

Gimenez Valero, E. Serrano Chinchilla P., Rodrigo Calvo, MT.,  
 Alier Fabregas A., Martínez-Díaz S.  
 Parc de Salut Mar. Barcelona.

## Introducción y Objetivos

Hombre de 66 años con antecedentes médicos de DMNID, dislipemia y cirrosis. Derivado de forma urgente por sospecha diagnóstica inicial de sarcoma sinovial post exeresis de una tumoración de partes blandas en muslo D hacia 2 semanas. El objetivo es Presentar el manejo diagnóstico de este caso clínico poco común.

## Material y método

El paciente había consultado hacía 2 semanas en Urgencias por presentar una tumoración dolorosa en cara posterior de muslo D (Fig.1). Ante la sospecha de que la lesión se trate de un quiste epidermoide se realiza su exéresis. Desde anatomía patológica orientan de forma inicial la lesión como un posible sarcoma sinovial, nos derivan al paciente para valoración y se solicita un estudio de extensión mediante un TC toracoabdominal.

El paciente refiere un síndrome constitucional con pérdida de más de 15 kg de peso en los últimos 3 meses. En la exploración física se objetiva una herida quirúrgica en correcto estado de cicatrización, palpándose una tumoración indurada adherida a planos profundos y dolorosa de unos 5 cm de diámetro. En el TC toracoabdominal se evidencia una tumoración heterogénea en cuerpo y cola de páncreas con infiltración de venas esplénica y porta, adenopatías inter-aortocava, retroperitoneales y mesentéricas con posibles metástasis hepáticas, suprarrenales, pulmonares y en L1. (Fig. 2)

Es valorado por el Servicio de Cirugía Hepato-biliar y Oncología, orientándose el caso después de realizar una biopsia hepática y su resultado, como un carcinoma de origen bilio-pancreático con metástasis múltiples. Dada la extensión de la enfermedad se considera que el paciente no es tributario de tratamiento oncoespecífico y se inicia tratamiento paliativo sintomático.

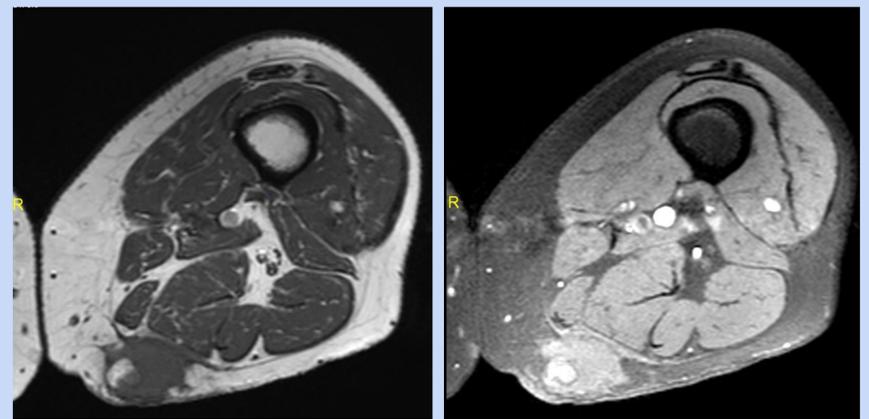


Fig. 1. RM. Tumoración subcutánea de la cara posteromedial del muslo izquierdo, en amplio contacto con la fascia superficial, sin evidencia de extensión en profundidad, compatible con tumoración metastásica.

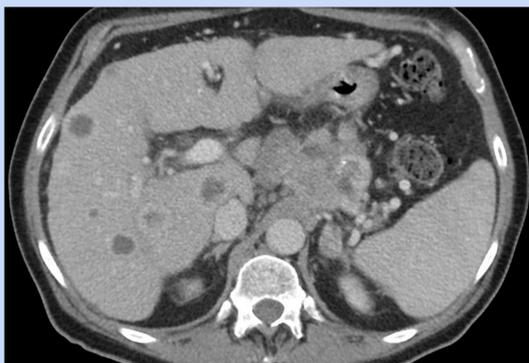


Fig. 2. *Izq*: TAC abdominal mostrando tumor pancreático y múltiples lesiones hepáticas metastásicas. *Centro*: TAC axial y sagital mostrando M1 vertebral de L1. *Der*: Metástasis pulmonares periféricas en TAC tórax.

## Resultados

El resultado anatomopatológico definitivo de la biopsia hepática y de la tumoración en muslo D es de un carcinoma de origen bilio-pancreático con extensa diferenciación escamosa. En el estudio inmunohistoquímico destaca la expresión intensa y difusa para p40, p63, queratina 7 y queratina 19 así como expresión débil y focal para queratina CAM5.2 y la ausencia de translocación SYT. (Fig. 3)

Finalmente el paciente inicia tratamiento paliativo, siendo exitus a las 6 semanas del diagnóstico definitivo.

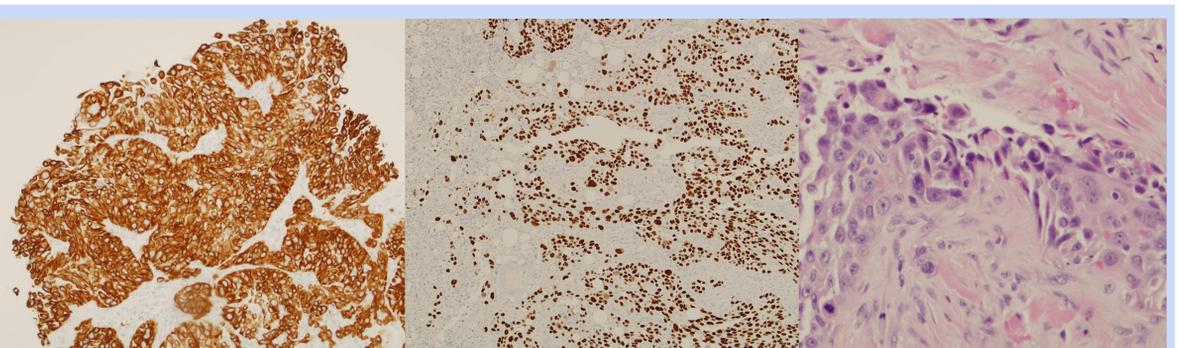


Fig.3. Lesión de fenotipo escamoso e inmunohistoquímica compatible con M1 carcinoma escamoso de páncreas.

## Conclusiones

Las metástasis cutáneas de los carcinomas bilio-pancreáticos con extensa diferenciación escamosa son excepcionales.

En el algoritmo diagnóstico de un sarcoma de partes blandas es imprescindible la realización de un estudio inmunohistoquímico de la lesión y la realización de un TC toracoabdominal.

