Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Tumor axilar izquierdo. Presentación de un caso

Left Axillary Tumor. Case Report

José Alberto Puerto Lorenzo[1] Cristóbal Mario Gastón Avilés[1] Lidia Torres Aja[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Lorenzo J, Avilés C, Aja L. Tumor axilar izquierdo. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 8]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53340

Resumen

El carcinoma de células escamosas es el tipo más común de cáncer de piel después del epitelial de células basales. Su etiología es multifactorial y, aunque en la mayoría de los pacientes se puede identificar más de un factor predisponente, se desconoce el mecanismo de acción exacto. Se presenta el caso de un paciente de 76 años, de color de piel blanca, con antecedentes de padecer hipertensión arterial y diabetes mellitus, con tratamiento médico, que acudió al cuerpo de guardia de cirugía general porque desde hacía varios meses había notado un aumento de volumen en la axila izquierda, que le había crecido de manera rápida y se acompañaba de dolor que se le irradiaba hacia el brazo. Al examen físico en la axila izquierda, se palpó un gran tumor que sobresalía, duro, pétreo y fijo a los planos musculares. Se realizó ultrasonido y se observó una imagen de aspecto sólido de 48 X 35 mm, bordes bien definidos, isoecogénica, además de pequeñas adenopatías sin presencia de hilio. El paciente fue operado, se realizó exéresis del tumor sin complicaciones y la parafina informó un carcinoma de células escamosas, bien diferenciado, metastásico en ganglio linfático. Se presenta el caso por lo interesante del reporte con fines docentes.

Palabras clave: carcinoma de células escamosas, neoplasia maligna, metástasis

Abstract

Squamous cell carcinoma is the most common type of skin cancer after basal cell carcinoma. Its etiology is multifactorial; although more than one predisposing factor can be identified in most patients, the exact mechanism of action remains unknown. We present the case of a 76-year-old white male with a history of hypertension and diabetes mellitus (under medical treatment) who presented to the general surgery emergency department. He reported noticing a swelling in his left axilla several months prior; the mass had grown rapidly and was accompanied by pain radiating down the arm. Physical examination of the left axilla revealed a large, protruding, hard (stony-firm) mass fixed to the underlying muscle planes. Ultrasound imaging showed a solid-appearing, well-defined, isoechoic mass measuring 48 x 35 mm, along with small lymph nodes lacking a visible hilum. The patient underwent surgery to excise the tumor without complications; histopathological analysis confirmed a well-differentiated squamous cell carcinoma with lymph node metastasis. This case is presented for educational purposes due to the interest of the report.

Key words: squamous cell carcinoma, malignancy, metastasis

Aprobado: 2026-07-08 14:30:46

Correspondencia: José Alberto Puerto Lorenzo. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. jose.puerto@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas es el segundo tumor cutáneo más común después del carcinoma de células basales. Representa, aproximadamente entre el 20 y el 25 % de todos los cánceres de piel. [1]

Esta variedad histológica se comporta de forma benigna en la mayoría de los casos, pero algunos tipos de cáncer requieren un diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar no solo la destrucción local del tejido, sino también, la diseminación a los ganglios linfáticos regionales, que causa problemas graves, incluso, la muerte. [2]

La incidencia del carcinoma de células escamosas entre los pacientes de color de piel blanca oscila entre los 100 por cada 100 000 habitantes en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino oscila entre los 150 por cada 100 000 habitantes. Entre los individuos de color de piel negra, la incidencia es de 3 por cada 100 000, independientemente del sexo, lo que lo convierte en el cáncer de piel más común en los pacientes de color de piel blanca. [3]

Las lesiones se observan en las personas de color de piel blanca, en áreas foto expuestas en hombres, pacientes de edad avanzada y poco fotogénicos, mientras que, en pacientes de color de piel negra, generalmente se encuentra en áreas que normalmente no están expuestas a la fotoexposición, como son las extremidades inferiores, por lo que la radiación ultravioleta no parece funcionar ni tener igual importancia etiopatogénica en ambos grupos raciales. [4]

El carcinoma de células escamosas tiene una variedad de manifestaciones clínicas, como: queratoacantoma, enfermedad de *Bowen*, carcinoma de células escamosas cutáneas con y sin exposición solar, carcinoma de células escamosas que surge de cicatrices y carcinoma verrugoso, sin embargo, la presentación clínica temprana más común es la presencia de pápulas, manchas o nódulos rosados o rojos con una superficie escamosa. Con el tiempo, las lesiones pueden supurar, sangrar y formar una costra central elevada y de bordes duros. [2,5]

