

ADENOCARCINOMA AXILAR

AUTORES:

Dra. A. Trujillo Barbadillo:

Residente (M.I.R.) 5º año Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España.
Experto Universitario en Cirugía Mínimamente Invasiva.
Médico Expedición "Ruta Quetzal".

Dr. A. Camacho Aroca :

Cirujano Urgencias "Fundación Hospital Alcorcón", Madrid, España.
Máster Universitario Derecho Sanitario (Universidad Complutense, Madrid).
Máster en Gestión y Organización de Instituciones Sanitarias (Instituto de Empresa, Madrid).
Experto Universitario en Cirugía Mínimamente Invasiva.

Dr. L.E. Bernardos García :

Cirujano Adjunto Cirugía General y Digestiva II Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España.
Experto Universitario en Cirugía Mínimamente Invasiva.

Dr. A. Camacho Lozano :

Jefe de Servicio Cirugía General Y Aparato Digestivo Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España.

Correo electrónico : alf_camar@yahoo.es

RESUMEN

Los tumores axilares primarios con origen en glándulas cutáneas son extremadamente infrecuentes. Presentamos un caso de adenocarcinoma primario axilar con muy mala evolución y cuya respuesta al tratamiento oncológico fue nula. Las imágenes del TAC demuestran el estadio avanzado de la enfermedad.

Palabras Clave : *tumores axilares, tomografía axilar, tumores de las glándulas cutáneas.*

ABSTRACT

The primary axillary tumors with origin in cutaneous glands are extremely uncommon. We present a case he/she gives axillary primary adenocarcinoma with very bad evolution and whose answer to the oncological treatment was null. The images from tomography demonstrate the advanced illness stadification.

Key words: axillary tumors, axillar tomography, cutaneous glands tumors.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones axilares suelen deberse en su mayoría a metástasis de tumoraciones cervicales o de "cavum" y como adenopatías en tumores de mama. También es posible encontrar en la literatura científica metástasis axilares de tumores de otra localización alejada de dicha región tales como próstata, endometrio, colon,... Otro origen de este tipo de tumoraciones son los tumores cutáneos y de sus anejos. Los tumores primarios de éstos últimos, aunque extraordinarios, nos hacen recordar que incluso un "simple" quiste sebáceo puede tener una importancia vital. El proceso diagnóstico a seguir en este tipo de tumores es como el de cualquier otro. Anamnesis, exploración física, prueba de imagen, de elección el TAC, y como siempre, la Anatomía patológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 72 años sin antecedentes conocidos que acudió a urgencias de un hospital siendo diagnosticada de quiste sebáceo axilar infectado. En dicho hospital se practicó drenaje del material purulento del mismo y se remitió para curas ambulatorias. La evolución de dicha cura no fue favorable, persistiendo salida de material purulento y la formación de gran reacción inflamatoria alrededor de la lesión. Se tomó una primera biopsia de dicho tejido de granulación al encontrarlo de consistencia pétrea, resultando negativa para tumor. Dos meses más tarde acude a nuestro hospital por persistencia de drenaje de material purulento y aumento de la reacción inflamatoria alrededor de la axila. La paciente presenta orificio a nivel axilar por el que drena material purulento, efecto "masa" desde axila hasta músculo trapecio y pectoral mayor e impotencia funcional de miembro superior con edema del mismo. Se toma nueva biopsia resultando adenocarcinoma. Tras varios estudios incluyendo TAC "total body", colonoscopia, endoscopia, broncoscopia, estudio O.R.L. y estudio para descartar neoplasia pulmonar, se descarta otro tumor, por lo que es considerado un tumor primario axilar. Presentamos las imágenes del estudio.

RESULTADOS

Remitida a Oncología, la paciente fallece sin ser efectivo el tratamiento quimioterápico.

DISCUSIÓN

Poco cabe discutir en este caso presentado. Lo excepcional de esta patología y la escasa literatura encontrada referente a los adenocarcinomas primarios axilares, no ofrecen alternativas a la actitud llevada a cabo en el tratamiento de esta paciente. La escasa respuesta al tratamiento oncológico y el estadio avanzado de la enfermedad dieron muy pocas esperanzas tanto a la paciente como a todo el equipo médico.

Para finalizar, insistiremos una vez más en la importancia de la autoexploración y en la decisión temprana de acudir a un médico en cuanto se detecte alguna anomalía y más aún si es una tumoración. El estudio anatomopatológico demostró una vez más la importancia de analizar todo aquello que sea extirpado.

