



P-612 - METÁSTASIS INGUINALES DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

E. Martín Orta¹, J.A. López Ruíz¹, J. Cintas Catena¹, L. Sánchez Moreno¹, M.L. Reyes Díaz¹, J. López Pérez¹, F. Oliva Mompeán¹ y J. Padillo Ruíz²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: En la mayoría de los pacientes diagnosticados de carcinoma espinocelular, la afectación queda limitada a la piel, consiguiéndose buenos resultados con el tratamiento local: exéresis de la lesión, su destrucción o irradiación de la lesión primaria. Sin embargo, hasta en un 5% de los pacientes se detectan metástasis locorregionales o a distancia, lo cual supone un aumento del riesgo de mortalidad y la necesidad de un tratamiento alternativo.

Caso clínico: Presentamos un caso de un paciente varón de 65 años con antecedente de amputación transtibial de miembro inferior izquierdo el año anterior por diagnóstico de carcinoma espinocelular que se origina en talón del pie izquierdo. Acude a urgencias por nódulos dolorosos a nivel de región inguinal izquierda, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración de objetivan formaciones nodulares de consistencia pétreo a nivel de región inguinal izquierda y raíz de muslo, algunas sobreabscesificadas. Ante la sospecha de que se trate de adenopatías metastásicas en relación a su antecedente de carcinoma espinocelular de talón, se ingresa al paciente al objeto de completar el estudio de su patología. Se realizan TAC de tórax y abdomen y gammagrafía ósea, en los que no se evidencian imágenes de afectación metastásica, así como RNM de pelvis y muslos con contraste. En la RNM se identifican, a nivel de la región inguinal izquierda, anterior a los vasos femorales externos, dos lesiones en íntima relación (de unos 6,7 cm × 5,7 cm y 4,7 cm × 6,4 cm) y de bordes mal definidos. Presentan zonas de necrosis central y bordes gruesos con intenso realce de sus paredes tras la administración de gadolinio. Resultan hallazgos compatibles con metástasis de su carcinoma espinocelular. Ante estos hallazgos se decide someter al paciente a intervención quirúrgica, realizándose linfoexéresis inguinal izquierda, objetivándose masa elíptica que infiltra fascia del músculo sartorio, paquete vascular superficial y safena mayor, procediéndose a su exéresis en bloque. La anatomía patológica confirma la recidiva de su patología.

Discusión: Una amplia variedad de factores histopatológicos y clínicos se han propuesto como indicadores de aumento del riesgo de metástasis del carcinoma espinocelular, como el tamaño mayor de 2 cm, profundidad de la invasión que supere los 6 mm, invasión perineural o la inmunosupresión. Sin embargo, no existe un consenso acerca de que características definen un carcinoma epidermoide de alto riesgo. Los ganglios linfáticos son la localización más frecuente de las metástasis de este tumor, por lo que independientemente de que los pacientes con este diagnóstico presenten o no factores de riesgo, se recomienda la palpación sistemática en busca de afectación adenopática regional en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento.