

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

## 424/3308 - DOCTOR, ¿POR QUÉ ME HA PASADO ESTO A MÍ?

I. Polo Gragera<sup>1</sup>, H. Hernández Vázquez<sup>1</sup>, A. Sanz-Calcedo<sup>2</sup> y E. Gordillo Aguilar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.<sup>2</sup>Médico. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>3</sup>Enfermero de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años, sacerdote de profesión, sin AP de interés que acudió a consulta de atención primaria por notarse un bulto en la axila derecha. No refería dolor, ni fiebre ni otra sintomatología general asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente presentaba buen estado general, estable hemodinámicamente. Afebril. Resto de exploración (incluida cardiopulmonar) rigurosamente normal. Se palpó adenopatía en axila derecha, móvil, no adherida a planos profundos, de consistencia blanda, de aproximadamente 2 × 2 cm. También se palparon en la proximidad a la anterior otras adenopatías más pequeñas, rodaderas y móviles. Se solicitaron desde la consulta de AP lo siguiente: analítica con bioquímica, hemograma, coagulación con valores dentro de la normalidad. Rx tórax: normal. Ecografía axilar: voluminosa adenopatía de morfología redondeada de 26 × 18 mm, hipoeucogénica. En su proximidad se observaron otras adenopatías de menor tamaño y sin hilio vascular, algunas heterogéneas y con contornos microlobulados y todas con cortical engrosada. Eco de cuello: normal. Biopsia diagnóstica metástasis de carcinoma apocrino con estudio inmunohistoquímico positivo para GATA 3, GCDPFP 15 y receptores de andrógenos.

**Orientación diagnóstica:** Metástasis de carcinoma apocrino a nivel axilar con posible cáncer de mama en varón.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome linfoproliferativo, melanoma, patología del cuello uterino, cáncer de mama.

**Comentario final:** El paciente fue derivado a Oncología para iniciar estudio y descartar origen primario en la mama como primera posibilidad. Tras TC de tórax y abdomen y estudio de PET-TC, además de adenopatías hipermetabólicas a nivel retropectoral, infraclavicular y axilar derecho sugestivas de malignidad, no se objetivaron otros focos. Se completó estudio con mamografía y ecografía de mama con diagnóstico de normalidad. Se pautaron 4 ciclos de tratamiento quimioterápico con antraciclinas y taxanos con buena tolerancia. Tras PEC-TC de control se decidió cirugía de rescate en Unidad de Mama con diagnóstico de metástasis de carcinoma apocrino. Continuó estable, en vigilancia adaptada por tumor poco frecuente y agresivo tras tratamiento radioterápico adyuvante y sin movilización de marcador CA 15,3.

### Bibliografía

1. Oltra A. Cáncer de mama en el varón: revisión de 27 casos. Rev Senología y Patol Mam. 1998;4(11):187-90.

**Palabras clave:** Carcinoma apocrino. Adenopatía axilar. Cáncer mama.