

Cáncer de ano incipientes e inaparentes

Dres.: Pablo Matteucci, Horacio Pittamiglio, Julio López-Susviela
y Alberto Viola.

Los cánceres de ano incipientes tienen poco desarrollo, no infiltrando el esfínter. Los inaparentes son aquellos que se originan en procesos benignos previos, o que se confunden con éstos.

Los autores presentan tres observaciones, que evolucionaron bien con resecciones locales completadas con radioterapia en dos casos.

INTRODUCCION

Los cánceres de ano son aquellos que se originan en el canal anal, o circunferencialmente en el límite de la piel que lo rodea, estando de acuerdo la mayoría de los patólogos (15, 26) en establecer este límite en los 2 primeros cm. por fuera de la línea cutá-neomucosa.

Tienen características propias, que permiten que sean claramente separados de los cánceres de recto. En efecto, histológicamente son diferentes a éstos, tratándose de carcinomas malpighianos en su casi totalidad, con diferente modo de progresión y propagación. De igual modo, el planteo terapéutico es disímil, y por el hecho de su localización, pueden ser detectados en forma muy temprana algunas veces, pudiéndose por lo tanto encontrar formas incipientes. Sin embargo, otras veces los tumores se pueden confundir con procesos benignos locales, retardándose de este modo el diagnóstico. Finalmente pueden tener su origen en procesos benignos previos, siendo éstas las formas inaparentes, por lo menos en las primeras etapas evolutivas de los mismos.

Nos ha tocado enfrentarnos con tres casos de tumores incipientes y/o inaparentes de ano, lo que ha motivado el estudio del tema, del que no hemos encontrado ninguna referencia en la literatura médica nacional.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de mayo de 1981.

Profesor Agregado de Cirugía. Asistente de Cirugía. Anatómopatólogo del M.S.P. y Profesor Adjunto de Oncología.

Domicilio: Rambla Rep. de Chile 4511. Montevideo (Dr. P. Matteucci).

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" Prof. L. Praderi.

PATOLOGIA

1) *Frecuencia de los cánceres de ano.* Veremos la siguiente tabla, mostrando su frecuencia respecto los cánceres de recto y colon.

Binkley (1950)	3,6 %	respecto cánceres de recto.
O'Brien (1950)	3,3 %	" " " "
Aguiar (1961)	4-15	" " " "
Stearn (1970)	3,9 %	" " " "
Kapur (1977)	12,9 %	" " " "
Al-Jurf (1979)	5 %	" " " "
Richards (1962)	1,6 %	respecto cánceres de colon.
Hindz (1979)	1,3 %	" " " "

Aguiar (1) reúne cifras propias y de otros autores; Kapur (13) explica su alta incidencia por las costumbres vegetarianas de la población hindú, dándole también importancia al hábito de defecar en cuclillas en el campo pudiéndose así producirse heridas e infecciones crónicas.

2) *Sexo y edad.* De acuerdo a los autores (3, 23, 24) es más frecuente en la mujer, en una proporción de 2: 1. Sin embargo Kapur ve 3 cánceres en hombres por cada uno de mujeres.

La edad que se presentan es según Stearn (24) promedialmente 56 años, en un total de 234 cánceres de ano.

Según Brinkley (3) predominarían en gente de color.

3) *Tipos histológicos.* El 98% de los cánceres de ano son carcinomas malpighianos, la gran mayoría de ellos epidermoides con diferentes grados de diferenciación. Se discute la existencia de formas basocelulares y existen aspectos histológicos poco frecuentes: los mucoepidermoides y escamosos y papilares (1).

Dentro de los malpighianos Wittoesch (27) ha separado la forma de los basaloides, tumores que tendrían mayor poder invasor y metastasiante.

El 2% restante lo constituyen cánceres poco frecuentes: adenocarcinomas (discutidos), carcinomas de células cuboideas de la zona cloacogénica, melomas sarcomas, hematomas y otros (1, 15).

4) *Extensión tumoral.* El cáncer de ano incipiente tiene un crecimiento local, infiltrando en forma circunferencial el canal anal. En profundidad llega a infiltrar el esfínter, parámetro muy importante, ya que en este momento constituye una forma más avanzada de tumor, que obliga a cambiar directivas terapéuticas. Su crecimiento es menor hacia el recto o la piel vecina.

La extensión ganglionar se hace fundamentalmente en los ganglios inguinales, pudiendo éstos estar colonizados aún en etapas precoces. No se ven metástasis a distancia en las formas incipientes. De acuerdo a la extensión tumoral, los cánceres de ano se clasifican en diferentes grados, de gran utilidad para el planteo terapéutico.

Tabla I

Extensión de los cánceres de ano (Paradis, 1975).

Grado 0	- Carcinoma "in situ".
Grado I	- Esfínter no involucrado.
Grado II	- Se infiltra el esfínter.
Grado III	- Metástasis ganglionares
IIIa.	- Ganglios perirectales solamente.
IIIb.	- Ganglios inguinales.
Grado IV	- Metastasis distantes, infiltración pelviana.

Tabla II.

Extensión de los cánceres de ano
(Clasificación U.I.C.C.)

T 0	Cáncer in situ.
T 1	- Toma menos del 1/3 de circunferencia del canal anal. No infiltra esfínter.
T 2	- Más de 1/3 de circunferencia del canal anal. Infiltra esfínter.
T 3	- Se extiende al recto y piel vecina sin infiltrar otras estructuras.
T 4	- Tumor que se extiende en la pelvis. Metástasis.
N 0	- No ganglios, ni clínica ni linfográficamente.
N 1	- Ganglios regionales positivos en linfografía.
N 2	- Ganglios regionales positivos clínicamente.

5) *Estados precancerosos.* Desde mucho tiempo atrás se pensó que diversos estados patológicos pudiesen constituir estados precancerosos.

Stearns (23) refiere que la leucoplasia, los condilomas, papilomas y el linfogranuloma venéreo pueden constituir estados previos al cáncer de ano.

Aguar (1) cree que la naturaleza de las lesiones preneoplásicas es muy variada, y señala que prácticamente no exista ninguna lesión anal sobre la que en alguna oportunidad no se haya visto aparecer un cáncer.

Es interesante considerar si las enfermedades crónicas anorrectales pueden ser consideradas estados precancerosos.

Buie (6) en 1933 refiere que en 51 casos de cáncer de ano, el 66% tenían como antecedente una enfermedad anorrectal benigna (hemorroides, fisura o fístula).

Buckwalter (5) en 1957, en un detallado estudio estadístico, llega a la conclusión que el 60% de los

cánceres de ano tienen como antecedente enfermedades benignas del ano. Muchas veces esta enfermedad precede en muchos años a la aparición del cáncer, y por lo general ha sido descuidada o incorrectamente tratada.

Autores más modernos (2, 11, 21) no descartan la importancia de estos antecedentes en la aparición del cáncer anal. Se mencionan además el prurito crónico, la anitis (24) amenudo coexistiendo con los procesos anteriormente citados.

Estadísticamente la patología anal benigna previa tendría importancia significativa, frente al número de cánceres anales en pacientes sin este antecedentes (5). Sin embargo no se manejan actualmente los porcentajes citados por Buie y Buckwalter.

6) *Implantación cancerosa en patología anal.* Los cánceres de ano deben ser distinguidos de aquellos secundarios a carcinomas colónicos o rectales, implantados en procesos benignos, generalmente en fisuras o hemorroides (8, 18). En estos casos se trata de adenocarcinomas, y obligan a estudiar y reconocer el tumor original.

ESTUDIO CLINICO

Los neoplasmas de ano incipientes, no tienen síntomas propios. El dolor, sangrado, masa tumoral, ulceración, corresponden a etapas más avanzadas.

Estos pacientes solamente presentan síntomas del estado inflamatorio previo, o de las lesiones benignas anorrectales, si es que las hay.

