

Metástasis cutáneas difusas secundarias a adenocarcinoma mucinoso rectal

Agustín A. Alesandrini¹, Isidro Moggiano², Juan A. Perriello¹, Tomás F. Ferrer Quiroga²

Hospital Privado de La Comunidad, Mar del Plata, Argentina

¹ Cirujano colorrectal

² Residente de cirugía

Para citar:

Alesandrini AA, Moggiano I, Perriello JA, Ferrer Quiroga TF. Metástasis cutáneas difusas secundarias a adenocarcinoma mucinoso rectal. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):21-24. doi:10.46768/bzhrdb11

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/bzhrdb11>

Recibido: 10-11-2025

Aceptado: 28-04-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Agustín A. Alesandrini:
agustinalesandrini91@gmail.com

RESUMEN

Las metástasis cutáneas como forma de presentación de cáncer colorrectal son infrecuentes, con una incidencia menor al 1%. En la mayoría de los casos se presentan en pacientes con enfermedad avanzada y con presentaciones clínicas variables, capaces de simular procesos infecciosos. Su reconocimiento resulta fundamental para un diagnóstico oportuno y una adecuada orientación terapéutica.

Presentamos el caso de una paciente inmunosuprimida por trasplante renal que desarrolló lesiones cutáneas inicialmente sospechosas de herpes zoster. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento antiviral, se realizó biopsia cutánea, que evidenció metástasis de carcinoma mucinoso. El estudio inmunohistoquímico fue compatible con origen colorrectal, mientras que los estudios por imágenes identificaron un tumor primario rectal asociado a enfermedad metastásica.

Este caso resalta la importancia de considerar metástasis cutáneas dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas atípicas, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, así como el rol fundamental de la biopsia y la inmunohistoquímica en el diagnóstico de neoplasias de origen inicialmente desconocido.

Palabras clave: metástasis cutáneas, cáncer colorrectal, adenocarcinoma mucinoso, inmunosupresión, herpes zoster

ABSTRACT

Cutaneous metastases as the initial manifestation of colorectal cancer are rare, with an incidence below 1%. They usually occur in patients with advanced disease and may present with variable clinical features mimicking infectious conditions. Early recognition is essential for timely diagnosis and appropriate management. We report the case of an immunosuppressed kidney transplant recipient who developed cutaneous lesions initially suspected to be herpes zoster. Owing to the lack of response to antiviral therapy, a skin biopsy was performed and revealed metastatic mucinous carcinoma. Immunohistochemical findings supported a colorectal origin, and imaging studies identified a primary rectal tumor with metastatic disease. This case highlights the importance of including cutaneous metastases in the differential diagnosis of atypical skin lesions, particularly in immunocompromised patients, and underscores the pivotal role of biopsy and immunohistochemistry in identifying neoplasms of initially unknown origin.

Keywords: cutaneous metastases, colorectal cancer, mucinous adenocarcinoma, immunosuppression, herpes zoster

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas del cáncer colorrectal constituyen una manifestación infrecuente, con una incidencia reportada inferior al 1% de los pacientes afectados.¹⁻³ Dentro del espectro de las metástasis cutáneas originadas por tumores sólidos, el cáncer colorrectal representa una etiología poco frecuente en comparación con neoplasias de mayor prevalencia metastásica cutánea, como el cáncer de mama y el cáncer de pulmón.³

Desde el punto de vista clínico, estas lesiones presentan una marcada heterogeneidad morfológica. Pueden manifestarse

como nódulos subcutáneos firmes, placas infiltrativas o, con menor frecuencia, adoptar patrones atípicos que simulan procesos infecciosos, como el herpes zóster.⁴ Esta diversidad de manifestaciones puede dificultar el diagnóstico y retrasar el inicio del tratamiento adecuado, especialmente en pacientes inmunocomprometidos.

La presencia de metástasis cutáneas suele reflejar una diseminación sistémica avanzada y se asocia con un pronóstico desfavorable, con una supervivencia media reportada inferior a un año desde el momento del diagnóstico.^{4,5} En este contexto, su identificación precoz resulta fundamental ya que permite optimizar la estrategia terapéutica

y orientar de manera adecuada el manejo clínico del paciente. El carcinoma mucinoso de recto representa un subtipo histológico particular, caracterizado por una abundante producción de mucina extracelular y un comportamiento biológico diferenciado, con mayor tendencia a la diseminación peritoneal y patrones diferenciales de respuesta terapéutica en comparación con el adenocarcinoma convencional.⁶ Aunque la afectación cutánea es excepcional, su reconocimiento puede representar la primera manifestación de enfermedad metastásica o de progresión tumoral.

CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis renal y trasplante renal cadavérico realizado en 2011, con adecuada función del injerto. Se



Figura 1. Lesiones cutáneas vesiculosas en el muñón del miembro inferior derecho, inicialmente interpretadas como herpes zóster.