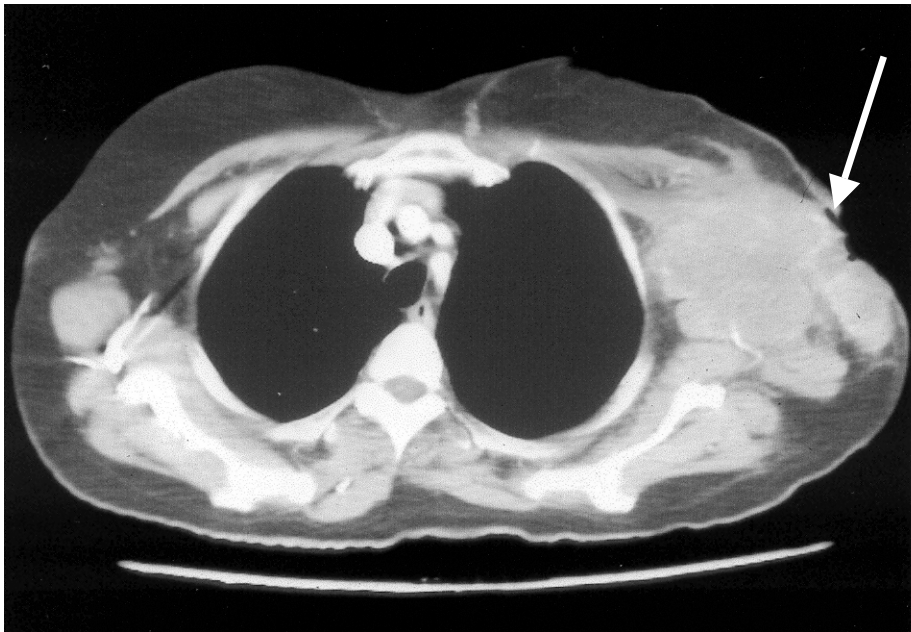


FIGURA 1 : La flecha señala la tumoración axilar descrita.

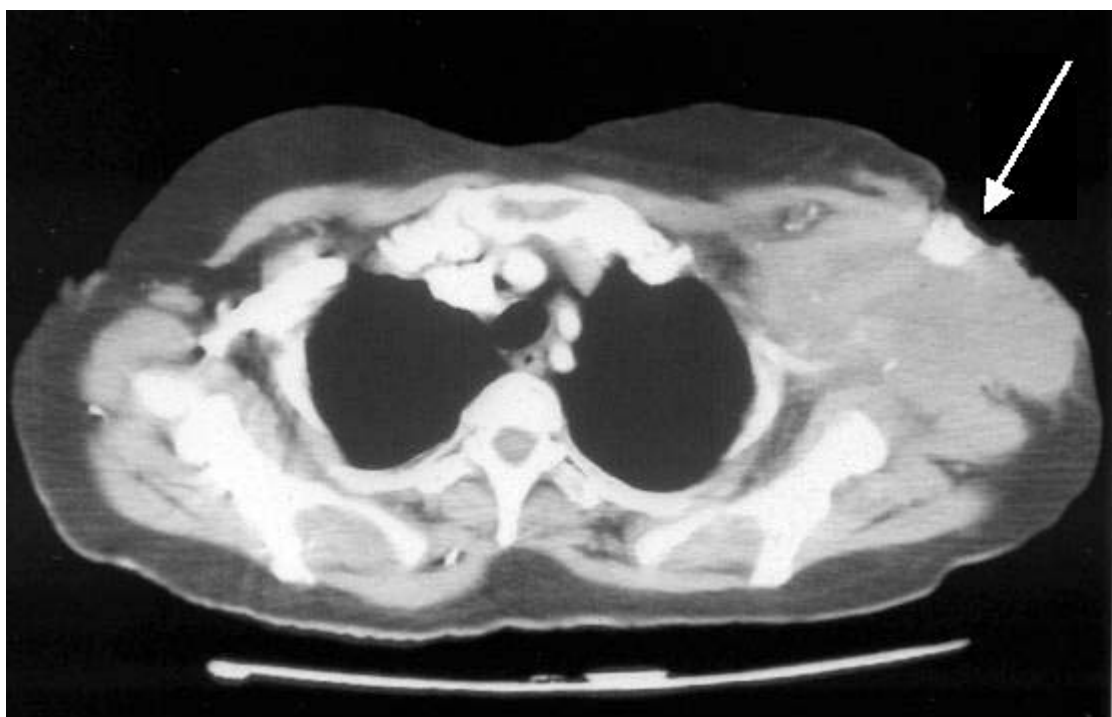


FIGURA 2 : otra imagen demostrando la relación de la tumoración con el hueso humeral.

REFERENCIAS

1. “Carcinoma de células en anillo de sello primario cutáneo”.

González Lois C., Serrano-Pardo R., López-Ríos F., Rodríguez-Peralto. J. L. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario “12 de Octubre”. Madrid, España. Fecha publicación: 28/04/2001

2. “Linfangioma quístico axilar fetal”.

Virginia Moreno, Isabel Guerra, Nagore Arbide y Lidia García. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz, País Vasco, España.

3. “Nevus apocrino primario axilar”.

Soga E.; Oncológico de San Sebastián;
LXXXVIIIª Reunión de la Territorial del País Vasco, Navarra. Aragón, Burgos, Soria y asociados (Cangas de Narcea y Valdecilla).
Correspondiente al Trimestre 4º del 99. Celebrada en Pamplona – organizada por el Hospital de Navarra el 17 de Diciembre de 1999.

NO HEMOS ENCONTRADO MÁS REFERENCIAS QUE LAS MOSTRADAS.