



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2068 - EN PARADERO DESCONOCIDO

L. Picazo García<sup>1</sup>, M. Pérez Molina<sup>2</sup>, A. Cortes Vargas<sup>2</sup> e Y. Domínguez Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campamento. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Campamento. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 52 años sin antecedentes de interés, salvo quiste braquial intervenido en cuello en 1993. Acude por fiebre de 38 °C de 3-4 días de evolución, sin otra sintomatología, salvo leve otalgia derecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** Otoscopia con cerumen que impide visualizar tímpano y bultoma palpable de 2x2 cm bien delimitado en región lateral derecha del cuello. Resto normal. Se realiza ecografía en centro de salud que muestra un nódulo de contenido heterogéneo, y se deriva a urgencias. ORL lo valora y se realiza eco-PAAF por sospecha de recidiva del quiste braquial, observando adenopatías patológicas de aspecto inflamatorio (abscesificadas) laterocervicales derechas, sin aspecto de malignidad y aumento de tiroides (aspecto benigno), y TC con adenopatías yugulo-digástricas con centro necrótico. Posteriormente, se realiza exéresis de la lesión con AP definitiva de metástasis por carcinoma epidermoide no encontrado, en 3/7 ganglios. Para estudio de tumor primario, se realiza PET-TC, con captación focal en lóbulo tiroideo izquierdo, realizándose eco-PAAF, sin malignidad, y amigdalectomía y biopsias de cavum y base de lengua, negativas para malignidad, pero sin poder descartar origen en quiste braquial malignizado. Es remitido a Oncología para tratamiento con radioterapia con intención radical y quimioterapia con cisplatino concomitante. Se realiza PET-TC de control a los 3 meses, observando captaciones focales en sigma, por lo que se realizó colonoscopia con adenomas vellosos con displasia bajo grado.

**Orientación diagnóstica:** Metástasis con primario de origen desconocido.

**Diagnóstico diferencial:** Quiste braquial malignizado. Metástasis. Adenopatía reactiva.

**Comentario final:** Actualmente, el paciente continúa sin localización de tumor primario, en revisiones por oncología. El cáncer de primario desconocido supone un 5% de todos los cánceres invasivos, y los epidermoides cervicales el 5% de éstos, y suelen provenir de tumores de cabeza y cuello. La importancia de este caso radica en no infraestimar los hallazgos de la exploración, en este caso adenopatías, ni los antecedentes del paciente, por antiguos que sean (en este caso, hacía más de 25 años).

## Bibliografía

1. Hainsworth JD, Greco FA. Overview of the classification and management of cancers of unknown primary site. Uptodate; 2019 (Acceso Julio 15, 2019.).

**Palabras clave:** Metástasis bultoma desconocido.