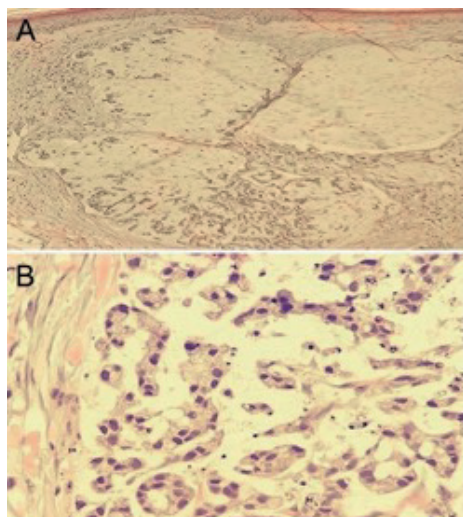


Figura 2. Estudio histopatológico de la lesión cutánea. A. Epidermis conservada y compromiso dérmico por infiltración de células neoplásicas asociadas a abundante mucina extracelular, compatible con adenocarcinoma mucinoso (H-E, 40x). B. Células tumorales dispuestas en islotes dentro de lagunas de mucina extracelular, con núcleos vesiculosos y nucléolos prominentes (H-E, 400x).

encontraba bajo tratamiento inmunosupresor con sirolimus (2 mg/día) y meprednisona (4 mg/día). Presentaba además neuropatía, arteriopatía periférica y amputación suprapatelar derecha. La paciente consultó por la aparición de lesiones vesiculosas dolorosas localizadas en el muñón del miembro inferior derecho, inicialmente interpretadas como herpes zóster en el contexto de inmunosupresión (Fig. 1). Sin embargo, ante la ausencia de respuesta al tratamiento antiviral instaurado y la persistencia de las lesiones, se decidió realizar una biopsia cutánea.

El estudio histopatológico evidenció infiltración dérmica por células neoplásicas con abundante mucina extracelular, organizadas en lagunas mucinosas características de carcinoma mucinoso (Fig. 2). El perfil inmunohistoquímico mostró positividad para citoqueratinas AE1-AE3, CK20 y CDX2, con negatividad para CK7, TTF1, PAX8, CD10 y GATA3, hallazgos compatibles con metástasis cutánea de origen .

Ante la sospecha de metástasis de origen inicialmente desconocido, se realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, la cual evidenció engrosamiento mural irregular del recto inferior, adenomegalias mesorrectales, retroperitoneales e inguinales de hasta 26 mm (Fig. 3) y múltiples nódulos pulmonares sugestivos de enfermedad metastásica. No se realizó estudio endoscópico ni resonancia magnética de recto debido a la condición clínica de la paciente y a la confirmación del origen tumoral mediante los hallazgos anatomopatológicos y tomográficos.

No se evaluó la inestabilidad de los microsátélites, considerando que la paciente no era candidata a inmunoterapia debido a su estado de inmunosupresión.

El caso fue discutido en comité interdisciplinario decidiéndose iniciar tratamiento sistémico con capecitabina. Tras tres ciclos de quimioterapia se observó estabilización de la enfermedad, tanto a nivel de las lesiones cutáneas como del tumor primario. Sin embargo, a los 8 meses del diagnóstico se constató progresión tumoral, motivo por el cual se decidió



Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra engrosamiento mural irregular del recto inferior, asociado a adenomegalias inguinales.

priorizar un enfoque centrado en cuidados paliativos y control sintomático. La paciente falleció 11 meses después del diagnóstico inicial.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas del carcinoma colorrectal constituyen una manifestación infrecuente, con una incidencia reportada inferior al 1% de los casos, y suelen reflejar enfermedad sistémica avanzada.¹⁻³ En la mayoría de los pacientes, aparecen en el contexto de una enfermedad metastásica ya conocida, por lo que resulta excepcional que se presenten como manifestación inicial o como hallazgo que conduce al diagnóstico del tumor primario.

Desde el punto de vista clínico, las metástasis cutáneas de origen colorrectal se localizan con mayor frecuencia en la región abdominal, perineal y en cicatrices quirúrgicas, hallazgo vinculado a mecanismos de extensión directa o implantación tumoral.^{4,7} No obstante, también se han descrito localizaciones menos habituales, incluyendo tórax, cabeza y cuello, y extremidades; estas últimas constituyen una forma de presentación particularmente infrecuente, como ocurrió en nuestra paciente.⁷⁻⁹

Si bien la forma nodular es la forma más frecuente de presentación, existen variantes clínicas que pueden simular procesos infecciosos o inflamatorios, incluyendo presentaciones zosteriformes.^{4,8} Este fenómeno puede generar retrasos diagnósticos, especialmente en pacientes inmunocomprometidos, en quienes las infecciones cutáneas son más prevalentes. En nuestro caso, la sospecha inicial de herpes zóster en una paciente trasplantada renal ilustra claramente esta dificultad diagnóstica.

