



P-466 - SARCOMA DEL CANAL INGUINAL. INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gemio del Rey, Ignacio Antonio; de la Plaza Llamas, Roberto; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; García Gil, José Manuel; Picardo Gomendio, María Dolores; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Remarcar la importancia de la identificación de un sarcoma inguinal en el diagnóstico diferencial de hernias inguinales, así como su tratamiento quirúrgico adecuado.

Caso clínico: Varón de 78 años diagnosticado hace 1 año de hernia inguinal izquierda asintomática. Por ausencia de clínica y decisión del paciente, no se indicó cirugía. Comenzó posteriormente con dolor y aumento de volumen, presentando induración inguinopúbica. Se realizó TAC y RM, describiendo lesión de $7 \times 6 \times 10$ cm procedente del canal inguinal izquierdo, con afectación de la pared abdominal en la región suprapúbica y preperitoneal. Presentaba adenopatías inguinales izquierdas e iliacas externas. En PET presentaba un SUV_{máx} lesional de 21,9 y adenopático de 21,15. Se realizó BAG: liposarcoma inguinal desdiferenciado MDM2 positivo. Se indicó cirugía, realizando incisión desde triángulo de Scarpa hasta la espina iliaca. Se identificó la tumoración con infiltración del cordón espermático, la grasa preperitoneal y el músculo recto izquierdo. Se realizó extirpación en bloque incluyendo cordón espermático con teste izquierdo y ganglio de Cloquet con linfadenectomía inguinal izquierda. Se realizó pediculización del sartorio izquierdo para cubrir el paquete vascular femoral. Se colocó malla de polipropileno de baja densidad de 15×15 cm a nivel preperitoneal, fijada a Cooper, sartorio y psoas. Por decesión del paciente no se realizó linfadenectomía iliaca. El equipo de Cirugía Plástica realizó un flap VRAM (*Vertical Rectus Abdominis Musculocutaneus*), que se pediculiza con la arteria epigástrica inferior, para cubrir el defecto. AP: Liposarcoma indiferenciado grado histológico 2 de $7 \times 6 \times 10$ cm que infiltra dermis, tejido celular subcutáneo, músculo y cordón espermático pT2pN1 (12/15 ganglios infiltrados incluyendo Cloquet). EL paciente presentó pequeña necrosis del injerto que fue desbridada por Cirugía Plástica (Clavien IIIb CCI 44,4). Tres años después se encuentra en paliativos por progresión local. Los sarcomas suponen menos del 1% de los tumores malignos del adulto, siendo de ellos un 2% de localización genitourinaria. En 2001 Brooks *et al.* publicaron un estudio que incluyó 88 pacientes con sarcoma inguinal. El 52% presentaban una masa inguinal asintomática con crecimiento progresivo, de los cuales el 14% fueron diagnosticados durante una hernioplastia. La tumoración más frecuente es el liposarcoma (24,27%) y suele manifestarse como una masa asintomática que mide más de 4 cm. Ante la sospecha, debe completarse el estudio con ecografía, RMN y biopsia que incluya amplificación de MDM2. La obtención de márgenes de resección negativos es el principal factor pronóstico. Por ello, cuando es un hallazgo insospechado, tiene unas elevadas tasas de persistencia (67%) o recidiva. En casi el 60% de los casos se describe en la

literatura la necesidad de reconstrucción del área, siendo la aplicación del músculo sartorio y mallas de polipropileno la técnica más utilizada. La tasa de complicación del injerto oscila entre el 27-32%.



Discusión: Los sarcomas inguinales son tumoraciones difíciles de diagnosticar. Deben sospecharse ante masas inguinales no reductibles e indoloras que midan al menos 4 cm. Ante el hallazgo incidental en una hernioplastia, se recomienda biopsia incisional/escisional si el tamaño lo permite y realización diferida de la exéresis por un equipo con experiencia.