Esto explica porque con mucha frecuencia los autores (9, 23) hablan de error diagnóstico, o retardo diagnóstico, especialmente en las formas inaparentes (o enmascaradas). En efecto, estos pacientes ya cancerosos, amenudo son demorados con tratamientos locales inefectivos, perdiéndose la oportunidad del diagnóstico precoz.

Creemos que esta frase de Stearns lo resume todo: "El diagnóstico precoz solamente se basa en la alta suspicacia del médico tratante, apoyada en una adecuada biopsia, la que amenudo requiere anestesia general".

TRATAMIENTO

Hasta la década del 50 inclusive, cada vez que se diagnosticaba un neoplasma de ano, se hacía por lo general una amputación abdominoperineal, sin establecerse si se trataba de una forma local o extendida.

Posteriormente con la aparición del concepto de cáncer incipiente y la correcta estadificación evolutiva, comenzó la cirugía de escisión local, contraponiéndose a las operaciones mutilantes. La infiltración del esfínter fué por lo general el parámetro usado para determinar una u otra terapéutica.

La resección local debe realizarse siempre en forma amplia, pudiendo resecarse un sector de esfínter, de no más de 1/4 de circunferencia, según Al-Jurf (2). Si el esfínter estuviese más comprometido, sólo puede pensarse en una cirugía local de carácter paliativo, siendo preferible hacer una operación de tipo Miles.

La escisión local no requiere colostomía, siendo siempre suficiente una adecuada preparación previa del paciente.

Los buenos resultados de varios autores (9, 14) hacen convincente el tratamiento local únicamente, en los casos poco avanzados de la enfermedad.

El tratamiento únicamente por radioterapia convencional y/o radium local fue presentado en 1950 por O'Brien (16) con un resultado similar a la cirugía, según el autor. Posteriormente otros trabajos han insistido en la terapia radiante única, aunque casi todas las publicaciones son de más de 20 años atrás.

Nuevas formas de tratamiento radiante fueron apareciendo, complementándose en algunos casos con la quimioterapia. Bruckner (4) en 1978 expone una serie de buenos resultados asociando la quimioterapia (5-fluoruracilo y mitomicina C) a la radioterapia, beneficiando de este modo a neoplasmas poco evolucionados.

Por lo tanto en el momento actual, debe aceptarse que el tratamiento del cáncer de ano poco evolucionado debe ser una terapia multidisciplinaria, que permita siempre la conservación de la función. (7, 19)

¿Qué hacer ante un caso de recidiva local?

Algunos autores han hecho una nueva resección local y radioterapia (2). También se ha hecho fulguración local (12). Sin embargo lo más aconsejable sería realizar en este momento una amputación abdominoperineal, si no hubiese contraindicaciones.

CASUISTICA.

Observación número 1. Hombre de 62 años, que en enero de 1967 consultó por una recidiva de fístula perineal, habiendo sido operado previamente dos veces en otro Hospital por ese motivo.

El examen clínico mostró un orificio fistuloso en la comisura posterior, a 2 cm. de la margen anal. Pudo ser cateterizado unos 4 cm. sin llegarse a la luz rectal.

La rectosigmoidoscopia no mostró otras lesiones; el enema baritado fue normal.

Se operó el 9 de febrero de 1967 (Sanatorio CASMU No. 2), extirpándose totalmente el trayecto fistuloso. El estudio histológico (Dra. Piovano de Lista) mostró en el trayecto fistuloso, próximo al orificio externo, un nódulo de 1 cm. de diámetro, con la piel más espesada, que correspondía a un carcinoma epidermoide, basocelular, sólido, infiltrante, que se extirpó con margen de tejidos sanos, tanto en superficie como profundidad.

El paciente tuvo un postoperatorio normal, y se decidió no hacer otro tratamiento complementario. Controlando hasta 9 años después, el enfermo se encontraba libre de síntomas.

