

Cáncer de ano

Nuestra experiencia

Dres. Carlos Sarroca¹, Alejandro Leites², María E. Denis³,
Antonio Farcic³, Mariela Filpi⁴, Fernando Simonet⁴

Resumen

Es necesario establecer un diagnóstico preciso, sin dilaciones en el tiempo, justificando las resecciones diagnósticas o terapéuticas o ambas.

Resulta clara la necesidad de unificar el tratamiento a través de un equipo integrado por anatomopatólogo, ecografista para estudio de la extensión locorregional, cirujano, oncólogo, clínico y radioterapeuta, así como organizando un plan de seguimiento.

Se hace necesaria la separación de las lesiones del margen anal de las del canal anal dada la diferente evolutividad, así como descartar enfermedad de transmisión sexual (sífilis, Sida, condilomas), que guardan estrecha relación con la patología en curso.

La pauta terapéutica recomendada es la combinada, según Nigro. Teniendo en cuenta las recomendaciones de Tanum es posible indicar para las lesiones menores de 2 cm e in situ, procedimientos menos agresivos con igual respuesta terapéutica.

Se destaca que debe practicarse un control riguroso de los pacientes para pesquisar en forma temprana la recurrencia o las metástasis, ya que su hallazgo no invalida la continuación del tratamiento, que ha demostrado que permite el rescate de casos que antes se consideraban perdidos. La cirugía no pierde vigencia sino que se ubica en las lesiones que no responden a la terapéutica combinada y en los casos de recidivas, donde la amputación abdomino-perineal está justificada.

Palabras clave: Neoplasma
Ano

Summary

There is a need to establish a precise diagnosis without delay, justifying diagnostical and/or therapeutical resections. It is clear that there is a need to unify

treatment by means of a team composed by pathologist, echographist for the study of regional extension, surgeon, clinical oncologist and radiotherapists well as a need to outline a follow-up plan.

The distinction between lesions of the anal margin and those of the anal canal is important because of their different evolution. It is also important to rule out diseases of sexual transmission (syphilis, AIDS, condilomas) which have direct relationship with this pathology.

A combined therapeutical plan is recommended, according to Nigro. Taking into account Tanum's recommendations it is possible to indicate less aggressive procedures for in-situ lesions smaller than 2 cms with the same therapeutical response. It is pointed out that a strict control of patients must be carried out in order to search for recurrence of metastasis early, as their finding do not invalid treatment continuation, which has proved that it makes possible the rescue of cases that were previously considered lost. Surgery does not lose validity but is used for lesions that do not respond to combined therapy and in the cases of relapses, where AAP is justified.

Introducción

Durante años se ha tratado el cáncer anal según los principios de Halsted por extensión de los procedimientos aplicados al cáncer de recto con estas directivas. Los principales problemas de la cirugía han sido los riesgos vitales quirúrgicos, la incapacidad de controlar la enfermedad local, las complicaciones funcionales frecuentes, además de la mutilación con una probabilidad de curación para este tratamiento tradicional de 50% ^(1,2).

En las últimas dos décadas la radioterapia radical demostró su efectividad para controlar la enfermedad locorregional en una frecuencia de 50–80% ^(1,2). Esta terapéutica no es inocua siendo responsable de complicaciones funcionales y vitales.

La terapéutica actual, basada en los trabajos de Nigro, publicados desde 1974 ⁽³⁾ (combinación radio-quimioterapia) con algunas variaciones en

Trabajo de la Sección Coloproctología. Depto. de Cirugía H.C.F.F.AA.

¹ Jefe Sección Coloproctología Hospital Central de las Fuerzas Armadas. ² Ex Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica. ³ Cirujanos Sección Coloproctología H.C.F.F.AA. ⁴ Residentes Clínica Quirúrgica
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 21 de octubre de 1992.