La inmunosupresión constituye un factor relevante en este contexto, no solo por el aumento del riesgo de neoplasias de novo en pacientes trasplantados, sino también por la posibilidad de presentaciones clínicas atípicas y más agresivas.¹⁰ Esto refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante lesiones cutáneas persistentes o de evolución inusual en este grupo de pacientes.

La histopatología y la inmunohistoquímica desempeñan un rol central en la identificación del origen tumoral, lo que resulta particularmente relevante cuando el tumor primario no ha sido previamente diagnosticado. La presencia de lagunas de mucina con células neoplásicas flotantes, junto con un perfil inmunohistoquímico caracterizado por positividad para CK20 y CDX2 y negatividad para CK7, permite orientar el diagnóstico hacia un origen colorrectal, descartando otros primarios frecuentes como pulmón, mama, riñón o tumores ginecológicos.

En relación con el pronóstico, la aparición de metástasis cutáneas del cáncer colorrectal se asocia con una supervivencia limitada, con medianas reportadas que oscilan entre 5 y 12 meses desde el diagnóstico.^{4,5}

Si bien el tratamiento de las metástasis cutáneas de origen colorrectal es predominantemente paliativo, un abordaje multidisciplinario puede contribuir a mejorar el control sintomático y la calidad de vida. En el caso presentado, la quimioterapia sistémica con capecitabina permitió inicialmente estabilizar la enfermedad; sin embargo, posteriormente se evidenció progresión tumoral a los 8 meses del diagnóstico, con una supervivencia global de 11 meses, en concordancia con lo descrito en la literatura.

El presente caso aporta varios aspectos de interés clínico a la literatura disponible, entre ellos la localización metastásica en una extremidad, la presentación clínica con patrón pseudozóster y el contexto de inmunosupresión en una paciente receptora de trasplante renal. Asimismo, pone de relieve la importancia de integrar los hallazgos clínicos, histopatológicos e imagenológicos para establecer un diagnóstico preciso y orientar adecuadamente la estrategia terapéutica.

CONCLUSIONES

La presencia de lesiones cutáneas atípicas, persistentes o de evolución inusual, particularmente en pacientes inmunocomprometidos, debe despertar la sospecha de compromiso metastásico, incluso cuando la presentación clínica simule entidades infecciosas frecuentes como el herpes zóster.

La biopsia cutánea complementada con el estudio histopatológico e inmunohistoquímico, constituye la herramienta diagnóstica fundamental para determinar el origen tumoral en neoplasias de presentación inicialmente desconocida.

El presente caso destaca la importancia de un diagnóstico integral y multidisciplinario, así como la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales infrecuentes ante presentaciones clínicas atípicas. La integración adecuada de los hallazgos clínicos, histopatológicos e imagenológicos resulta esencial para orientar la estrategia terapéutica y optimizar el manejo de pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

Contribuciones: AAA: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original, revisión y edición del manuscrito. IM: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original. JAP: supervisión, administración del proyecto, revisión del manuscrito. TFFQ: investigación, recursos, recolección y curación de material. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.
ORCID:

Agustín A. Alesandrini: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

Isidro Moggiano: <https://orcid.org/0009-0006-2023-1430>

Juan A. Perriello: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>

Tomás F. Ferrer Quiroga: <https://orcid.org/0009-0004-9361-6492>

REFERENCIAS

1. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(3):379–87.
2. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J.* 2003;96(2):164–7.
3. Brenner M, Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R. Cutaneous metastases of internal malignancies: an update. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020;18(8):816–27.
4. Nshan D, Müller ML, Braun-Falco M, Reichenberger S, Szeimies RM, Bruckner-Tuderman L. Cutaneous metastases of visceral tumours: a review. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135(1):1–14.
5. Wang DY, Ye F, Lin JJ, Xu X. Cutaneous metastasis: a rare phenomenon of colorectal cancer. *Ann Surg Treat Res.* 2017;93(5):277–80.
6. Huguen N, van de Velde CJH, de Wilt JHW, Nagtegaal ID. Mucinous colorectal carcinoma: clinical pathology and treatment options. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(11):3499–505.
7. Parente B, Ciardiello D, Reggiani Bonetti L, Famiglietti V, Cazzato G, Caramaschi S, et al. Cutaneous metastasis from colorectal cancer: making light on an unusual and misdiagnosed event. *Life (Basel).* 2021;11(9):954. doi: 10.3390/life11090954.
8. Chiang A, Hsu CK, Lee JY. Cutaneous metastasis mimicking herpes zoster: a case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2018;24(2):13030.
9. Zelenova E, Belysheva T, Sofronov D, Semenova V, Radjabova G, Vishnevskaya Y, et al. Cutaneous metastasis of rectal cancer as a diagnostic challenge: a clinical case and literature review. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(21):2420. doi: 10.3390/diagnostics14212420. PMID: 39518386; PMCID: PMC11545733.
10. Al-Adra D, Al-Qaoud T, Fowler K, Wong G. De novo malignancies after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2022;17(3):434–43. doi: 10.2215/CJN.14570920