

Cáncer de ano

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: ANUS NEOPLASMS| STATISTICS

RESUMEN:

Se analizan 90 casos de cáncer de ano, en un período comprendido entre 1960 y 1982. Se estudia su incidencia por edad y sexo, la sintomatología inicial y la forma de presentación. Se destaca la necesidad de realización y los resultados de la biopsia del tumor y de las adenopatías.

Se estadifica según los criterios de la U.I.C.C. y de la Roswell Park Memorial Foundation, exponiéndose las conclusiones.

SUMMARY:

ANAL CANCER. STATISTICAL ANALYSIS. CLINICAL FORMS. DIAGNOSIS AND STAGING. 90 CASES.

Ninety cases of anal cancer seen between 1960 and 1982 are reviewed. Age and sex incidence, initial symptomatology and clinical forms are studied.

Results and necessity of tumor and node biopsy is pointed out. Staging according U.I.C.C. and Roswell Park Memorial Foundation criteria are applied. Conclusions are taken.

RESUME:

CANCER DE L'ANUS: ANALYSE STATISTIQUE, FORMES CLINIQUES, DIAGNOSTIC ET STADE DESTUMEURS, 90 CAS.

On analyse 90 cas de cancer de l'anus dans le période comprise entre 1960 et 1982.

On étudie son incidence par age et par sexe, la symptomatologie et les formes cliniques.

On signale la nécessité de la biopsie du tumeur et des adénopathies. Le stade des tumeurs est fait selon les critères de l'U.I.C.C. et de la Roswell Park Memorial Foundation. Les conclusions sont exposés.

INTRODUCCION

Comparado con el cáncer de colon, la incidencia del cáncer anal oscila entre el 1 y el 3%. (2.8). Si tomamos en cuenta los cánceres de recto, las cifras varían entre el 3 y el 13% (3.4.5. 7.9.). Aguiar, en nuestro medio, consigna valores del 4 al 15% (1).

Debido a su relativamente pequeño número de casos, pocos cirujanos, en nuestro país, pueden afirmar tener profusa experiencia en este tipo de tumores.

ANALISIS ESTADISTICO. FORMAS DE PRESENTACION, DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION. 90 CASOS.

Dres. Horacio Pittamiglio y Pablo Matteucci.

— Clínica Quirúrgica "F" (Director Prof. Luis A Praderi). H de Clínicas Fac. de Medicina, Mon-

Según Morson (7), es difícil consignar con precisión su morbimortalidad, pues muchos de los cánceres de margen anal se tabulan con otras neoplasias de piel y muchos cánceres de canal anal se archivan como cánceres de recto.

Se consignan variantes geográficas en cuanto a su incidencia y localización. El número de casos es menor en el Hemisferio Norte, donde predomina la localización en el canal anal y en el sexo femenino. En el Sur la incidencia es más alta, predomina en el sexo masculino y en la margen anal (Brasil, India) (7), invocándose para explicarlo las deficitarias condiciones de higiene de esas regiones, los hábitos de vida y el régimen alimenticio.

Aunque no es posible atribuirle con certeza la misma etiología, nuestras cifras son coincidentes con nuestra situación geográfica.

La bibliografía consultada señala que es discutible la importancia de las llamadas lesiones precancerosas (Leucoplasia, displasias, condilomatosis anal, linfogranuloma venéreo, patología anal benigna) como factor etiológico del cáncer anal, pero coinciden en el hecho de que pueden enmascarar o dar apariencia de benignidad a una lesión desde el principio maligna.

Asimismo, se está de acuerdo en sostener que el diagnóstico precoz de las lesiones pequeñas e inaparentes es un elemento de primerísimo orden para realizar una terapéutica con posibilidades de curación con un mínimo de secuelas (3.8.11).

También existe consenso general en que, bajo variadas denominaciones (carcinoma de células escamosas, basaloide, cloacogénico, transicional, mucoepidermoide, etc.) la gran mayoría deben ser considerados carcinomas epidermoides y que su estadificación y tratamiento deben ser realizados en base a consideraciones anatómicas y clínicas y no sobre un tipo histológico determinado.

Es esta una región anatómica fuertemente influenciada por factores educacionales y pudorosos, lo que lleva al enfermo a ignorar su patología y a consultar cuando los síntomas son evidentes e intolerables. Esto hace que lleguen a nuestras manos un alto número de casos muy evolucionados, con escasas posibilidades de terapéutica curativa y conservadora, a lo que se suma, en algunos casos, la iatrogenia provocada por el médico que, por negligencia, complacencia o desconocimiento omite el examen o lo realiza en forma insuficiente, indicando tratamientos tópicos que no mejoran la lesión, dejándola evolucionar y perdiendo un tiempo precioso.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 julio, 1982. Asistente Interino de Clínica Quirúrgica "F", Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica "F".

Dirección: José Ellauri 809 Apto. 501. Dr. H. Pittamiglio

El diagnóstico es fundamentalmente clínico-semiológico y solo requiere, en la mayoría de los casos, una buena visualización de la zona y un tacto rectal, omitiéndose los métodos sofisticados o de gran complejidad.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado los casos registrados en el Hospital de Clínicas entre los años 1960 y 1982 y algunos cirujanos nos han aportado sus casos documentados. Se han reunido así 90 casos, cifra importante para nuestro medio. De su estudio retrospectivo (con las limitaciones que ello implica) hemos reunido los datos que a continuación se exponen.

SEXO

La afección se manifestó en 55 hombres (61%) y 35 mujeres (39%) con una predominancia del sexo masculino en proporción de 1,5 a 1. No existieron diferencias significativas entre los enfermos procedentes del interior (46%) y los de Montevideo (54%).

EDAD

El paciente mas joven era de 25 años y el de mas edad de 85 años. En nuestra serie la mayor incidencia se presentó entre los 51 y los 70 años (54 casos, 60%). Es esta una afección de la edad adulta avanzada, pudiendo verse a cualquier edad y aumentando de la edad media de la vida en adelante.

INTERVALO INICIO-CONSULTA

Por los motivos anteriormente mencionados la consulta no es precoz. La mas temprana se hizo a los 15 días de comienzo y la mas tardía a los 17 años (con una aceleración del proceso de 1 año y medio). La mayoría de las consultas se realizaron entre los 2 y los 18 meses del inicio (69 casos —76%) con un máximo entre los 2 y los 6 meses (37 casos —41%). Esto significa que la mayoría de los pacientes portaban un cáncer de mediano o importante grado de evolución.

MOTIVO DE CONSULTA

El tumor fue el motivo más frecuente (42 casos —46%) seguido del dolor (23 casos —26%), la proctorragia (13 casos —15%), el síndrome rectal bajo (8 casos —9%) y la secreción anal (3 casos —4%). Se confirma así que el paciente ignora su sintomatología y consulta cuando ésta es muy evidente (tumor palpable por el propio paciente) o causa molestias.

Hemos descartado los tumores anales aparecidos como manifestación primaria o de una recidiva del neoplasma derecho (10,12,13).

ASOCIACION DE LOS SINTOMAS INICIALES

En cierto número de casos (20-23%) los síntomas se presentaron asociados. Agrupándose en:

a) el dolor fue el síntoma asociado mas frecuente (16 casos —71%) traduciendo la toma del revestimiento cutáneo o de las terminaciones nerviosas profundas, siendo la mayoría de los casos el tumor originario de canal anal.

b) la proctorragia se observó en segundo término (14 casos —65%) en la casi totalidad de los casos en tumores del canal anal. De leve a mediana intensidad, raramente severa (en 2 casos requirió reposición), recidivante, aparece en general en el momento de la defecación.

c) la secreción (9 casos —38%), más frecuentemente serosa o seropurulenta, en un significativo porcentaje de los casos que la presentaban era de gran fetidez, traduciendo la necrosis tumoral.

Se ve en igual proporción en los de canal anal que en los de margen anal.

La secuencia sintomatológica mas frecuente es: 1º. Tumor, 2º. Dolor, 3º. Secreción, 4º. Proctorragia.

Un sucedáneo del dolor es el prurito, presente en un interesante porcentaje de casos, cuya etiología es la irritación del epitelio pavimentoso cutáneo-mucoso.

SINDROME RECTAL BAJO

Presente en 11 casos (12%), del total, de leve intensidad en 4 y de mediana intensidad en 7, se observó en pacientes con sintomatología de mas de 6 meses de evolución, siendo traducción de neoplasmas de avanzado grado de evolución.

ESTREÑIMIENTO

Síntoma muy frecuente (48 casos —53%), del total; crónico en 10 pacientes (20%), leve en 7 (15%), mediano en 8 (17%), severo en 10 (20%).

Las materias acintadas, traductoras de la estenosis local se vió en 13 casos (27%).

TRASTORNOS URINARIOS

Se observó en 23 casos (25%), todos de edad avanzada. En la mitad de los casos son atribuibles a la exteriorización del tumor. De ellos, en 7 casos (30%) se vió hematuria sola. En 5 casos (22%) hematuria y disuria y en 11 casos (48%) se vió hematuria, disuria y polaquiuria.

INCONTINENCIA

En nuestra serie se apreció en 14 pacientes (16%). Dentro de ellos, fecal en 12 casos (86%). Urinaria en 2 casos (14%). En todos los casos imputable al tumor o a sus complicaciones (flemón perineal).

PATOLOGIA ANAL BENIGNA PREVIA

Observable en 19 casos (21%). Se subdividieron, hemorroides en 5 casos (24%), fisuras en 3 casos (16%) y fistulosis y panfistulosis en 11 (60%).

En 5 pacientes se realizaron intervenciones quirúrgicas, revelando la anatomía patológica en 3 de ellas la presencia de un cáncer inaparente. En los otros dos no se realizó estudio histológico y el seguimiento demostró que se trataba de un neoplasma.

En un trabajo previo, los autores (6), señalaban la importancia del estudio anatomopatológico de las lesiones anales benignas en el despistaje del cáncer anal incipiente.

En nuestra serie, casi la cuarta parte de los casos eran portadores de una patología benigna previa.

REPERCUSION GENERAL

La afección dió síntomas de repercusión general en 56 casos (60%). De ellos presentaron: astenia 15 casos (25%). Anorexia 23 casos (38%). Adelgazamiento 48 casos (80%), leve o mediano en 37 casos (62%) y severo en 11 casos (18%). Palidez cutáneo mucosa en 28 casos (50%). Fiebre 5 casos (9%).

Debe destacarse el elevado número de casos que presentaban repercusión general, dentro de ellos: la anorexia, el adelgazamiento y la anemia.

En la mayoría de los casos es atribuible a la exteriorización del tumor y en otros a la limitación voluntaria de la ingesta, en un intento de disminuir el sufrimiento.

PRESENTACION CLINICA Y DIAGNOSTICO

En nuestra serie estos tumores se presentaban como un proceso de margen anal en 56 casos (62%), de canal anal en 10 (11%) y tomando ambas estructuras en 24 casos (27%).

Su tamaño varía entre 1 y 8 cm. de diámetro, con límites difusos en 65 casos (72%), de contorno indurado en 53 casos (60%) y vegetante en 15 (16%), superficie vegetante 33 casos (37%) y ulcerada 25 casos (28%) y ulcerovegetante 20 casos (22%).

De manera que, en nuestra casuística, más de la mitad de estos procesos se presentaron como un tumor de margen anal, sólo o involucrando el canal anal, voluminosos, de contorno indurado, ulcerado o vegetante o combinado.

Con respecto a la infiltración, las paredes del canal anal o del recto bajo se encontraban afectadas en 62 casos (69%), el esfínter anal en 51 casos (57%), la fosa isquiorrectal en 25 casos (28%), la vagina en 20 casos (22%) y el periné en 20 casos (22%). No presentaban elementos de infiltración 17 casos (19%). Vemos que el 81% de estos procesos presentaban infiltración de alguna estructura anatómica, certificando el carácter infiltrativo de este tipo de tumores.

La simple inspección de la región anal aleja, desde el primer momento, en la mayoría de los casos, las dudas que puede tener el clínico sobre la naturaleza maligna de la afección en curso y lo orientan sobre los pasos a seguir para su estudio y diagnóstico correctos.

La palpación de la región y los exámenes rectal y genital, informan sobre la infiltración de las estructuras vecinas.

Dado que el mayor porcentaje de estos tumores es de estirpe epitelial y tienen gran apetencia linfófila, es fundamental la detección cuidadosa de las adenopatías palpables, en especial las inguinales.

Nuestra casuística muestra una afectación de las adenopatías inguinales en 59 casos (65%), unilaterales en 39 casos (43%) y bilaterales en 20 casos (22%). Es importante para la estadificación su movilidad y su consistencia.

De idéntica manera interesa la palpación hepática, buscando una hepatomegalia que traduzca una diseminación del proceso. En nuestra serie la encontramos presente en 19 casos (21%), regular en 8 casos (9%) y nodular en 11 (12%).

De los métodos de estudio el más importante es el examen proctológico, completo y exhaustivo, bajo anestesia si es preciso, comprendiendo la inspección y palpación del ano y de los tejidos circundantes y el tecto rectal. Debe completarse con un examen genital completo, tanto en el hombre como en la mujer, buscando la extensión tumoral y la coexistencia de otras patologías.

La endoscopia convencional con tubo rígido, informa sobre la extensión lesional intraluminal, el origen de la lesión (ano o recto) y la existencia de otras patologías (pólipos, etc.)

El colon por enema no aporta grandes datos, pero es útil para descartar lesiones asociadas (neoplasia de colon, poliposis, colopatía diverticular, Crohn, etc.)

La linfocentellografía pelviana, usada en otros lugares y realizada en nuestro medio por el Dr. Harretche, en el Centro de Medicina Nuclear, es un importante elemento para la estadificación pues informa sobre la colonización de los ganglios perirrectales, hipogástricos y periaórticos.

La centellografía hepática, a pesar de la poca difusión hemática que poseen estos tumores, halla su indicación frente a la existencia de una hepatomegalia, nodular o no, no atribuible a otra causa evidente.

La biopsia es un estudio imprescindible para certificar el diagnóstico, determinar el tipo histológico y seleccionar la terapéutica. Debe realizarse en los bordes del proceso, donde la proliferación celular es mayor, en varias zonas, aún con los riesgos de hemorragia e infección que puede aparejar. La resección biopsia de los procesos superficiales o de pequeño tamaño puede ser a veces el único gesto terapéutico y curar la afección.

Debe realizarse también; biopsia de las adenopatías presentes, buscando los elementos de diseminación del proceso.

En nuestra serie se realizó biopsia tumoral en 71 casos (80%).

CANCER DE ANO. ANALISIS ESTADISTICO

El estudio histológico mostró. Tabla N° I.

BIOPSIA TUMORAL

* EPITELIOMA ESPINO CELULAR:	52
* ADENOCARCINOMA:	7
* BASALOIDE:	3
* CLOACOGENICO:	2
* RABDOMIOSARCOMA:	1
* ACANTOSIS VERRUCOSA:	1
* FISTULA BENIGNA:	1
* SIN RESULTADO:	4

TABLA N° I

Los dos casos catalogados como afecciones benignas, demostraron en la evolución ser neoplasmas.

En el manejo de las adenopatías se fue menos diligente, pues de los 59 casos (65%) que presentaron adenopatías, solo se realizó biopsia en 26 casos (28%), seguramente porque se seleccionaron los casos a biopsiar, no realizándose en forma sistemática como es la tendencia actual. Tabla N° II.

BIOPSIA ADENOPATICA

* CARCINOMA EPIDERMOIDE:	21
* BASALOIDE:	3
* SIN RESULTADO:	2

PUNCION CITOLOGICA

* CARCINOMA EPIDERMOIDE:	3
--------------------------	---

TABLA N° II

La punción citológica se realizó en 8 casos, siendo positiva en 3.

ESTADIFICACION

Desde su asiento inicial, la lesión se extiende en profundidad, invadiendo el aparato esfinteriano y diseminándose por las vías de drenaje linfático.

Es entonces necesario adoptar un método para estadificar el crecimiento y la difusión del proceso, decidir la conducta y evaluar los resultados terapéuticos.

La clasificación de Dukes, usada para el carcinoma colorrectal no es útil en el cáncer de ano porque no toma en cuenta los diferentes niveles de afectación de los ganglios linfáticos. Es por todos conocida la diferente gravedad pronóstica de la colonización de los ganglios inguinales en relación con la de los hipogástricos y periaórticos (más grave).

Hemos estadificado nuestra serie según dos clasificaciones:

— la de la U.I.C.C. (T.N.M.) y
— la de la Roswell Park Memorial Foundation de Buffalo ideada por Paradis (9).

CLASIFICACION DE PARADIS

GRADO 0 — Carcinoma "in situ"	
GRADO 1 — Esfínter no involucrado.	
GRADO 2 — Se infiltra el esfínter.	
GRADO 3 — Metastasis ganglionares.	
... 3 A — Ganglios perirectales solamente.	
... 3 B — Ganglios inguinales.	
GRADO 4 — Ganglios periaórticos. Metastasis.	Infiltración del sacro.

TABLA III

CLASIFICACION DE LA U.I.C.C. (T.N.M.)

T 0 — Cáncer "in situ"	
T 1 — Toma menos de 1/3 de la circunferencia anal.	No infiltra el esfínter.
T 2 — Toma más de 1/3 de la circunferencia anal.	Infiltra el esfínter.
T 3 — Se extiende al recto y piel vecina sin infiltrar otras estructuras.	
T 4 — Se extiende en la pelvis. Metastasis.	
N 0 — Sin adenopatías clínicas ni linfográficas.	
N 1a — Adenopatías reginales clínicamente benignas.	
1b — Adenopatías regionales colonizadas en la linfografía.	
N 2a — Adenopatías regionales clínicamente colonizadas.	MOVILES
2b — Adenopatías positivas en la linfografía.	
N 3 — Adenopatías FIJAS.	
M 0 — Sin metastasis.	
M 1 — Metastasis.	