Correspondencia: Dr. Carlos Sarroca.
Pilcomayo 5393. Montevideo. CP 11400

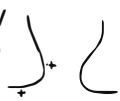
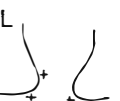
Edad:	24 a.	57 a.	66 a.
Sexo:	♂	♂	♂
Evol.:	> 2 a.	2 a.	> 2 a.
	Condilomas	Condilomas	Condilomas
	HIV (+)	VDRL (+)	
			
	Carcinoma epidermoide (intraepitelial)	Carcinoma epidermoide	Carcinoma epidermoide
	Resección	RT → AAP	RT → Recidiva Resección
	Seguimiento:		
	9 meses: vivo	4 años: vivo	2 años: muerte
	Libre enfermedad	Libre enfermedad	

Figura 1. Cáncer de la margen anal

cuanto a dosis y secuencias, indudablemente determinó un incremento en la sobrevida y curaciones con conservación de la función esfinteriana. Respuestas completas cercanas a 90% con una sobrevida proyectada de 5 años que excede 80%^(2,4).

El mayor adelanto del procedimiento combinado parece ser que usando menores dosis radiantes, se obtiene mejor control en lesiones más avanzadas⁽⁵⁾.

La mayoría de las series presentadas por diferentes autores⁽⁶⁻¹⁰⁾ son pequeñas, debido a la baja frecuencia de esta patología: 3-4% de los cánceres rectales^(4-8, 11-15); 4% en la serie estudiada por Leites⁽¹⁶⁾ en nuestro medio.

Material y método

La serie que presentamos es una recopilación de tipo descriptivo cuya finalidad es analizar los casos y basados en algunos de los puntos expuestos, evaluar los resultados obtenidos en la terapéutica.

Totalizan 9 pacientes, con edad promedio de 58 años (24/89), 5 de sexo masculino y 4 de sexo femenino; 3 del margen anal y 6 del canal anal.

El tiempo entre la aparición de síntomas y el diagnóstico en general ha sido largo, variando entre 6 meses y 5 años.

Los cánceres de la margen anal

Corresponden a 3 pacientes de sexo masculino, 2 homosexuales, uno HIV+ e inmunodeprimido y el otro VDRL+ (figura 1). Los 3 con condilomas acumulados comprometiendo en 2 el canal anal y carcinoma epidermoide.

Se destaca en ellos la larga evolución de los síntomas (entre 1 y 2 años). El tratamiento realizado en ellos fue diferente: El primero, lesión limitada, resección local, libre de enfermedad 9 meses hasta el presente. El segundo (VDRL+) con un carcinoma extenso; se realizó sólo radioterapia local (5000 rads.); por persistencia tumoral se realizó amputación abdomino perineal (AAP), llevando 4 años libre de enfermedad hasta el presente. El tercero con lesión extendida del margen anal invadiendo el periné anterior, de larga evolución (más de 2 años), se realizó múltiples biopsias insuficientes. Cuando se llegó al diagnóstico se hizo radioterapia completa, pero sin control posterior, reingresando con recidiva extensa, resecada y recidivada nuevamente a los 6 meses, falleciendo a los 12 meses por la enfermedad.

Los cánceres del canal anal

Hubo un total de 6 pacientes, 4 de sexo femenino y 2 masculino con edades entre 50 y 89 años y manifestaciones clínicas entre 3 meses y 4 años.

Se separaron en dos grupos, por tamaño tumoral:

Menores de 4 cm en su diámetro mayor (figura 2), correspondieron a 3 casos: 2 epidermoides y 1 cloacogénico. El tratamiento fue: en el primero por la edad sólo radioterapia, en el segundo resección y radioterapia y en el tercero se resolvió mediante AAP.

A pesar de que el tratamiento fue diferente el resultado fue favorable en todos.

