



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

## 482/1760 - DOCTORA, TENGO UN BULTO

M. Paraíso López<sup>1</sup>, M. Paniagua Martínez<sup>2</sup>, R. Casenave Ortiz<sup>3</sup> y S. Zarza Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. Cáceres.<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalmoral de la Mata. Navalmoral de la Mata. Cáceres.<sup>3</sup> Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Rosalejo. Rosalejo. Cáceres.<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Quintanar de la Orden. Quintanar de la Orden. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 39 años que acudió a consulta por vómitos de 24 horas de evolución y bultoma en hipocondrio izquierdo, indoloro. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presentaba tumoración en pared abdominal de hipocondrio izquierdo, sólida e indurada de 1,5 cm, no adherida a planos profundos. Resto de exploración anodina. En consulta de atención primaria (AP) se realizó ecografía de partes blandas compatible con lipoma. La paciente volvió a consultar por cambios en la lesión (tumoración violácea, aproximadamente 5 cm de diámetro, no delimitada en profundidad, pero localizada a nivel subcutáneo, móvil). Se derivó a Cirugía General y Digestiva, solicitándose resonancia magnética para completar estudio, informada como: “imagen expansiva sólida de 43 × 33 × 30 mm, sugerente de tumor desmoide en tejido celular subcutáneo de región parasagital izquierda de abdomen superior”. Se realizó exéresis de la lesión para diagnóstico anatomo-patológico: “metástasis de carcinoma indiferenciado. El estudio inmunohistoquímico no permitía determinar el origen primario”. Una semana después la paciente volvió a consultar en AP por notar “bulbo doloroso” en axila izquierda tras depilación. Tras tratamiento con ciprofloxacina la lesión era indolora, pero no había disminuido de tamaño. Reinterrogamos a la paciente: refería madre y dos primas con cáncer de mama. Se remitió a Ginecología. En ecografía mamaria se visualizó “nódulo en mama izquierda (14 × 8 mm) con adenopatía patológica axilar izquierda”, compatible con lesión “BIRADS5” objetivada en resonancia. Se biopsió la lesión: “carcinoma pobremente diferenciado RE-, RP+, HER2+, Ki67-90%”. Se amplió estudio de extensión: “adenopatía axilar izquierda, nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho, glándula suprarrenal derecha, implante pélvico adyacente a psoas izquierdo, nódulo en cuadrante supero-externo de mama izquierda”. La paciente recibió tratamiento con quimioterapia.

**Orientación diagnóstica:** Metástasis de carcinoma de mama.

**Diagnóstico diferencial:** Lipoma. Quiste sebáceo. Tumor desmoide.

**Comentario final:** Encontrar una metástasis cutánea en pared abdominal de un carcinoma de mama es sumamente infrecuente. Este caso recalca la importancia de realizar un adecuado seguimiento en atención primaria, ya que patologías con un desenlace fatal podrían debutar de la manera más extraña. Cabe destacar la importancia de realizar una buena historia clínica, ya que podría ser decisiva para encauzar el diagnóstico.

### Bibliografía

1. Sikora MJ. Family Matters: Collaboration and Conflict Among the Steroid Receptors Raises a Need for Group Therapy. *Epub* 2016;157(12):4553-60.
2. Semiglazov VV. Detection and treatment of ductal breast carcinoma. *2011;57(6):699-701.*

**Palabras clave:** Carcinoma de mama. Metástasis.