Observación número 2. Mujer de 70 años. Antecedentes de diverticulosis colónica y sangrado en 1973, oportunidad en que fue estudiada y también se le encontraron hemorroides. Hallándose circunstancialmente en los EE.UU., consultó en noviembre de 1977 por una tumoración dura, de 2 cm. de diámetro, en triángulo de Scarpa izq. Se le hizo una punción biopsica, que mostró metástasis ganglionar de un carcinoma. Se le practicó entonces una cistoscopia y un legrado evacuador biopsico, que fueron normales, así como los estudios radiológicos sin encontrar lesiones. Se le planteó una laparatomía exploradora, pero la paciente optó por volver al Uruguay y consultar.

El examen físico, sólo mostraba la tumoración inguinal descripta. El examen rectal evidenciaba hemorroides,

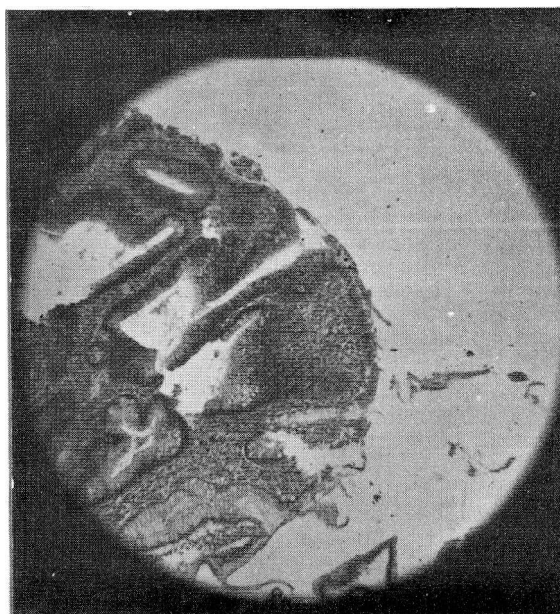


Fig. No. 1 - Aspecto microscópico de la observación número 2. Se ve un sector de cancerización superficial en la pieza de excéresis.

presentando un paquete una induración mayor, impresionando clínicamente como una trombosis evolucionada.

Se operó el 16 de diciembre de 1977 (Sanatorio Fraternidad) extirpándose ampliamente el ganglio inguinal, y reseccándose el paquete hemorroidal indurado.

El informe histológico fue: ganglio inguinal con colonización de un carcinoma epidermoide, bien diferenciado, necrótico y hemorrágico.

La otra pieza correspondía a un paquete hemorroidal con trombosis evolucionada, presentando en su superficie un carcinoma a células escamosas bien diferenciado, con cebolletas, ulcerado y hemorrágico.

En el post operatorio se le hizo radioterapia (Co 60) 6.000 r. en regiones inguinales y (Rö) 180 Kw 6.000 r. en ano.

Mantuvo una incontinencia anal leve durante 2 meses, que luego desapareció. Último control clínico, en diciembre de 1981, no mostraba elementos de recidiva anal ni ganglionar.

Observación número 3. Hombre de 68 años, sin más antecedentes que amigdalectomizado en su juventud. Tomaba sicofármacos. Consultó en setiembre de 1977 por dolor anal y prurito. Discreto sangrado al defecar.

El examen anal mostró periné sin particularidades. Pequeña fisura lateral izquierda, y hemorroides internas de 1er. grado. Esfínter hipertónico, mucosa roja y edematosa. En la ampolla rectal se encontró mucus abundante. Se le diagnosticó rectitis y fisura, mejorando con tratamiento médico.

Nueva consulta por los mismos síntomas en marzo de 1978. El examen mostró en ese momento en canal anal lesión ulcerada lateral, izquierda y posterior, de 3 x 4 mm de diámetro. Impresionaba más gruesa e indurada que una fisura común. Se biopsó, demostrando que era un carcinoma epidermoide.

