



P-361 - CARCINOMA ESCAMOSO ANAL GIGANTE. TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO, ANTES Y DESPUÉS

Batista Castillo, Rodolfo Manuel; Baena Pérez, Verònica; Carbojo Ferré, Eva María; García Rodríguez, María Placeres; Pera Ferreruela, Meritxell; Sevila Micó, Silvia; Abaca, Dario Adrián; Montserrat Martí, Angelina

Fundació Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona.

Resumen

Introducción: El carcinoma de células escamosas es el subtipo histológico maligno más común que afecta al canal anal (2,7% de los tumores gastrointestinales). Su incidencia (1-2 casos por cada 100.000 habitantes anualmente) está aumentando a nivel mundial debido a la infección por el virus del papiloma humano (90%), principalmente el genotipo 16; factores de riesgo adicionales incluyen la infección por virus de inmunodeficiencia humana, relaciones sexuales anales receptoras, tabaquismo, inmunosupresión. Por lo general se presenta como enfermedad confinada al sitio primario (47%) o ganglios linfáticos (33%), sin metástasis a distancia. Aunque en algunos casos se recomienda la cirugía (tumores en etapas tempranas, lesiones invasivas superficiales) o la radioterapia (RT) sola (pacientes frágiles, > 80 años), la gran mayoría se tratan con una combinación de quimioterapia (QT) y RT (respuesta completa en el 85%). Sin embargo, alrededor de un tercio de los pacientes experimentan recidiva, con una tasa de supervivencia libre de enfermedad a 5 años inferior al 70% según los ensayos de fase III.

Caso clínico: Mujer de 48 años de edad, fumadora (20 cigarrillos/día), acude a Urgencias por tumoración anal de larga evolución que atribuía a patología hemoroidal, empeoramiento de proctalgia y sangrado anal. A la exploración física se aprecia lesión anal/perianal sugestiva de condilomatosis degenerada (confirmado por biopsia: carcinoma escamoso asociado al virus del papiloma humano). Tomografía axial computarizada toracoabdominal: lesión en mitad izquierda del canal anal, con captación periférica del material de contraste y un centro más hipodenso, de aproximadamente 7,5 × 3 cm (anteroposterior y transversal), que se extiende por el pliegue interglúteo, afectando principalmente la nalga izquierda. Colonoscopia: enorme lesión neoformativa anal; a 5 centímetros del margen anal se aprecian algunas lesiones ulcerosas inespecíficas. Exploración ginecológica: tumoración condilomatosa indurada, ulcerada, maloliente a nivel anal que no alcanza horquilla vulvar; tercio inferior de vagina con induración al tacto, cérvix macroscópicamente sano; mucosa vaginal normal. Resonancia magnética nuclear recto bajo/canal anal: extensa lesión neoformativa en canal anal de > 5 centímetros de diámetro, varias adenopatías inguinales bilaterales, no superiores a 10 mm. Estadiaje: cT3N0M0 (estadio IIB). Por clínica de dolor y para posibilitar QT/RT con intención radical se realiza colostomía de descarga en fosa ilíaca izquierda. Esquema QT: mitomicina C 10 mg/m² (máximo 15 mg) intravenoso días 1.^º y 29.^º + capecitabina 825 mg/m²/PO/12 horas los días de RT; capecitabina 1150 mg (500 × 2 + 150 × 1) PO/12 horas (después del desayuno y de la cena) los días de RT (33 sesiones, 62,10 Gy). Remisión clínica completa a un año de seguimiento.

Discusión: El manejo del carcinoma escamoso anal ha evolucionado en las últimas décadas. Desde la prevención con la vacuna contra el virus del papiloma humano hasta la quimiorradioterapia radical como un

enfoque preservador de órganos (estadios I-III). Además, con los avances recientes en la terapia sistémica, incluyendo el uso de inmunoterapia para manejar el cáncer anal avanzado y la realización de metastasectomía en casos seleccionados, el panorama del tratamiento para pacientes con enfermedad avanzada está cambiando.