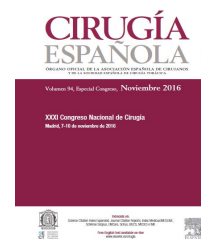




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-361 - METÁSTASIS ÚNICA A NIVEL INGUINAL DE ADENOCARCINOMA DE RECTO. PRESENTACIÓN A LOS 8 MESES DE LA CIRUGÍA

de la Vega Olías, María del Coral; Moreno Arciniegas, Alejandra; Camacho Ramírez, Alonso; Díaz Godoy, Antonio; Díez Núñez, Ana; Mendoza Esparrell, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Vega Ruíz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: En la patocronia del adenocarcinoma de recto la metástasis adenopática aislada a nivel inguinal superficial es una presentación poco frecuente. A continuación presentamos un caso de paciente intervenido de adenocarcinoma de recto con ésta rara entidad.

Caso clínico: Varón de 55 años, fumador y antecedente de bronquitis crónica. Clínica de 6 meses de evolución de proctalga progresiva, heces acintadas y tenesmo. A la exploración abdomen sin hallazgos. Al tacto rectal se palpa lesión amplia en pared posterior del canal anal que afecta esfínter anal interno (EAI). Pruebas complementarias: Colonoscopia: tumoración en canal anal que ocupa 2/3 de la luz, situado bajo la línea pectínea, compromete el EAI y se extiende proximalmente 4 cm; anatomía patológica (AP) informa como adenocarcinoma infiltrante enteroide. TAC y resonancia magnética confirman lesión en margen posterolateral izquierdo del canal anal estadio T2N1Mx. El paciente realiza terapia neoadyuvante (RT + QT) con respuesta parcial estadiándose posneoadyuvancia como T2N0Mx. Realizamos intervención quirúrgica programada: Amputación abdominoperineal vía laparoscópica sin incidencias y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda con malla de polipropileno periostomal en espacio retromuscular prefascial. Es dado de alta hospitalaria al 6º día, tras evolución clínica favorable y en seguimiento en consultas de cirugía general y oncología. La anatomía patológica de pieza quirúrgica confirma presencia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (patrón enteroide), que respeta bordes de resección, exéresis de mesorrecto completa en donde se visualizan 7 ganglios negativos para metástasis, estadio definitivo T2N0 (0 de 7 ganglios) M0, con respuesta parcial a neoadyuvancia. Transcurrido un mes de la intervención inicia tratamiento adyuvante con XELOX 5 ciclos. Ausencia de recidiva tumoral en TAC a los 6 meses de la cirugía. A los 8 meses de la intervención quirúrgica presenta adenopatía inguinal derecha, dura y adherida a plano profundo, se realiza TAC abdomino-pélvico que objetiva lesión presacra compatible con cambios postquirúrgicos y adenopatía inguinal derecha sospechosa de malignidad. Marcadores tumorales negativos. Se solicita PAAF de la adenopatía bajo control ecográfico con AP: Positivo para malignidad, metástasis adenocarcinoma compatible con origen intestinal. Tras este resultado realizamos biopsia con aguja gruesa de lesión presacra que informa AP como negativa para recidiva tumoral. Tras descartar otras metástasis a distancia y realizar revisión bibliográfica decidimos cirugía de rescate. Realizamos linfadenectomía de región inguinal superior, medial y lateral derecha; teniendo como hallazgos intraoperatorios adenopatía metastásica única de gran tamaño (3 × 4 cm). El paciente es dado de alta al siguiente día de la

intervención tras buena evolución.

Discusión: La metástasis adenopática inguinal aislada de adenocarcinoma es una entidad poco frecuente. La invasión de la línea pectínea por el tumor, como en el caso que presentamos, es un factor de riesgo para presentar metástasis a este nivel. Se consideran lesiones síncronas cuando debutan en los 6 primeros meses tras la cirugía. Consideramos, por tanto, nuestro caso como una metástasis metacrónica y única. Está descrito en la bibliografía que en los pacientes en los que se descarte la presencia de otras metástasis a distancia la linfadenectomía inguinal está indicada para el control de la enfermedad y aumentar la supervivencia.