

Metástasis de cuero cabelludo y cráneo en carcinoma de cérvix – Una rara entidad.

- **Robles Díaz, José Fernando**  
Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, Lima - Perú
- **Heredia Zelaya, Adela**  
Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, Lima – Perú
- **Avalos Rosas, Alicia Milagros**  
Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, Lima – Perú

**FINANCIAMIENTO DEL TRABAJO:** “Este estudio fue financiado por el departamento de radioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

**DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERESES:** No existen potenciales conflictos de intereses con esta investigación.

**AGRADECIMIENTOS:** Los autores agradecen al plan esperanza financiado por el gobierno peruano.

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasia de cuello uterino, metástasis de la neoplasia, cuero cabelludo y cráneo.

**AUTOR PARA LA CORRESPONDENCIA:**

José Fernando Robles Díaz

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú.

Av. Angamos Este 2520-Surquillo Lima 34 – Perú Teléfono: ++51 2016500

Email: bayern014@hotmail.com

**RESUMEN**

El cáncer del cuello uterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres de todo el mundo y la primera en el Perú, sin embargo la metástasis a cuero cabelludo craneana es extremadamente rara. Se presenta el caso de una mujer de 41 años con diagnóstico de cáncer de cérvix IIIB, que recibió tratamiento a base de radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia seguido de braquiterapia a nivel del primario con respuesta completa, desarrollando, a los 18 meses, una lesión metastásica a nivel del cuero cabelludo sin evidencia de recidiva en el cuello del útero. Con crecimiento rápido de la lesión metastásica conllevando a la destrucción de la calota craneana, pudiéndose observar directamente las meninges, con clínica neurológica ausente.

## **INTRODUCCION**

El cáncer del cuello uterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres de todo el mundo y el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de muchos países en desarrollo, principalmente en latinoamérica.<sup>1,2,3</sup> Se produce en el período reproductivo de la vida, aumentando la incidencia a partir de los 30-34 años de edad, con un pico a los 55-65 años.<sup>4</sup>

Siendo el cáncer de cuello uterino la neoplasia maligna más común con una frecuencia del 24.1% entre las mujeres del Perú,<sup>5</sup> la metástasis al cuero cabelludo es extremadamente raro.

A continuación, se presenta un caso inusual de metástasis única a nivel del cuero cabelludo por carcinoma cérvix en estadio clínico IIIB, tratado con radioterapia externa radical.

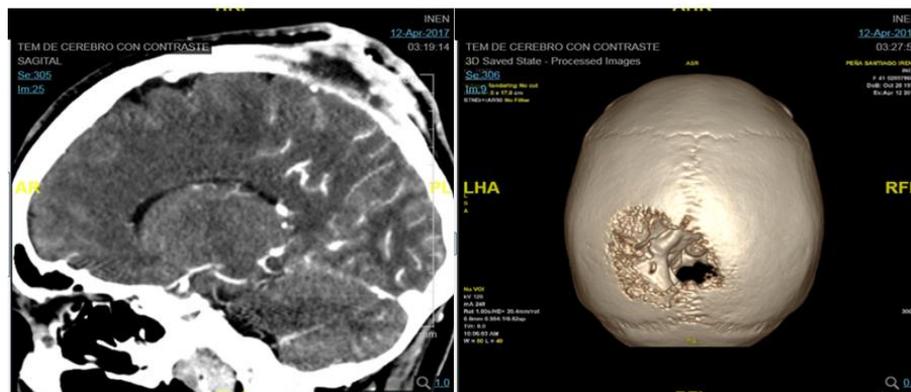
## **REPORTE DE CASO**

Mujer de 41 años presentó, en marzo del 2015, ginecorragia asociada a dolor pélvico de 3 meses de duración. Al examen físico se encontró un tumor de cérvix de 5 cm con infiltración de tercio superior de vagina, de ambos parametrios a predominio izquierdo hasta el hueso pélvico, diagnosticándose cáncer de cérvix estadio clínico IIIB. La biopsia de cuello uterino, reportó carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado no queratinizante. Los exámenes de imagen de radiografía de tórax y tomografía espiral multicorte (TEM) abdomino pélvica no evidenció signos de metástasis, salvo hidronefrosis izquierda leve a moderada. Recibió radioterapia externa a dosis de 5000 cGy en 25 sesiones en campos pélvicos en técnica antero-posterior y postero-anterior concurrente con Carboplatino, seguido de 2 sesiones de 600 cGy a nivel parametrial con teleterapia. A las 5 semanas, por presentar buena respuesta a nivel parametrial, recibió 2 aplicaciones de braquiterapia de alta tasa de 800 cGy, finalizando en agosto del 2015. Durante 18 meses se encontró libre de enfermedad.

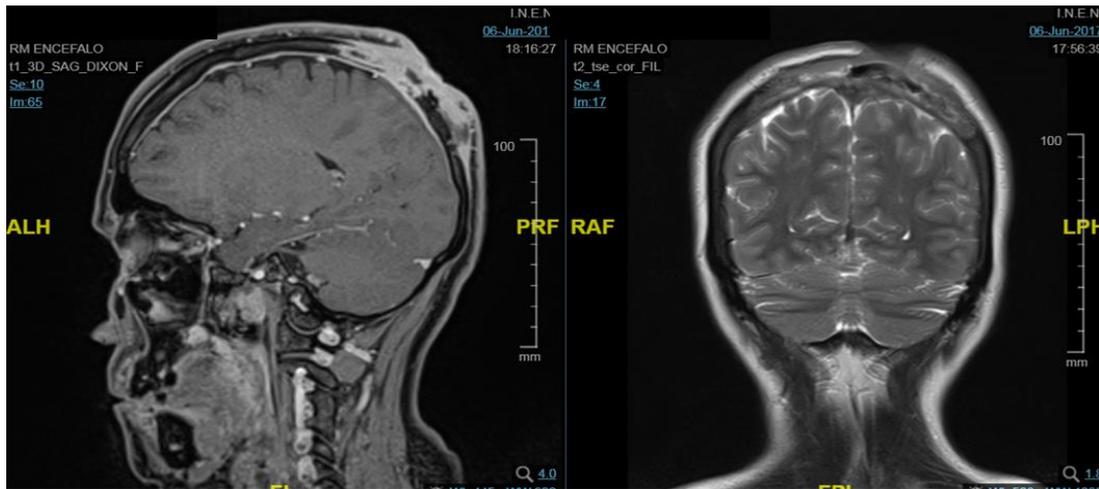
En marzo del 2017, presentó aumento de volumen a nivel parietal izquierdo del cuero cabelludo con un tamaño aproximado de 4 cm fijo a hueso. Se realizó TEM

de cerebro; indicando la presencia de una lesión sólida a nivel parietal izquierda que reemplazaba la médula ósea de 5 x 7 cm y comprometía la duramadre, el tejido celular subcutáneo y la piel adyacente (Figura 1). La biopsia de la lesión, informó carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado no queratinizante. La paciente se perdió de vista y en junio del 2017, se realizó resonancia magnética (RMN) (Figura 2), evidenciándose lesión parietal bilateral a predominio izquierdo ulcerada, necrosada que infiltraba la paquimeninge y una nueva lesión a nivel de frontal derecha. Fue evaluada por el departamento de cirugía de cabeza y cuello catalogándola no quirúrgico. Se evaluó en el departamento de Radioterapia, hallando una lesión a nivel parietal ulcerada de bordes sobre-elevados en cuero cabelludo con compromiso extenso, difuso de partes blandas con destrucción del cráneo de aproximadamente 9 cm exponiendo las meninges a nivel parietal y una lesión elevada de 3 cm a nivel frontal derecho de consistencia dura, no ulcerada (Figura 3 y 4).

En junta multidisciplinaria se decidió tratar con radioterapia en campos laterales opuestos abarcando las dos lesiones de la calota craneana a dosis de 5100 cGy en 17 sesiones a 300 cGy por fracción (Figura 5). Actualmente, 18 meses después, está bajo seguimiento, curaciones diarias y alivio completo del dolor (Figura 6).



