



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-079 - REVISIÓN DE CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE CANAL Y MARGEN ANAL

Alberca Páramo, Ana; Estaire Gómez, Mercedes; Villarejo Campos, Pedro Juan; Menchén Trujillo, Bruno Juan; Martínez de Paz, Fernando; Sanz Trenado, José Luis; Montero Pavón, Pedro; Martín Fernández, Jesús

Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: El carcinoma epidermoide es el tumor más frecuente de los tumores anales, puede presentarse tanto en canal (85%) como en margen anal (15%). El 95% se asocia a infección de ciertos serotipos del virus del papiloma humano (VPH) y al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es más frecuente en varones homosexuales y en inmunodeprimidos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre nuestra base de datos desde enero de 2006 hasta enero de 2018, encontrando 12 casos: 7 varones (58%) y 5 mujeres (42%), con una edad media de 58,5 años (42-81). Un paciente era VIH+, y otro presentaba VPH18+. Objetivamos 5 pacientes (41,67%) con carcinoma epidermoide en margen anal (CEMA) y 7 (58,33%) en canal anal (CECA). De los 5 pacientes con CEMA, en un caso se administró tratamiento QT inicial con 2 sesiones de 5-FU, y recidivó tras 5 años, realizándose amputación abdominoperineal (AAP) posterior, otro paciente rechazó el tratamiento oncológico y quirúrgico y 3 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico inicial (exéresis de la lesión inicial, con ampliación posterior de márgenes, sin administrar tratamiento oncológico adyuvante). De los 7 pacientes con CECA, en 3 se realizó tratamiento quirúrgico (AAP, exploración bajo anestesia general y toma de biopsia en dos casos), 3 fueron tratados mediante QT+RT, y uno rechazó tratamiento. 8 pacientes fueron tratados mediante QT asociada a RT (2 CEMA y 6 CECA), 3 pacientes desestimaron tratamiento en nuestro hospital (2 CEMA y 1 CECA) y un paciente fue intervenido quirúrgicamente como tratamiento definitivo, sin requerir posterior tratamiento adyuvante (CEMA). De los 9 pacientes en seguimiento (3 CEMA y 6CECA, los cuales habían sido tratados por oncología o no requirieron tratamiento adyuvante tras la cirugía), objetivamos recidiva a distancia en 6 (1 CEMA y 5 CECA) pacientes con posterior exitus, 2 pérdidas de seguimiento (1 CECA y 1 CEMA) y un paciente vivo (CEMA) solo tratado quirúrgicamente.

Conclusiones: Un 20% de los carcinoma epidermoides anales invasivos (CEsA) son asintomáticos pudiéndose confundir con patología hemorroidal lo que condiciona la demora de su tratamiento definitivo. El serotipo16 del virus del papiloma humano (VPH) se asocia con CEsA invasivo. Distinguir entre margen anal y canal anal es esencial pues presentan un comportamiento biológico distinto y por ello su tratamiento deberá ser adaptado. El canal anal se extiende desde el límite superior del músculo puborrectal hasta el borde anal coincidiendo con el surco interesfintérico. La región radial de 5 cm que se extiende a partir de ese punto es el margen anal. La diseminación y extensión local se produce hacia tejidos adyacentes y órganos pélvicos. Por ello, es fundamental el

estudio con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis, y resonancia magnética (RM). La estadificación depende del tamaño y la extensión. Los factores de buen pronóstico son: situación margen anal, tumores menores a 2 cm y bien diferenciados. Para estos tumores, la escisión local se asocia a supervivencia de 60-90%. Para tumores mayores de 4 cm, avanzados y mal diferenciados el tratamiento es multidisciplinar. Los carcinomas epidermoides de canal y margen anal son infrecuentes, con difícil diagnóstico diferencial y por ello diagnóstico tardío. En estadios iniciales de margen anal la cirugía es de elección.