Se decidió hacer tratamiento combinado: se hizo excisión amplia local el 7 de abril de 1977 (Sanatorio Fra-

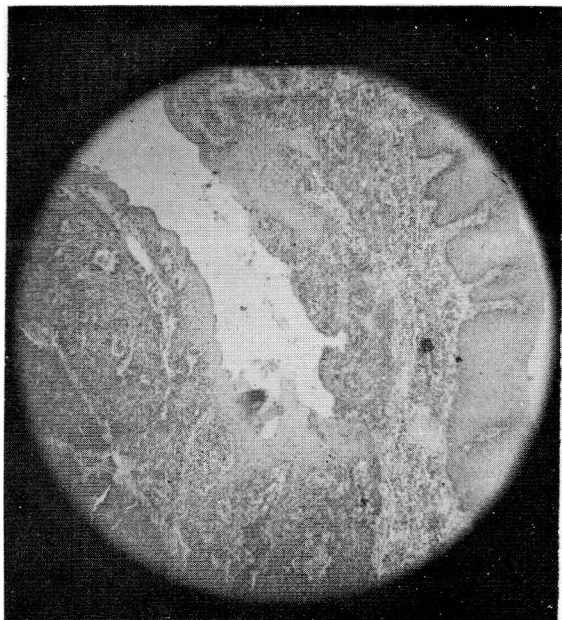


Fig. No. 2 - Estudio histológico correspondiente a la observación número 3.

ternidad) y posteriormente se radió (Co 60) con 5.400 toda la pelvis y 3.900 r. en campo anal directo.

El estudio histológico mostró un carcinoma epidermoide, a células pequeñas, indiferenciado en algunos sectores, infiltrando hasta el corion. Focos de infiltrados linfomonocitarios en la vecindad.

Controles clínicos hasta julio de 1981, normales.

COMENTARIO

En los 3 casos presentados, el cáncer de ano tenía poco desarrollo local, sin invasión del esfínter. Eran por lo tanto formas incipientes. Del mismo modo, los tumores estaban enmascarados, aparentando tratarse como lesiones benignas (formas inaparentes).

En el primer caso, no se vió nada sospechoso de malignidad al hacerse el examen anal. Se trataba de un enfermo con larga historia fistulosa, sin otras enfermedades o tumores colónicos previos, condiciones exigidas por Rosser (22) ya en 1931 para hablar de cáncer de un trayecto fistuloso. La reacción inflamatoria crónica podría provocar una transformación epiteliomatosa. Otros autores, que se han ocupado más recientemente del tema, han aportado algunos casos y sustentado en principio, las mismas ideas (11, 14, 21).

La aparición de una cancerización superficial en un paquete hemorroidal, es aún una más rara complicación (9), siendo discutible la conducta seguida en este caso, en el cual no se hizo un vaciamiento inguinal sino una simple resección amplia ganglionar, sumada a una excisión anal local. La falta de experiencia y de referencias bibliográficas, obligó a proceder de ese modo en ese momento.

En la tercera observación, el aspecto de la lesión podía hacer confundir con una fisura, aunque era de

un tipo algo particular. No estaba en la comisura posterior, hecho de por sí sospechoso, según Kobalcik (14).

Estas tres observaciones permiten deducir que toda lesión anal de apariencia benigna debe ser extirpada si no es dominada rápidamente con un tratamiento adecuado. Es imprescindible realizar siempre el estudio histológico integral de la pieza de excéresis, ya que se podría encontrar cáncer en un porcentaje de hasta el 2% de los casos, según Godsdý (10).

SUMMARY

Incipient and Unsuspected Anus Carcinoma.