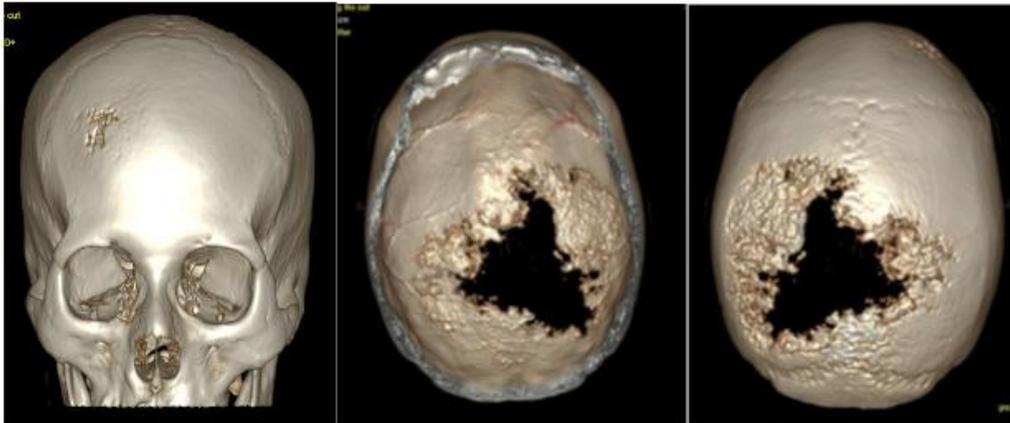
**Figura 1.** TEM de cerebro (12.04.17): En región parietal izquierda se observa lesión sólida que reemplaza la médula ósea, mide aproximadamente 5. 2 x 2 cm, infiltra la duramadre, el tejido celular subcutáneo y la piel adyacente.



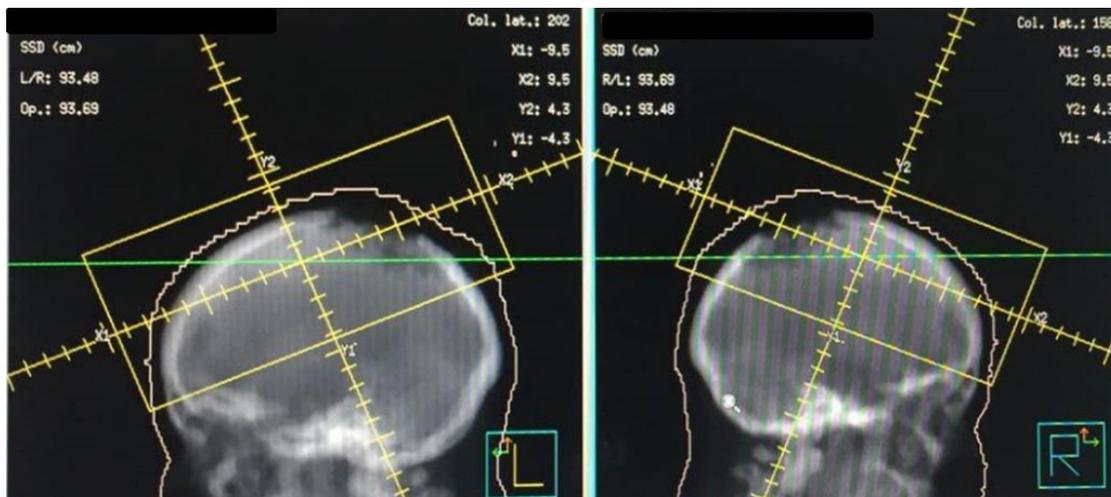
**Figura 2.** RMN de cerebro (06.06.17): Tejido neofornativo, que infiltra la médula ósea de la calota craneal, en hueso frontal derecho, occipital izquierdo con hueso parietal bilateral a predominio izquierdo, este último infiltra las partes blandas adyacentes, necrosada y ulcerada en el plano subcutáneo adyacente asociado a osteólisis de la calota, infiltra la paquimeninge adyacente y del aspecto posterior del surco inter hemisférico, sin infiltración del parénquima.



**Figura 3.** Foto del 04.07.17, con evidencia de la lesión a nivel parietal con destrucción de la calota craneana exponiendo las meninges.



**Figura 4.** TEM de cerebro (05.07.17): Lesión lítica expansiva en hueso parietal izquierda que mide aproximadamente 8.37 x 3 cm, infiltra las meninges. Otra lesión de las mismas características que mide 2.3 x 0.95 cm a nivel del hueso frontal derecho.



**Figura 5.** Campo de tratamiento laterales opuestos abarcando las dos lesiones a 51Gy en 17 sesiones con fotones.



**Figura 6.** Foto 09.08.17, a los 10 días pos tratamiento de radioterapia. Bordes de úlceras en reepitelización, no sangrado

## DISCUSIÓN

La diseminación del cáncer de cérvix ocurre generalmente por extensión contigua, extendiéndose desde el cuello uterino a los tejidos para-cervicales, vaginal y tejidos parametriales, hasta llegar a la vejiga y/o el recto en estadios avanzados. Por otro lado, se puede diseminar por el sistema linfático propagándose a los ganglios pélvicos primarios, continuando con la iliaca común y para - aórticos.<sup>6</sup> Sin embargo la diseminación hematógena es infrecuente, ocurriendo en estadios avanzados de la enfermedad, especialmente en pulmón, hígado, huesos y ganglios linfáticos no regionales.<sup>1-3</sup>

Existen informes aislados de presencia de metástasis a distancia en sitios inusuales como órbita, cerebro, mama, corazón, tiroides, riñón, bazo, intestino, músculo y cuero cabelludo,<sup>7,8</sup> la piel del abdomen y miembros inferiores suelen ser los lugares afectados, posiblemente por la cercanía a la región pélvica, considerándose infrecuente el compromiso de piel.<sup>1,2,8</sup>

La metástasis en el cuero cabelludo es muy rara, y hasta el momento, se ha informado previamente en sólo ocho estudios, y sugiere no estar relacionada con la etapa inicial de presentación ya que se detecta en pacientes tratados en etapas tempranas como avanzadas (Tabla 1).<sup>1,2,3,7,9,10,11,12</sup> La diseminación que se explica probablemente a través de la vía hematógena, como émbolos tumorales que llegan a las ramas de la arteria carótida externa, con la consiguiente implantación local.<sup>2</sup> De los siete casos que fueron manejados sólo con radioterapia, Agarwal et al reportó en el 2002 un caso de carcinoma metastásico de cáncer de cervix IIIB, recibiendo radioterapia de 2000 cGy en 05 sesiones a nivel del cuero cabelludo con alivio completo del dolor óseo.<sup>2</sup> Asimismo Takagi et al, reportó en el 2010 una metástasis a cuero cabelludo con compromiso de ambas tablas del cráneo de cáncer de cervix IIB, tratada con radioterapia de 4500 cGy en 15 sesiones<sup>3</sup> y Vitorino et al en el 2013, manejó una lesión metastásica con invasión de cráneo y cerebro mediante resección quirúrgica dirigida al tratamiento de la hipertensión intracraneal establecida y la citoreducción neoplásica, con el objetivo de promover una mejor respuesta a la radioterapia adyuvante.<sup>7</sup>

La presencia de una lesión tumoral a nivel de cabeza en una paciente con cáncer de cuello uterino se debe plantear clínicamente si es un segundo primario o un tumor metastásico. Los métodos diagnósticos deben incluir estudios de imagen como la TEM y RMN de encéfalo, las que proporcionarían pistas útiles, haciendo imprescindible para ello la biopsia. Es importante distinguir un tumor primario de cuero cabelludo de un depósito metastásico, ya que no sólo cambia el manejo y el pronóstico del paciente, por ser un caso excepcionalmente raro, sino que el tratamiento se individualiza, con el objetivo de controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

