

ACANTOSIS NIGRICANS Y TUMOR VESICAL

Dr. Astariz, Miguel Angel, y Dr. Eguía, Osvaldo

Resumen y conclusiones

Presentamos el primer caso en la literatura médica de acantosis nigricans maligna, asociada a carcinoma transicional de vejiga, coincidiendo con otros autores en la estrecha relación de la tumoración con la evolución de la dermatosis.

En el caso que nos ocupa nos fue dable observar la regresión temporaria de las manifestaciones cutáneo-mucosas subsiguientes a la extirpación del carcinoma vesical y la posterior reagravación concomitante con la aparición de metástasis ganglionares.

La acantosis nigricans es una dermatosis hiperpigmentaria, verrugosa y simétrica con predilección por las zonas de flexura del organismo.

Afecta por igual a hombres y mujeres, siendo las formas benignas especialmente de personas jóvenes y las malignas (asociadas a neoplasias) de hallazgo en personas de más de 40 años de edad.

El grado de afectación cutánea varía desde una hiperpigmentación e hipertrofia papilar leve, a un proceso verrugoso, pigmentado, agresivo, que interesa el tegumento incluyendo palmas de manos y plantas de pie, y tomando las mucosas (especialmente la oral).

La localización axilar es común a todos los casos, siendo característica la simetría de las lesiones.

Los primeros pacientes fueron descritos por Pollitzer y Janvoski en 1889, asociándolos a procesos malignos. Darier en 1893 reporta dos casos también en relación a neoplasias internas. En los últimos 50 años se insiste en considerar a la acantosis nigricans formando parte de un síndrome paraneoplásico.

Una de las revisiones clínicas más importantes de esta patología fue hecha en la Clínica Mayo de Rochester, EE. UU., en el intervalo de enero de 1935 a marzo de 1966 sobre 120 casos.

Así, Jack Brown y R. K. Winkelman las clasifica en:

I) Benignas:

- a) *Idiopática* (sin asociación a otras patologías).
- b) *Hereditaria-familiar* (Miescher, 1921; Curth y Aschner, 1943).
(Trasmitida por un rasgo autosómico dominante.)
- c) *Asociada a endocrinopatías*:
 - 1) tumores hipofisarios;
 - 2) síndrome de Stein-Leventhal;
 - 3) Addison;
 - 4) diabetes mellitus;
 - 5) pinealoma.(Rothman, 1925, 1954; Robinson y Tasker, 1947; Sheldon y Curtis, 1955; Winkelman y colaboradores, 1960.)
- d) *Asociada a administración de fármacos*, por terapéutica con:
 - 1) ácido nicotínico (Parsons, 1961);
 - 2) corticoides (Brown, 1966);
 - 3) dietilestilbestrol (Katzenellenbogen, 1956).
- e) *Asociada a otras enfermedades*:
 - 1) hepatitis lupoide;
 - 2) cirrosis hepática (Tuffanelli, 1962);
 - 3) neurofibromatosis;
 - 4) síndrome de Bloom.

II) Malignas (asociadas a neoplasias)

(Pollitzer, 1899, 1909; Mukai, 1929; Curth, 1943; Fladung y Heite, 117 casos, 1957.)

Curth y colaboradores han indicado que la acantosis nigricans maligna se presenta casi con selectividad en los adenocarcinomas.

Con todo, se conocen casos relacionados con linfomas, sarcomas y carcinomas de células escamosas.

El aspecto más destacado consiste en que el tumor parece ejercer una influencia directa sobre la dermatosis.

A. N. asociada a	Adenocarcinoma	gástrico
		colon rectosigmoide
		pancreático
		ovárico
		uterino
A. N. asociada a	Sarcomas (fibrosarcoma, 2 casos)	
		Linfomas (enfermedad de Hodking, 2 casos)
		(de cuello uterino, 1 caso)
	Carcinoma de células escamosas (transicional de vejiga, 1 caso, objeto de nuestra presentación).	

