



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-382 - LINFADENECTOMÍA INGUINAL POR AFECTACIÓN LOCORREGIONAL DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE ANAL. INDICACIONES Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Gegúndez Simón, Alberto¹; Álvarez Gallego, Mario²; Ramos Martín, Pedro Benjamín¹; Moreno Serrano, Almudena¹; García Fernández, Andrés¹; Vega Novillo, Viviana Alejandra¹; Yunta Abarca, Pedro¹; Palomo Sánchez, Juan Carlos¹

¹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las neoplasias anales constituyen menos del 3% de los tumores digestivos. Un 15-20% de las neoplasias anales se presentan con afectación ganglionar al diagnóstico, siendo los ganglios inguinales superficiales la principal vía de diseminación linfática.

Caso clínico: Varón de 63 años que acude a consulta derivado de su médico de atención primaria por lesión perianal dolorosa de 3x4 cm en cuadrante anterior izquierdo, adyacente al margen anal, y con biopsia positiva para carcinoma epidermoide bien diferenciado. En la RM presenta una adenopatía inguinal izquierda patológica, y el TC descarta afectación a distancia (T2N1aM0). Tras valoración multidisciplinar, se inicia tratamiento con quimioterapia con mitomicina-C y 5-FU, y radioterapia sobre la región anal e inguinal izquierda, con respuesta completa inicial. En la revisión de las 8 semanas, presenta una lesión ulcerada. Se realiza nueva biopsia quirúrgica que es informada de un carcinoma epidermoide dediferenciado con invasión perineural. No hay cambios radiológicos tras el fin del tratamiento. En sesión multidisciplinar se decide amputación abdomino-perineal laparoscópica y linfadenectomía inguinal izquierda. Cursa con infección posoperatoria de herida perineal, manejada con terapia de presión negativa. Análisis patológico: ypT2N1aM0R0, con afectación de uno de 13 ganglios inguinales izquierdos.



Discusión: El tipo histológico más frecuente de neoplasia anal es el carcinoma epidermoide (80-85%). Hasta el 94% de las neoplasias anales se relacionan con serotipos oncogénicos de VPH, inmunosupresión y/o reinfección anal sostenida por VPH. En el caso de nuestro paciente, la citología para VPH es negativa, VIH - y sin alteraciones inmunológicas conocidas. El tratamiento quimiorradioterápico es curativo en el 80-90% de los pacientes. Las guías NCCN recomiendan realizar una primera reevaluación a las 8-12 semanas de la finalización del tratamiento para descartar progresión de la enfermedad. En caso de sospecha, recomiendan confirmación histológica, y, si se confirma, cirugía de rescate, mediante amputación abdomino-perineal, con márgenes quirúrgicos mayores a 1 mm; y en caso de afectación ganglionar positiva, linfadenectomía inguinal. En el caso de nuestro paciente, presenta una respuesta inicial, con desaparición de la tumoración en las primeras semanas, pero posterior aparición de la lesión con desdiferenciación histológica. La linfadenectomía inguinal se inicia con una incisión paralela al ligamento inguinal, de unos 8 cm. El área de disección queda limitada por el triángulo de Scarpa, siendo el límite superior el ligamento inguinal; el músculo aductor largo, el medial; y el músculo sartorio, el lateral. Tras exponer dichos límites, se disecan los bordes internos de las aponeurosis del aductor largo y del sartorio, y se inicia la linfadenectomía, comenzando de superior (ligamento inguinal) a inferior, y de medial a lateral. Hay que intentar preservar el cayado de la vena safena en su desembocadura en la vena femoral, ya

que aumenta el riesgo de linfedema posoperatorio. Se recomienda una transposición del músculo sartorio al ligamento inguinal para proteger los vasos femorales de complicaciones del sitio quirúrgico (infección y traumatismo).