**Tabla 1:** *Casos de metástasis en cuero cabelludo de cáncer de cuello uterino*

N	Origen	Edad	EC	Tipo Histológico	GD	Tratamiento al primario	PLE	Tratamiento a la metástasis	Control de lesión metastásica	Ref
1	Japón	59 a	IIIB	Carcinoma de células escamosa	III	RT	4 m	Ninguno	Muere 3 meses	9
2	India	45 a	IB	Carcinoma de células escamosa	I	-	-	RT	-	10
3	India	45 a	IIB	Carcinoma de células escamosa	-	RT(50Gy/25Fx + RIC)	8 m	RT (4500cGy/15Fx)	4 meses	1
4	India	60 a	IIIB	Carcinoma de células escamosa	II	RT(45Gy/20Fx + RIC)	2 m	RT (2000cGy/5 Fx)	-	2
5	Japón	45 a	IB1	Carcinoma de células escamosa	III	HR	7 a	Ninguno	Muere 3 meses	11
6	India	53 a	IIA	Adenocarcinoma	II	HR + RT (28 Gy/14Fx)	4 m	RT (3000 cGy/10 Fx)	-	12
7	Japón	48 a	IIB	Carcinoma de células escamosa célula pequeña	-	HR + RT (45Gy/20Fx)/QT	2 m	RT (4500 cGy/15Fx)	-	3
8	Brasil	55 a	IIIB	Carcinoma de células escamosa	-	-	-	Resección + RT	-	4
9	Perú	41 a	IIIB	Carcinoma de células escamosa	II	RT (50Gy/25Fx + BAT)/QT	18 m	RT (5100 cGy/17 Fx)	18 semanas	

Leyenda: EC: Estadio Clínico, GD: Grado de diferenciación, PLE: Periodo libre de enfermedad sin metástasis, Ref: Referencia bibliográfica, RT: Radioterapia, HR: Histerectomía radical, RIC: Radioterapia intracavitaria, BAT: Braquiterapia de alta tasa de dosis, QT: Quimioterapia concurrente.

## REFERENCIA

1. Maheshwari G, Baboo H, Ashwathkumar R, Dave K, Wadhwa M. Scalp Metastasis from squamous cell carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11:244-6.
2. Agarwal U, Dahiya P, Chauhan A, Sangwan K, Purwar P. Scalp Metastasis in carcinoma of the uterine cervix – a rare entity. *Gynecol Oncol* 2002; 87:310-12.
3. Takagi H , Miura S , Matsunami K , Ikeda T , Imai A . Cervical cancer metastasis to the scalp: case report and literature review. *Eur J Gynaecol Oncol* 2010; 31:217-8.
4. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20:207-25.
5. Dirección general de epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf).
6. Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA. *Comprehensive Gynecology*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
7. Vitorino-Araujo JL, Veiga JC, Barboza VR, De Souza N, Mayrink D, Nadais RF. Scalp, skull and brain metastasis of squamous cell carcinoma of the cervix – a rare entity. *Br J Neurosurg.* 2013; 27:519-20.
8. Bhandari V, Kausar M, Naik A, Batra M. Unusual Metastasis from Carcinoma Cervix. *J Obstet Gynaecol India.* 2016; 66:358-62.
9. Shimizu I, Hayashi S, Uehara M, Nakayama S. Cutaneous metastases to the scalp from carcinoma of the uterine cervix. *Arch Dermatol.* 1983;119:275-6
10. Gairola M, Sharma D, Mukhopadhyay P, Jayalakshmi S, Mishra B, GK R.: Scalp metastasis of a uterine cervix carcinoma. *Obstet Gynecol Today.* 2000; 5:488-9.
11. Chung J, Namiki T, Johnson D. Cervical cancer metastasis to the scalp presenting as alopecia neoplastica”. *Int J Dermatol.* 2007; 46:188-9.

12. Abhishek A, Ouseph M, Sharma P, Kamal V, Sharma M. Bulky scalp metastasis and superior sagittal sinus thrombosis from a cervical adenocarcinoma: An unusual case. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2008; 52:91-4.