Masson y Montgomeri puntualizan que la hiperpigmentación, la verrugosidad y la atrofia epidérmica suelen acentuarse con el progreso de la malignidad subyacente.

En el presente caso se trata de J. T., paciente del sexo masculino, de 63 años de edad, argentino, raza blanca, que hace aproximadamente 1½ año comienza con una dermatosis que afecta gran parte de su tegumento, incluyendo palmas de manos y plantas de pies, que toma también la mucosa bucal que aparece edematosa e inflamada con lesiones en labios y lengua. La biopsia cutánea axilar confirma la acantosis nigricans.

Como el paciente presentó trastornos digestivos (epigastralgia, anorexia, astenia), es derivado al Instituto de Gastroenterología, donde es estudiado durante un lapso de 8 meses, siendo infructuosa la búsqueda de un tumor digestivo. Al cabo de este tiempo, el mismo refiere que hubo de ocultar la presencia, ya desde el comienzo de su padecimiento, de cuadros de hematuria total indolora sin coágulos e intermitente en su aparición. A causa de ello, el paciente llega a la consulta privada.

Se solicita análisis de rutina que no arrojan particularidades y urograma excretor que muestra ambos pielocalicigramas normales y tramos ureterales visualizables sin dilataciones con un cistograma donde se observa gran falta de relleno que abarca piso y zona lateral izquierda de vejiga.

Se efectúa cistoscopia que comprueba gran neoformación papilomatosa que toma pared lateral izquierda y piso, englobando al meato ureteral correspondiente.

El tacto rectal bimanual muestra infiltración de la pared vesical, sin invasión tumoral a planos vecinos (estadio T3). Se efectúa biopsia endoscópica, siendo el informe carcinoma transicional de vejiga.

Se interviene quirúrgicamente efectuando cistectomía parcial con reimplante ureteral izquierdo.

La anatomía patológica informa carcinoma transicional de vejiga grado II.

Posoperatorio de buena evolución, siendo sorprendente la mejoría de su dermatosis, aclarándose la pigmentación en cara y manos y prácticamente desapareciendo las lesiones en labios, lengua, y mucosa bucal.

Se da el alta transitoria para su control ambulatorio.

A los 2 meses de operado se comprueba la existencia de adenopatías inguinales bilaterales, que llaman la atención

por su localización en relación con la tumoración vesical, y concomitantemente reagravación de la dermatosis con nueva hiperpigmentación.

Se efectúa la extirpación de los ganglios de la cadena inguinal izquierda, confirmando la anatomía patológica que se trataba de metástasis masiva de carcinoma transicional de vejiga.

Actualmente el paciente se halla en plan de tratamiento radiante, en estado de incipiente caquexia con elefantiasis de ambos miembros inferiores.

Bibliografía

Curth, H. O.: "Benign Type of *Acanthosis Nigricans*". Arch. Dermat. and Syph., 34:353, 1936.

Curth, H. O.: "Cancer Associated with *Acanthosis Nigricans*". Arch. Surg., 47:517, 1943.

Herold, W. C.; Kaufman, W. H.; Smith, D. C.: "*Acanthosis Nigricans*". Arch. Dermat. and Syph., 44:789, 1941.

Winkeiman, R. K.: "*Acanthosis Nigricans* and Endocrine Diseases". JAMA, 174:1145-1152 (oct. 29), 1960.

Lever, W. F.: "Histopatología de la Piel". Lippincot Company: *Acanthosis Nigricans*, pág. 238.

Lever, W. F.: "Tratado de Histopatología de la Piel". Ed. Científico Médica: *Acanthosis Nigricans*, pág. 462, 1964.

De Backer, J., et al.: "Malignant *Acanthosis Nigricans* with multiple verrucous formations". Arch. Belg. Dermatol. Syph., 27:317-22, julio-set. 1971.

Andreev, J. C., et al.: "Skin manifestations in neoplasms of internal organs". 2. Hant Geschlechtskr., 46:544-7, oct. 1971.

Dubary, J. J., et al.: "Paraneoplastic syndromes of digestive tumors (appropos of 12 personal cases)". Bord. Med., 4:3395-410, dic. 1971.

Valdés, E. F., et al.: "Nonnemastic cutaneous manifestations of visceral tumors". Rev. Clín. Esp., 124:163-6, enero 1972 (40 ref.).

Bruns, W., et al.: "Benign familial *Acanthosis Nigricans* with hypercorticism (report following 5 years long therapy with dexamethasone)". Dermatol. Monatsschr., 158:127-29, feb. 1972.

Kierland, R. R.: "Cutaneous signs of internal malignancy". South Med. J., 65:563-8, mayo 1972.

Korting, G. W.: "Current views on the skin and the digestive tract". Internist (Berlín), 15:207-13, abril 1974 (57 ref.).

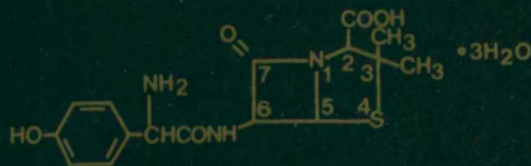
Niebanes, G.: "Paraneoplastic Dermatosis". Wien Med. Wochenschr., 124 (47):683-8, nov. 1974.

Wray, E. B.: "Burkitt's Lymphoma". W. Va. Med. J., 71 (1):8-12, enero 1975.

Metz, J.: "Cutaneous paraneoplastic Syndroms" (author's transl.). J. Münch Med. Wochenschr., 117 (1):29-36, enero 1975.

Stone, S. P.: "Cutaneous clues to cancer". Am. Fam. Physician, 12 (4):82-8, oct. 1975.

Larocilin[®]



Antibiótico bactericida



Larocilin[®] 'Roche'

en
gonorrea





Larocilin[®]

97%

de éxito terapéutico

LAROCILIN

Nuevos envases

Cápsula 500 mg x 12

Jarabe 250 mg x 90 ml

**en
gonorrea**

Gérmenes	Nº de pacientes	Eficacia en	
Neisseria gonorrhoeae	M. 118	114	97 %
	H. 88	85	97 %
Totales	206	199	97 %

Larocilin®

Antibiótico bactericida de amplio espectro

Composición

LAROCILIN 'Roche' contiene como principio activo amoxicilina (trihidrato).

Propiedades

- * Antibiótico bactericida
- * Elevados niveles hemáticos
- * Absorción no afectada por alimentos
- * Rápida difusión textural
- * Reducida ligadura proteica
- * Elevada concentración urinaria
- * Amplio espectro antibacteriano
- * Notable eficacia clínica
- * Solamente 3 tomas diarias
- * Escasa incidencia de efectos secundarios

Indicaciones

Infecciones respiratorias.
Infecciones urinarias.
Infecciones de la piel y tejidos blandos.
Infecciones digestivas y hepatobiliares.
Infecciones ginecológicas.
Infecciones graves o producidas por gérmenes resistentes a otros antibióticos.
Gonorrea en ambos sexos.
Infecciones odontológicas por gérmenes sensibles.

Posología

Solamente 3 tomas diarias

	Infecciones comunes	Infecciones severas
Adultos	250 mg cada 8 horas	500 mg cada 8 horas
Niños	20 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas	40 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas
Gonorrea	3 g en dosis única	

Contraindicaciones

LAROCILIN 'Roche' está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a las penicilinas.

Presentaciones

Cápsulas con 250 mg	frasco con 9
Cápsulas con 500 mg	frasco con 6
Jarabe (5 ml = 125 mg)	frasco con 45 ml
Jarabe (5 ml = 250 mg)	frasco con 45 ml

LAROCILIN
Nuevos envases
Cápsula 500 mg x 12
Jarabe 250 mg x 90 ml



CIENCIA Y
CONCIENCIA
DE INVESTIGACION