indicativas de carcinoma epidermoide. En la evolución posterior aparecieron nuevas metástasis cutáneas en la región paraumbilical, de 1–2 cm

de tamaño, sin ulceración. La clínica respiratoria empeoró y el paciente falleció 3 meses después del diagnóstico inicial.

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes, aunque en general los tumores tienden a extenderse a otros órganos, incluida la piel. Los tumores de pulmón que metastatizan en el cerebro, hueso, hígado y glándulas adrenales son responsables de la mayoría de metástasis cutáneas en varones, y en mujeres suelen deberse a tumores de mama².

La invasión cutánea puede darse por extensión directa desde estructuras subyacentes, como ocurre en los tumores pulmonares y de mama, que suelen asentar en la pared torácica anterior; por implantación accidental en maniobras diagnósticas, con lesiones alrededor de la cicatriz; por embolización vía linfática, caso en que la localización preferente es la piel cercana al tumor, y por vía hematógena, con posibles lesiones en zonas muy distantes y cuya aparición suele ser más precoz. La localización preferente es la región anterior del tórax, seguida del abdomen, la espalda, el cuero cabelludo y la cara; en cambio, es infrecuente su aparición en las extremidades³. La forma clínica más frecuente son los nódulos aislados o múltiples, duros, de coloración entre normal y rojo-violácea, de aparición repentina, crecimiento rápido e indoloro, que pueden ulcerarse, tienen un tamaño de 5–60 mm de diámetro y pueden ser profundos, hasta extenderse a la dermis y el tejido celular subcutáneo, o superficiales. Histológicamente es el cáncer de pulmón indiferenciado el que con mayor frecuencia metastatiza en la piel (50%), seguido del adenocarcinoma y escamoso, con un 30% cada uno de ellos⁴. El estudio anatomopatológico de las lesiones metastásicas cutáneas no indica la localización del tumor primitivo, pero es muy orientativo⁵.

Las metástasis cutáneas como primera manifestación de un carcinoma de pulmón son excepcionales. En una serie amplia de carcinomas de pulmón con metástasis cutáneas, éstas precedieron en el 14% de los casos al diagnóstico del cáncer. Las metástasis en la nariz como localización inicial se han descrito alguna vez asociadas al carcinoma de mama^{6,7} y excepcionalmente al de pulmón⁸; en este último caso pueden mostrar lesiones similares al linfoma⁹ y, como en nuestro paciente, adoptar la apariencia de lo que se ha denominado “nariz de payaso”, debido a la coloración roja de la metástasis en esa zona, particularmente cuando asienta en la punta.

El pronóstico de los pacientes con cáncer de pulmón con metástasis cutáneas es malo, puesto que la enfermedad está avanzada. La supervivencia oscila entre 2.6 y 10 meses desde que se descubre la metástasis, con una media de supervivencia de 5 meses^{1,3}. Es importante reconocer las metástasis cutáneas, ya que pueden ser la primera manifestación de una neoplasia silente, aunque implican siempre un estadio avanzado de la enfermedad y se consideran un evento preterminal². La llamada “nariz de payaso” debe alertar de la presencia de una neoplasia interna.



Fig. 1. Lesión metastásica sobreelevada en el ala nasal izquierda (A) y radiografía de tórax posteroanterior y lateral (B), que muestra una lesión irregular en el lóbulo superior izquierdo, indicativa de carcinoma broncogénico.

Bibliografía

1. Brady LW, O'Neill EA, Farber SH. Unusual sites of metastases. *Semin Oncol.* 1977;4:59-64.
2. Brownstein MH, Helwing EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol.* 1972;105:862-8.
3. Coslett LM, Katlic MR. Lung cancer with skin metastasis. *Chest.* 1990;97:757-9.
4. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. *Chest.* 1994;106:1448-50.
5. Vila Justribo M, Casanova Seuma JM, Portero L, Egido R. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol.* 1994;30:314-6.
6. De Simoni I, Iacovelli P, Lunghi F, Peris K, Chimenti S. "Clown nose" as a first manifestation of lung carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 1997;77:406-7.
7. Soyer HP, Cerroni L, Smolle J, Kerl H. "Clown nose" skin metastasis of breast cancer. *Z Hautkr.* 1990;65:929-31.
8. Rubinstein RY, Baredes S, Caputo J, Galati L, Schwartz RA. Cutaneous metastatic lung cancer: literature review and report of a tumor on the nose from a large cell undifferentiated carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2000;79:96-101.
9. Nesi R, Lynfield Y. Rhinophymalike metastatic carcinoma. *Cutis.* 1996;57:33-6.

Ana Camarasa Escrig *, Eusebi Chiner Vives y José N Sancho Chust

Sección de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anacamarasa@hotmail.com (A. Camarasa Escrig).

doi:10.1016/J.Arbres.2008.02.003

Bloqueo continuo del plexo braquial por vía interescalénica: una causa poco común de derrame pleural

Continuous interscalene brachial plexus block: A rare cause of pleural effusion

Sr. Director:

Comunicamos un caso poco común de derrame pleural transitorio debido a un bloqueo interescalénico del plexo braquial.

Una mujer de 80 años de edad ingresó en la Unidad de Cirugía Ortopédica por rotura de los tendones de los músculos subescapular y supraespinoso del hombro derecho. En su historial clínico no había ningún dato destacable. Los exámenes clínicos y de laboratorio habituales que se le realizaron durante el preoperatorio resultaron normales, al igual que la gasometría arterial y la radiografía del tórax.

Se le realizó una artroscopia del hombro derecho. Tras una intervención quirúrgica satisfactoria, se inició bloqueo continuo del plexo braquial por vía interescalénica a fin de proporcionar