



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-759 - DE LIPOMA A CARCINOMA ESPINOSO: LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Durán Ávila, José Javier; Vargas Cascón, Macarena; Miguélez Sierra, Paula; García Sánchez, Fernando; Rosillo Sánchez, Natalia; Moreno Peñuelas, Sofía; El Haddad Jaouiche, Ginamar; Alarcón González, María Isabel*

*Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.*

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) es el segundo tumor maligno de piel más frecuente tras el carcinoma basocelular. En su mayoría son de crecimiento lento y con bajo riesgo metastásico al poder diagnosticarlos de forma precoz. Aun así, existen algunos subtipos de mayor comportamiento agresivo que pueden presentar invasión local profunda y diseminación ganglionar o a distancia. Suelen presentarse en zonas fotoexpuestas como el cuero cabelludo, cara o pabellones auriculares, así como en regiones mucocutáneas. Sin embargo, la presentación de este tipo de lesiones en zonas cubiertas o con evolución atípica pueden retrasar su diagnóstico y dificultar su manejo adecuado.

**Caso clínico:** Varón de 74 años que acude a consulta por tumoración en glúteo izquierdo de unos 10 años de evolución que en los últimos meses le está causando molestias. Inicialmente, se diagnostica tras ecografía como un lipoma de gran tamaño por consistencia y morfología, incluyéndose en lista de espera quirúrgica para exéresis. Sin embargo, en el periodo que transcurre desde la consulta hasta el día de la intervención, la masa aumentó rápidamente de tamaño, cambiando su morfología y aspecto externo, apareciendo además una adenopatía inguinal izquierda que antes no era palpable. Por todo ello, se decidió cancelar el procedimiento quirúrgico y realizar una biopsia con aguja gruesa y una resonancia magnética. Posteriormente, se realizó también una tomografía computarizada (TC) y un PET-TC. El análisis anatomopatológico reveló que la lesión era compatible con carcinoma escamoso bien diferenciado queratinizante de unos 10 × 5 × 9 cm con presencia de metástasis en la adenopatía inguinal izquierda. No se encontraron otros focos de enfermedad primaria o metastásica en los estudios de imagen realizados. Debido a la gran extensión de la lesión (necesidad de colgajo o injerto cutáneo) y la presencia de metástasis ganglionares, fue derivado a los servicios de cirugía plástica y oncología, planteando tratamiento neoadyuvante con cemiplimab.



**Discusión:** El carcinoma escamoso, si bien es cierto que es poco frecuente que se origine en localizaciones no fotoexpuestas, profundas o subcutáneas, debe considerarse como diagnóstico diferencial en masas persistentes. Una evolución prolongada sin aparentes signos de alarma, como en este caso, pueden simular lipomas u otras lesiones benignas. Por ello, es de gran relevancia una vigilancia clínica exhaustiva y un diagnóstico precoz. Identificar signos de malignidad como crecimiento tórpido o presencia de metástasis a ganglios linfáticos inguinales, es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuados. El manejo quirúrgico puede considerarse como la piedra angular en el tratamiento de este tipo de lesiones, sin embargo, es fundamental una evaluación multidisciplinar y seguimiento estrecho, así como individualizar a cada paciente.