Incipient carcinoma of the anus does not infiltrate the sphincter while the unsuspected one have their origin in previous benign diseases, and are masquerading with them. 3 cases are reported. One was treated with local excision and in the other two radiotherapy was added.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUIAR, A.: Caracteres anatómicos del cáncer del recto y ano en relación con el tratamiento. En: Chifflet, A. Tratamiento de los cánceres del recto. Impresora Rosgal, Montevideo, 1961.
2. AL-JURF, A.; TURNBULL, R. and FAZIO, V.: Local treatment of squamous cell carcinoma of the anus. *Surg. Gynec. Obst.* 148: 576, 1979.
3. BINKLEY, G.: Epidermoid carcinoma of the anus and rectum. *Am. J. Surg.* 79: 90, 1950.
4. BRUCKNER, H.; SPIGELMAN, M.; MANDEL, E. et al.: Carcinoma of the anus treated with a combination of Radiotherapy and Chemotherapy. *Cancer Treat. Rep.* 63: 395, 1979.
5. BUCKWALTER, J. and JURAYJ, M.: Relationship of chronic anorectal disease to Carcinoma. *Arch. Surg.* 75: 352, 1957.
6. BUIE, L. and BRUST, J.: Malignant anal lesions of Epithelial origin. *Lancet.* 53: 565, 1933.
7. BUROKER, T.; NIGRO, N.; BRADLEY, G. et al.: Combined therapy for cancer of the anal canal. *Dis. Col. Rect.* 20: 677, 1977.
8. CHIFFLET, A.: Tratamiento de los cánceres del recto. Imp. Rosgal, Montevideo, 1961.
9. EBY, L. and SULLIVAN, E.: Current Concepts of Local Excision of the Epidermoid Carcinoma of the Anus. *Dis. Col. Rect.* 12: 332, 1969.
10. GRODSKY, L.: Unsuspected anal cancer discovered after minorectal surgery. *Calif. Med.* 106: 44, 1967.
11. HEIDENREICH, A.; COLLARINI, H.; PALADINI, A. et al.: Cáncer in anal fistula. Report of two cases. *Dis. Col. Rect.* 9: 371, 1966.
12. HINDZ, B.; CHARIULU, K. and SUDARSANAN, A.: Anal carcinoma. Basic concept and management. *J. Surg. Oncol.* 10: 141, 1978.
13. KAPUR, B.; DHAWAN, M. and SINGHAL, K.: Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Dis. Col. Rect.* 20: 252, 1977.
14. KOVALCICH, P. and PERISTON, R.: Anorectal cancer masquerading as benign perianal disease. *Milit. Med.* 142: 710, 1977.
15. MORSON, B. and DAWSON, I.: Gastrointestinal Pathology. Blackwell, Oxford, 1972.
16. O'BRIEN, J.; LOMBARD, S. and OPPENHEIM, A.: Carcinoma of the anus. *Am. J. Surg.* 81: 832, 1950.
17. PARADIS, P.; DOUGLAS, H. and HOLOYKE, E.: The clinical implications of a staging systems for carcinoma of the anus. *Surg. Gynec. Obst.* 141: 411, 1975.
18. PARNES, I.: An interesting case of cancer of the sigmoid with concomitant cancer in anal fistula. *M. Sinai J. Med.* 43: 476, 1976.

19. QUAN, J.; MAGILL, G.; LEAMING, R. et al. Multi-disciplinary preoperative approach to the management of Epidermoid Carcinoma of the Anus. *Dis. Col. Rect.* 21: 89, 1978.
20. RICHARDS, J.; BEHARS, O. and WOOLNER, L.: Squamous cell carcinoma of the anus, anal canal and rectum in 109 patients. *Surg. Gynec. Obst.* 114: 475, 1962.
21. RITTER, L. and MAGYAR. Plattenepithel-Karzinom in einer Analfistel. *Hunt-Fortschr Med.* 95: 1365, 1977.
22. ROSSEN, C.: The etiology of anal cancer. *Am. J. Surg.* 11: 228, 1931.
23. STEARNS, M.: Epidermoid carcinoma of the anal region. *Am. J. Surg.* 90: 727, 1955.
24. STEARNS, M.: Epidermoid carcinoma of the anal region. *Surg. Gynec. Obst.* 106: 92, 1958.
25. STEARNS, M.; QUAN, S.: Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Surg. Gynec. Obst.* 130: 953, 1970.
26. SUMIKOSHI, Y.; OKADA, M.; SUMIE, M. et al.: A classification and feature of anal cancer. *Stomach and Intestine*, Vol. 12. Colo-Protology Center, Central Hospital. Tokio, 1977.
27. WITTOESCH, J.; WOOLNER, L. and JACKMAN, J.: Basal cell apithelioma and basaloid lesions of the anus. *Surg. Gynec. Obst.* 104: 75, 1957.