



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-692 - CARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Robles Quesadaho, María Teresa; Blanco Elena, Juan Antonio; Pitarch Martínezho, María; Alberca Páramo, Ana; del Rosal Palomeque, Rafael; Granados García, Jose

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: El lipoma es un tumor de partes blandas muy frecuente y fácil de diagnosticar por inspección y palpación, por identificarse como un nódulo o masa, blanda, normalmente bien delimitado, superficial, móvil, y no adherido a planos profundos. Las indicaciones para la extirpación quirúrgica son dolor, restricción de movimiento porque afecten a la articulación, crecimiento rápido o cambio de aspecto. Sin embargo, no todas los nódulos subcutáneos blandos son lipomas, con lo cual habría que conocer los diagnósticos diferenciales de tumores de partes blandas. El resultado anatomopatológico es muy importante ya que podemos encontrar un diagnóstico totalmente diferente al sospechado. Se expone un caso de diagnóstico de carcinoma de origen desconocido tras el resultado anatomopatológico de una tumoración cervical que a priori parecía benigna.

Caso clínico: Varón de 74 años intervenido por cirugía en régimen de cirugía menor, con anestesia local de tumoración de 2 cm, cervical lateroposterior derecha, superficial, móvil, no doloroso que apareció hacía unos meses, sospechosa de lipoma vs quiste epidérmico que el paciente deseaba su extirpación. Durante la cirugía se observa que tanto la consistencia como la coloración no se correspondía con el diagnóstico de sospecha. Se manda la pieza quirúrgica a anatomía patológica: formación redondeada de consistencia firme, de 2 cm, constituida al corte por un tejido de coloración blanquecina. Ganglio linfático cuello: metástasis de carcinoma indiferenciado sólido con inmunofenotipo CK5/6, CK7, 34-BETA-E12 y p16+. A descartar carcinoma orofaríngeo HPV-relacionado. Se deriva a otorrinolaringología para exploración por su parte y se solicitan batería de pruebas complementarias con el objetivo de encontrar el tumor primario. Exploración otorrinolaringológica: orofaringe, nasofibroscofia normal. No palpación de adenopatías cervicales TC cuello-tórax: adenopatías patológicas en espacios cervicales derechos. Adenopatías mediastínicas patológicas. PET: adenopatías patológicas laterocervicales derechas, supraclaviculares, espacio paraespinal/escaleno derecho y mediastínicas, con metabolismo compatibles con malignidad. No se observan alteraciones del metabolismo en parénquima pulmonar, abdomen, pelvis Actualmente no se ha encontrado el tumor primario.

Discusión: El diagnóstico de sospecha por la exploración física de la tumoración era un tumor de partes blandas que en la mayoría de las ocasiones no tiene indicación de cirugía, tratándose de un tumor benigno y muy frecuente; si el paciente no hubiera insistido en su extirpación, probablemente no se hubiera llegado a un diagnóstico muy diferente del inicial, y además, un diagnóstico que genera alta ansiedad. Por tanto, ante casos como estos, el cirujano se debe plantear variar

reflexiones que deberían de servir para la realización de estudios a posteriori: ¿merece la pena solicitar prueba de imagen a todas las tumoraciones de partes blandas por muy benignas que se sospechen? ¿Merece la pena extirpar todas las tumoraciones de partes blandas por las que nos consultan los paciente?, ¿Existe beneficio en conocer que se tiene una enfermedad neoplásica con diagnóstico de carcinoma de origen incierto?