Las áreas más comunes en personas de piel clara son: la cara, la calvicie, las orejas, el cuello, la parte superior del cuerpo, antebrazos, dorso de las manos y el área anterior a la parte inferior de la pierna, también, ocurre en el labio inferior, especialmente, en fumadores. En cambio, para las personas con tono de piel más oscuro, las zonas más afectadas son: las piernas, el ano y los genitales. [6]

El objetivo principal del tratamiento para esta entidad es eliminar radicalmente el tumor, porque los que no se tratan completamente reaparecen y pueden formar metástasis. El tipo de tratamiento dependerá del tamaño y localización de la lesión, de la edad y el estado general del paciente y de los tratamientos previos, así como del conocimiento que tenga el especialista de los distintos métodos. [7]

Se presenta el caso por lo interesante del reporte con fines docentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 76 años, de color de piel blanca, con antecedentes de padecer hipertensión arterial y diabetes mellitus, con tratamiento médico para ambos padecimientos, que acudió al cuerpo de guardia de cirugía general del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos porque desde varios meses había notado un aumento de volumen en la axila izquierda, que le había crecido de manera rápida, acompañado de dolor que se irradiaba hacia el brazo.

En el examen físico se constató en la región axilar izquierda: un gran tumor que sobresalía duro al tacto, pétreo, fijo a la axila y a los planos musculares.

Signos vitales determinados: Tensión arterial (TA): 130/90 mmHg. Frecuencia cardiaca (FC): 84 L/min. Frecuencia respiratoria (FR): 18X/min.

Los análisis complementarios tuvieron como resultado:

- Hemoglobina: 11,3 g/l.
- Leucograma: 8,5 x 10^9.
- Glicemia: 5,2mmol/L.
- Creatinina: 74mmol/L.
- Coagulograma: en parámetros normales.

Ultrasonido de mama y de las axilas mostró:

- Ambas mamas sin alteraciones, sin imagen nodular.
- A nivel de la axila izquierda se observó una imagen de aspecto sólido de 48 X 35 mm,

bordes bien definidos, isoecogénica, además de pequeñas adenopatías sin presencia de hilio.
- Axila derecha libre.

En el ultrasonido abdominal:

- Se observaron órganos del hemiabdomen superior sin alteraciones, riñones de aspecto y tamaño normal, sin líquido libre en cavidad, ni imagen en falso riñón.
- Electrocardiograma (ECG): normal.

Radiografía de tórax:

- Sin alteraciones de partes blandas, ni óseas. Discreto aumento del índice cardiotorácico.

Después de realizados todos los complementarios para su estadía hospitalaria, el paciente fue valorado en la consulta multidisciplinaria de tumores periféricos, donde se decidió anunciar al salón para realizar tratamiento quirúrgico y biopsia por parafina del tumor. (Fig. 1).



Fig. 1. Paciente en el salón para comenzar la cirugía

Posteriormente se realizó la cirugía, previa anestesia general endotraqueal, para la resección del tumor. (Fig. 2).

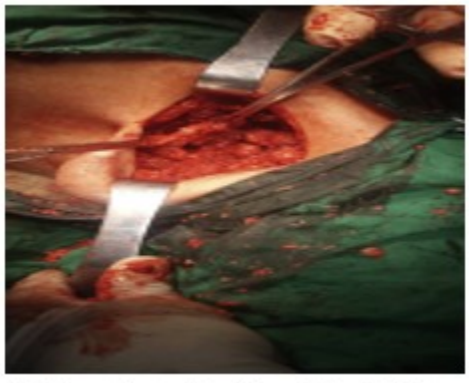


Fig. 2. Momento del acto quirúrgico donde se realizó la exéresis del tumor

Se envió el tumor para su estudio histológico al departamento de anatomía patológica, que informó que se trataba de un carcinoma de células escamosas, bien diferenciado, metastásico en ganglio linfático. (Fig. 3).



Fig. 3. Tumor completamente resecado

El paciente fue trasladado a la sala de cirugía, evolucionó favorablemente y egresó con posterioridad. Actualmente lleva más de 6 meses de operado.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas es una neoplasia maligna de crecimiento lento y conduce a una metástasis a distancia. Ocurre, principalmente, en los pacientes de color de piel blanca, [1,8] característica igual que en el caso estudiado. Esta variedad histológica ocurre con mayor frecuencia en partes expuestas del cuerpo: cara, espalda, manos y labio superior, [9] no así el paciente del caso presentado, que la exhibió en la región axilar.