TABLA IV

Los resultados de nuestra serie fueron los siguientes: Tabla N° V

ESTADIFICACION

COMPARACION DE RESULTADOS DE NUESTRA SERIE (90 casos)

U.I.C.C.		PARADIS
ESTADIO 0:	3	3
ESTADIO 1:	9	6
ESTADIO 2:	31	15
ESTADIO 3:	41	54
ESTADIO 4:	6	6

TABLA V

De la comparación de ambos criterios de estadificación surge que el número de casos evolucionados es similar en ambos, pero que desde el punto de vista terapéutico la clasificación de la U.I.C.C. muestra un mayor número de casos con menor número de estructuras anatómicas comprometidas, lo que facilita la opción terapéutica y aumenta las posibilidades pronósticas.

Nuestras preferencias se inclinan por la clasificación de U.I.C.C. pues en lo referente a las adenopatías toma en cuenta los elementos clínicos de las mismas de manera más ajustada que la clasificación de Paravis.

De todas maneras el criterio de estadificación definitivo dependerá en última instancia de los datos de la biopsia, de ahí, la importancia fundamental de este procedimiento.

CONCLUSIONES

De los parámetros analizados surge que en nuestro medio el cáncer de ano predomina en el sexo masculino por encima de los 50 años, existiendo una demora en la consulta y una patología anal benigna previa (en la quinta parte de los casos), que enmascara la sintomatología por lo que los tumores llegan en su mayoría evolucionados.

En más de la mitad de los casos se observa repercusión general.

La presentación más común es bajo forma de un tumor o induración de la región anal, vegetante o ulcerado, asociado en un 20% de los casos a otros síntomas, con mayor frecuencia localizado en la margen anal en muchos casos infiltrante.

La anatomía patológica enseña la franca predominancia del epiteloma espino celular, pero se ven otros tipos de tumores.

El diagnóstico se hace por el examen clínico de la región en la casi totalidad de los casos. Debe biopsiarse sistemáticamente el tumor y las adenopatías, si existen, con fines de certificación diagnóstica y de estadificación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 AGUIAR, A. Caracteres anatómicos del cáncer de recto y ano en relación con el tratamiento. En: Chifflett, A. Tratamiento de los cánceres de recto. Montevideo, Rosgal, 1961.
- 2 AL-JURF, A., TURNBULL, R., FAZIO, V. Local treatment of squamous cell carcinoma of the anus. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 148:576, 1979.
- 3 BINKLEY, G. Epidermoid carcinoma of the anus and rectum. *Am J. Surg.* 79:90, 1950.
- 4 HINTZ, B. KOMANDURI, K.N., CHARYULU, K., SUDARSANAN, A. Anal carcinoma. Basic concept and management. *J Surg Oncol*, 10:141, 1978.
- 5 KAPUR, B., DHAWAN, M., SINGHAL, K. Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Dis Colon Rectum*, 20:252, 1977.
- 6 MATTEUCCI, P. PITTAMIGLIO, H., LOPEZ, J. Cáncer de ano incipiente e inaparente. *Cir. Uruguay* (en prensa).
- 7 MORSON, B., DAWSON, I. *Gastrointestinal pathology*. Oxford, Blackwell, 1972.
- 8 O'BRIEN, J., LOMBARDO, S., OPPENHEIM, A. Carcinoma of the anus. *Am. J Surg*, 81:832, 1950.
- 9 PARADIS, P., DOUGLAS, H., HOLOYKE, E. The clinical implications of staging systems for carcinoma of the anus. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 141:411, 1975.
- 10 PRADERI, L.A., BALBOA, O., VOELKER, R., PITTAMIGLIO, H. PIZZAROSA, C. Las recidivas del cáncer de recto operado. *Cir. Uruguay*, 49:188, 1979.
- 11 PILLERON, J.P., ROUSSEAU, J. Tumeurs malignes de l'anus. *E.M.C. 9084 D 10. 2*, 1974.
- 12 RICHARDS, J., BEHARS, O., WOOLNER, L. Squamous cell carcinoma of the anus, anal canal and rectum, in 109 patients. *Surg Gynecol. Obstet.*, 114:475, 1962.
- 13 STEARNS, M., QUAN, S. Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 130:953, 1970.