



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2659 - ¡SE DECLARA CULPABLE LA OREJA IZQUIERDA!

E. Rodríguez Marco<sup>a</sup>, M. Avellana Gallán<sup>b</sup>, M. Martínez Celdrán<sup>c</sup>, M. Valtueña Camacho<sup>d</sup>, M. Rocca Jiménez<sup>e</sup> y J. Silva Pereira Mateus<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre, 83 años, exfumador (hace 60 años). HTA, DLP. Exéresis de pabellón auricular izquierdo por carcinoma espinocelular (12/01/2016). 27/02/2017 acude a atención primaria por disnea de moderados esfuerzos en los últimos siete días. Asociando tos sin expectoración. No fiebre. Pérdida peso (6 kg) en últimas semanas.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta buenas constantes. Destaca hipofonesis en base pulmonar izquierda. ECG: ritmo sinusal sin alteraciones. Ante la clínica y la exploración derivó al paciente a urgencias para completar estudio: analítica sin alteraciones. Rx tórax: lesiones pulmonares bien delimitadas de paredes gruesas en LII (65 mm) con nivel hidroaéreos y en LSD (38 mm). Signos de fibrosis subpleural predominantemente en LII. TAC torácico: ganglios mediastínicos en cadena paratraqueal derecha, subcarínicos, ventana aortopulmonar y espacio prevascular izquierdo. Lesiones cavitadas de paredes gruesas que infiltran pleura visceral en LII y LSD. PET: masas pulmonares de aspecto maligno en LSD y LII, esta última con infiltración y derrame plural. Broncoscopia: lesión endobronquial en LII necrosada a 3 cm de carina que obstruye totalmente el mismo. Anatomía patológica: carcinoma infiltrante de células escamosas.

**Juicio clínico:** Metástasis pulmonar del carcinoma espinocelular auricular.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso pulmonar, cáncer primario de pulmón metastásico, metástasis pulmonares.

**Comentario final:** El carcinoma espinocelular es una tumefacción maligna, derivada de los queratinocitos de la epidermis. Aparición más frecuente sobre lesiones previas que sobre piel sana. Principal factor etiológico: exposición solar (cara, cuero cabelludo alopecico, escote...). El diagnóstico es clínico confirmándose con estudio anatomopatológico. Importante realizar exploración de ganglios linfáticos regionales y otras pruebas descartando metástasis; ya que tiene un riesgo de 0,5-6% de metastatizar siendo más frecuentes en aquellos que aparecen sobre piel sana, son grandes, comprometen estructuras profundas o nervios cutáneos y/o según la localización (un carcinoma espinocelular en pabellón auricular metastatiza con menos frecuencia que el de

labio). En conclusión este carcinoma puede comprometer la vida por extensión (contigüidad o metástasis), por lo que es muy importante la precocidad diagnóstica e inicio de tratamiento. En nuestro caso es un carcinoma invasivo requiriendo exéresis de la lesión.

### **Bibliografía**

1. Fonseca E. Tumores epiteliales. Ferrándiz C. Dermatología clínica, 3ª ed. Barcelona Elsevier. 2008. p. 353-62.

**Palabras clave:** Cáncer de pulmón. Carcinoma espinocelular. Metástasis pulmonar.