Este tumor tiene varias manifestaciones morfológicas: la más común es una lesión escamosa con queratinización, a menudo ulcerada y cubierta de costras, también, puede presentarse como nódulos, úlceras, pápulas, infiltrados planos o elevados o lesiones similares a telangiectasias, [5] lo que no coincidió con el paciente del caso estudiado, en el que la lesión se presentó en forma de tumor.

Entre las principales causas de esta entidad se encuentran: la predisposición genética, la radiación ultravioleta, la exposición al sol, la edad, el sexo masculino, la piel pálida, la inmunosupresión, la presencia de cicatrices extensas, especialmente, después de una quemadura o una herida sin cicatrizar. [10] Estas causas son comunes al caso estudiado, pues se trató de un adulto mayor, de 76 años, de sexo masculino, piel clara y con gran exposición al sol por la labor que realizaba.

En esta entidad los síntomas aparecen en la piel, en forma de nódulos, queratinización, formación de costras, placas escamosas y rojas que pueden detectarse a simple vista sin necesidad de utilizar medios adicionales. [5] Estas características están presentes en el paciente del caso estudiado, que presentó el tumor en la región axilar, visible, sin necesidad de realizar análisis complementarios.

La obtención de buenos resultados en el tratamiento de esta afección es especialmente prometedora si se inicia en las primeras etapas de la enfermedad, con mayores posibilidades de recuperación. La extirpación quirúrgica del tumor y de los ganglios linfáticos sospechosos es la mejor opción, [7] en este caso, se realizó la exéresis del tumor, además se utilizaron agentes de electrocoagulación e inmunomoduladores. Cuando no se puede extirpar debido a su ubicación y extensión o solo se ha extirpado

parcialmente o se ha extendido a los ganglios linfáticos se utiliza la radioterapia, a veces en combinación con quimioterapia o la llamada quimio-inmunoterapia, también se pueden utilizar crioterapia y terapia con láser, [7] en el caso del paciente estudiado a pesar de habérsele realizado exéresis total del tumor se decidió realizar tratamiento con quimioterapia, aspecto que coincide con lo referido en la bibliografía revisada.

Conflictos de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

1- Conceptualización: José Alberto Puerto Lorenzo, Cristóbal Mario Gastón Avilés.

2- Curación de datos: José Alberto Puerto Lorenzo.

3- Análisis formal: José Alberto Puerto Lorenzo.

4- Investigación: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja.

5- Redacción del borrador original: José Alberto Puerto Lorenzo, Cristóbal Mario Gastón Avilés.

6- Redacción, revisión y edición: Lidia Torres Aja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Téllez M. Caracterización de pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo. Rev Electron Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta[Internet]. 2021[citado 25/3/26];46(2):[aprox. 2p.]. Disponible en: https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2632.

2- He X, You J, Chen Y, Tang H, Ran J, Guo D. Mucoepidermoid carcinoma of the breast, 3 cases report and literature review. Medicine. 2023;102(18):e33707.

3- Hernández JR, Torres SA, Hernández EM. Carcinoma Epidermoide Cutáneo, enfermedad de alta relevancia mundial. Rev Méd Sinerg[Internet]. 2021[citado 25/3/26];6(11):[aprox. 2p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8867943.pdf.

4- Flores A, Pérez BM, Ordoñez B, Soberanes CJ. Carcinoma epidermoide metastásico. Dermatol Rev Mex[Internet]. 2024[citado 25/3/26];68(3):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/descarga/16849/?tmstv=1783532602.

5- Naik PP, Desai MB. Basal Cell Carcinoma: A Narrative Review on Contemporary Diagnosis and Management. Oncol Ther. 2022;10(1):317-35.

6- Venetis K, Sajjadi E, Ivanova M, Andaloro S, Pessina S, Zanetti C, et al. The molecular landscape of breast mucoepidermoid carcinoma. Cancer Med. 2023;12(9):10725-37.

7- Hoellwerth M, Brandlmaier M, Koelblinger P. Therapeutic Approaches for Advanced Basal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review. Cancers (Basel). 2025;17(1):68.

8- Xie M, Chen CC, Su XY, Xu ZX. Breast mucoepidermoid carcinoma: A case report. Oncol Lett. 2025;30(5):529.

9- Gross ND, Mille J, Saba NF, Migden MR, Rischin D, Schmults CDG, et al. Neoadjuvant cemiplimab for resectable cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. New England Journal Medicine. 2023;388(24):2245-54.

10- Bak S, Choi HY, Lee JH, Na JB, Choi DS, Cho JM, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the breast: A case report and literature review focused on radiological findings. Medicine. 2022;101(26):e29745.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS