



VC-088 - AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL ROBÓTICA CON RECONSTRUCCIÓN PERINEAL CON COLGAJO GLÚTEO POR CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CANAL ANAL

Callau Pontaque, Javier; Melero Montes, Daniel; Polaino Moreno, Verónica; García Domínguez, José; Fidalgo Martínez, Celia; Fernández Rodríguez, Manuel; Grillo Marín, Cristian; Sánchez Movilla, Arsenio

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El carcinoma epidermoide (CE) anal es una neoplasia infrecuente derivada de las células escamosas del canal anal. Su incidencia está en aumento condicionada fundamentalmente por la infección del virus del papiloma humano (VPH). El diagnóstico precoz, así como un adecuado tratamiento basado en la terapia Nigro, combinación de radioterapia y quimioterapia, han mejorado significativamente su pronóstico. En casos de recaída que requieran cirugía radical se debería plantear la reconstrucción perineal mediante colgajos para cubrir el defecto devolviendo la calidad de vida a los pacientes y favoreciendo su pronta recuperación.

Caso clínico: Varón de 64 años con diagnóstico de recidiva de CE anal moderadamente diferenciado (T3N1cM0) tratado previamente con terapia Nigro. Se realiza una amputación abdominoperineal (AAP) robótica con un tiempo perineal complejo condicionado por la radiación previa que conllevó una resección amplia de tejido, así como una uretroplastia por apertura uretral en el contexto de la resección. Con objetivo de cubrir el defecto perineal se elige la reconstrucción mediante colgajo miocutáneo de glúteo mayor en isla con cierre V en Y. Durante el posoperatorio el paciente sufrió una dehiscencia cutánea anterior del colgajo condicionada por el fracaso de la uretroplastia primaria por lo que se decide reintervenir interponiendo un nuevo colgajo, ahora de músculo *gracilis*, como técnica reconstructiva. A los pocos días el paciente pudo irse de alta y la anatomía patológica confirmó la negatividad de los márgenes quirúrgicos.

Discusión: El cáncer de canal anal supone entre el 2 y 3% de las neoplasias digestivas. El tratamiento estándar descrito por Nigro para los estadios localmente avanzados consistiría en asociar radioterapia con 5-Fuorouracilo y mitomicina C. Hasta un 30% pueden presentar recidiva o persistencia de enfermedad, requiriendo una AAP como técnica de rescate. En estos pacientes, la supervivencia global a los 5 años ronda el 41%, cuando la pieza quirúrgica es R0. Márgenes positivos, un estadio tumoral avanzado o las metástasis a distancia serían factores de mal pronóstico. La tasa de infección y dehiscencia tras cierre primario después de una AAP oscila entre el 25 y el 60%, aumentando tras radioterapia previa y encontramos hasta un 3,5% de riesgo de eventración perineal. Por ello, muchas veces es necesaria la reconstrucción de la región perineal mediante colgajos. El colgajo miocutáneo de músculo recto abdominal es una de las opciones más utilizadas, sin embargo, por su menor morbilidad y recuperación más rápida, el colgajo

fasciocutáneo en V-Y de glúteo mayor supone una alternativa especialmente útil, sobre todo en pacientes radiados.