Los mayores de 4 cm en su diámetro mayor, co-

89 a. ♀ 3 meses	50 a. ♀ ?	70 a. ♀ 3 meses
		
3 cm Cloacogénico	2 cm Epidermoide	4 cm Epidermoide
RT	Resección + RT	AAP
9 meses: vivo Libre enfermedad	6 años: vivo Libre enfermedad	14 meses: vivo Libre enfermedad

Figura 2. Canal anal

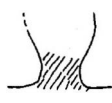
51 años ♂ 4 años	57 años ♀ 2 años	61 años ♂ 6 meses
		
10 cm Cloacogénico	10 cm Adenocarcinoma	> 10 cm Cloacogénico
Plan Nigro (completo)	5FU → RT	RT + QT (incompleto)
7 meses: vivo Libre enfermedad	2 años: muerte por cáncer	2 años: muerte por cáncer

Figura 3. Canal anal

respondieron a 3 casos: dos cloacogénicos y un adenocarcinoma (figura 3).

El primero recibió el plan de Nigro a pesar de la demora diagnóstica (4 años). El segundo consultó ya con una lesión evadida, con invasión del aparato esfinteriano, vagina, vulva y ganglios inguinales positivos, correspondiendo a un adenocarcinoma. Hecho que resultó de la revisión patológica del caso, ya que primero fue interpretado como cloacogénico. Se recurrió a 5 fluorouracilo seguido de radioterapia, no teniendo respuesta y falleciendo por la afección.

En el tercer paciente con un tumor cloacogénico evadido, se realizó radioterapia y quimioterapia incompletas, muriendo de cáncer 2 años después.

Se destaca en este grupo que la evolución fue mala en su mayoría a pesar del tratamiento, por avance de la enfermedad, falleciendo 2 pacientes del grupo (en los cuales el tratamiento instituido no fue el recomendado en el momento actual).

Discusión

Es necesario separar los cánceres de ano en dos grandes grupos: los de margen anal y los del canal anal.

Los cánceres del margen anal son originados en la piel y tienen como es sabido un comportamiento

Tabla 1. Regímenes terapéuticos según Tanum

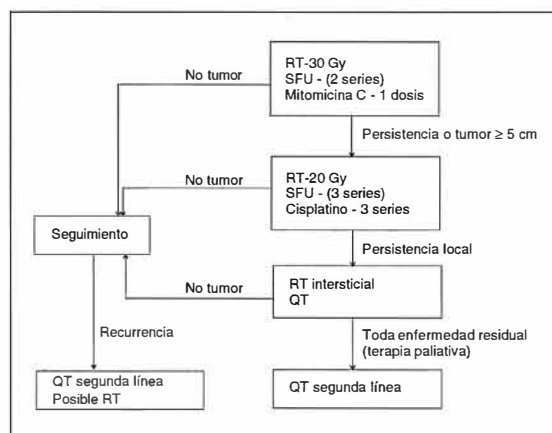
T	N	RT	QT
T ₀	N ₀	No (resección local)	No
T ₁ ≤ 1 cm	N ₀	No (resección local)	No
T ₁ > 1 cm	N ₀	Local	No
T ₂	N ₀	Local	Sí
T ₃	N ₀	Regional	Sí
T ₄	N ₀	Regional	Sí
Todos	N1–3	Regional	Sí

Tanum et al. Cancer 67, 1991.

Estadio

- 0 No gruesa lesión luego de la escisión local
- IA Tumor < 2 cm
- IB Tumor < 2 cm ganglios inguinales (+)
- IIA Tumor 2 - 5 cm
- IIB Tumor 2 - 5 cm ganglios inguinales (+)
- IIIA Tumor > 5 cm
- IIIB Tumor > 5 cm ganglios inguinales (+)
- IV Metástasis a distancia

Nigro, 1991

Figura 4. Estadificación clínica**Figura 5.** Plan Nigro

no tan agresivo. Representan 1/3 del total, siendo la mayoría de células escamosas y menos frecuentes las basocelulares.

Los cánceres del canal anal responden a diferentes entidades. La mayoría derivan de la llamada zona transicional donde las variaciones morfológicas celulares son considerables. Es así como pueden encontrarse tumores epidermoides, basaloides, transicionales o cloacogénicos e indiferenciados. Boman et al ⁽¹¹⁾ identificaron un tumor a células pequeñas de alta letalidad. Raramente se han encontrado adenocarcinomas desarrollados en el canal o alejados de la mucosa rectal vecina (originado de las glándulas anales).

Es aceptado que la biología del cáncer epidermoide y del cáncer cloacogénico son similares en cuanto a letalidad y respuesta terapéutica ^(2,4,12,13).

La diseminación local se produce generalmente en forma infiltrante, más allá del tumor primario, lo que explica que aparezca extendido en áreas vecinas ^(3,17).

La diseminación linfática se produce a los territorios inguinales, ilíacos internos o siguiendo la cade-

na mesentérica inferior, generalmente en forma independiente de su topografía en el canal anal ^(1,4).

Las metástasis por vía hemática, en orden de frecuencia son al hígado y pulmón ⁽⁴⁾.

Estos conceptos dan más fuerza a la hipótesis del tratamiento combinado, sobre todo para esterilización de las micrometástasis.

La clasificación TNM de la UICC no parece adecuarse a la evolución de estos tumores y es por ello que autores como Papillon, Nigro, Frost y Boman han propuesto clasificaciones basadas en el tamaño tumoral y compromiso ganglionar que han demostrado ser variables directamente relacionadas con la evolución ^(4,10), (figura 4).

Un estudio que se ha sumado en la actualidad, aportando datos de interés para la estadificación, es la ecografía endoanal. Esta permite establecer la penetración tumoral y además la presencia de ganglios regionales con evidencias o no de colonización.

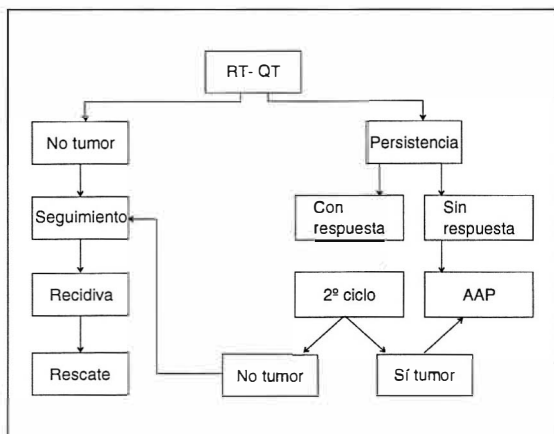


Figura 6. Plan de trabajo

Hay acuerdo en que el plan propuesto por Nigro ⁽³⁾ es efectivo (figura 5). No obstante la cirugía mantiene indicaciones ^(12,14). Con respecto a esto, en nuestra institución se ha acordado en cumplir con el primer ciclo de tratamiento, control a las 8 semanas y en caso de tumor voluminoso (mayor de 5 cm) que ha respondido parcialmente, se plantea cirugía. Mientras que en el caso con respuesta ampliamente favorable, pero con persistencia, se realiza el segundo ciclo de tratamiento combinado (figura 6).

Consideramos que para llevar a cabo esta terapéutica se debe contar con una estrecha colaboración de oncólogo clínico y radioterapeuta, así como de un plan definido de seguimiento que asegure el cumplimiento de la propuesta y evite la pérdida de pacientes.

Con respecto al tratamiento de ganglios inguinales colonizados se acepta que luego de la terapia combinada y dependiendo de su resultado, pueda recurrirse a la cirugía (vaciamiento ganglionar) con el fin de reducir masa tumoral ⁽⁹⁾.

También la cirugía conserva indicación en el tratamiento de los tumores pequeños e in situ ⁽¹⁴⁾ y la elección es la exéresis local, aunque diversos autores ^(9,10) plantean radioterapia local.

Las complicaciones relacionadas atribuibles a la terapéutica combinada son del orden de 12% ⁽¹⁰⁾.

Según Tanum ⁽¹⁰⁾ es necesario considerar diferentes regímenes teniendo en cuenta las variables dependientes de la evolución: tamaño y estadio ganglionar (tabla 1).

En nuestra serie en las lesiones del margen anal se evidenció la relación entre las enfermedades de transmisión sexual (condilomas) y el cáncer. Por ello se debe destacar, por un lado, la necesidad de descartar la concomitancia entre cáncer y condiloma, evitando así el retardo del tratamiento definitivo, que ha sido una constante en estos pacientes, y por otro la indicación de resección completa y estudio anato-

mopatológico frente a otros procedimientos con destrucción de la lesión (electrofulguración, podofilina, etc.) ya que las lesiones pequeñas (menores de 2 cm) y reseçadas completamente, no requerirán otro gesto terapéutico más; solamente el seguimiento del enfermo.

En las lesiones del canal, no se evidenció la relación con enfermedades de transmisión sexual.

El hecho más evidente es el relativo a tamaño tumoral y evolución, tomando los 4 cm como valor terapéutico y evolutivo (break point) ⁽²⁾, ya que las lesiones menores a 4 cm limitadas tratadas con resección local y radioterapia tuvieron igual evolución, que con una terapéutica agresiva (AAP).

En los pacientes con lesiones mayores de 4 cm se diferencia netamente el que recibió tratamiento combinado (Nigro) ⁽³⁾, completo, que está vivo y libre de enfermedad 9 meses después, de los que fueron tratados en otra forma e incompleta (entre ellos un adenocarcinoma). Fallecieron ambos a los dos años por la enfermedad.

En nuestra serie, la ecografía endoanal cobró importancia para establecer con exactitud tamaño tumoral y extensión regional de la enfermedad, especialmente ganglionar.

Bibliografía

- Gordon Ph H. Squamous cell carcinoma of the anal canal. *Surg Clin North Am* 1988; 68(6): 1391-9.
- Harter KW, Ahlgren JB. Cancer of the anal canal in the anal margin. In: Ahlgren JB, Mac Donald JS, *Gastrointestinal Oncology*. Philadelphia: Lippincott 1992(Chap. 32): 437-47.
- Nigro ND, Vaitkevicius VK, considine B. Combined therapy for cancer of the anal canal. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 354.
- Nigro ND, Vaitkevicius VK, Herskovic H. Preservation of function in the treatment of the cancer of anus. In: De Vitta V, Helmans S, Rosenberg S. *Important Advances in Oncology*. Philadelphia: JB Lippincott 1989(9): 161-77.
- Nigro ND. Multidisciplinary management of cancer of the anus. *World J Surg* 1987; 11: 466-51.
- Cho Ch C, Taylor Ch W et al. Squamous cell carcinoma of the anal canal: Management with combine chemo-radiation therapy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 675-8.
- Greenall MJ, Quan SHK et al. Epidermoid cancer of the anal margin. *Am UJ surg* 1985; 149: 95-101.
- Greenall MJ, Quan SR HK, Decosse JJ. Epidermoid cancer of the anus. *Br J Surg* 1985; 72(Suppl): S97-S103.
- Mitchell EP. Carinoma of the anal region. *Semin Oncol* 1988; 15(2): 146-53.
- Tanum F, Tveit K et al. Chemotherapy and radiation therapy for anal carcinoma. *Cancer* 1991; 67: 2462-6.
- Boman BM, Moertel Ch et al. Carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1984; 54: 114-25.
- Corman ML. Malignant tumors of the anal canal. In: *Colon and Rectal Surgery* 2nd ed. JB Philadelphia: Lippincott 1989: 579-96.
- Cummings BJ. Anal Cancer. In: Fielding JWL, Priestman TJ, *Gastrointestinal Oncology*. Philadelphia: Lea Febiger 1986: 225.
- Fazio VW. Anal carcinoma. In: *Current Therapy in colon and rectal surgery*. Toronto: BC Decker, 1990; 64-9.
- Stearns MW, Quan S, Hk. Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131: 953-7.
- Leites A, Pouzo J, Sarroca C. Cirugía colorrectal. 177 intervenciones por patología tumoral y complicaciones a 30 días. *Cir Uruguay* 1994; 64: 26-30.
- Wolffe HRI, Bussey HJR. Squamous cell carcinoma of the anus. *Br J Surg* 1968; 55(4): 295-301.