



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

CANCER DE ANO

Dr. Ricardo Misa Jalda
Dra. Marysol Martínez Láuiz

Introducción

El cáncer de ano es una neoplasia maligna poco común, representando sólo el 4% de los tumores del tracto digestivo inferior. Sin embargo, es imprescindible su conocimiento por dos aspectos:

Su incidencia es creciente, a expensas del aumento en el carcinoma epidermoide, de clara relación con la infección por HPV, cuyas connotaciones ya fueron señaladas en otro capítulo.

La sintomatología inicial puede ser poco específica, siendo muchas veces interpretada por el paciente como algo banal; incluso no rara vez al momento de la consulta médica, los síntomas pueden atribuirse a la muy común patología benigna anal, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento.

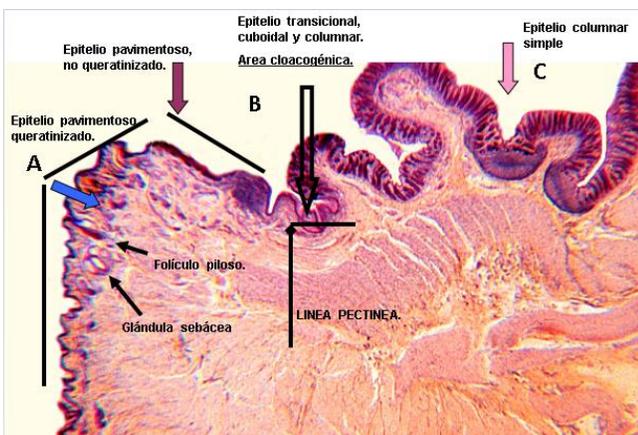


Figura 1. Histología del conducto anal.

Anatomía patológica

El ano es una zona de confluencia desde el punto de vista embriológico, con una histología

compleja que explica también la variedad de tumores con diferente histología, epidemiología y comportamiento frente al tratamiento.

Podemos dividir a los cánceres de ano en dos grandes grupos:

Cáncer del margen anal. Son los tumores distales al borde anal, (unión de la piel provista de pelos con la piel modificada del pecten) y se clasifican como cánceres de piel (Zona A en la Figura 1). Dentro de este grupo se encuentran el carcinoma pavimentoso y el basocelular. Son lesiones bien diferenciadas, de crecimiento lento, con invasión local y enfermedad sistémica tardía. Pueden ser pasibles de resección local.

Cáncer del conducto anal. Son aquellos proximales al borde anal. Comprenden más del 70% de todos los cánceres del ano. Dentro de este grupo, encontramos:

Adenocarcinomas: se originan en la zona proximal del conducto anal, (Zona C en la Figura 1), aunque teóricamente pueden tener su origen primario en glándulas anales o fístulas perianales.

Melanomas: Son excepcionales, pero se debe recordar que el ano y el ojo son las localizaciones más frecuentes del melanoma después de la piel. Como todos los cánceres de ano, es causa frecuente de error diagnóstico.

Epidermoide comprende varios subtipos: pavimentoso, (queratinizante y no queratinizante) basaloide (cloacogénico) e indiferenciado. Los carcinomas epidermoides o escamosos tienen la mayor prevalencia y (Zona B en la Figura 1) y son los responsables del aumento en la incidencia del cáncer de ano. Esta frecuencia está relacionada con la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del papiloma virus (HPV), el aumento del número de trasplantados y mayor sobrevida, otras causas de inmunodepresión y sexo anal receptivo.

La infección por HPV fundamentalmente los serotipos 16, 18 y 31 ha sido asociada consistentemente con el carcinoma epidermoide

del ano. Los pacientes VIH + asocian una mayor incidencia de cepas con poder displasante, a una menor capacidad para aclaramiento viral, lo que explica la elevada incidencia de cáncer del conducto anal en esta población.

Se invocan además como factores de riesgo, la mala higiene, irritación anal crónica, tabaquismo, inmunodepresión de cualquier índole, y antecedentes de otras *enfermedades de transmisión sexual* (ETS): seropositividad al virus del herpes simple tipo I, antecedentes de infección por *Gonococo* o *Chlamydia trachomatis*.

Manifestaciones clínicas

Su presentación clínica es independiente de la variedad histológica. Si bien se señala su mayor prevalencia entre los 50 y 60 años, en individuos con factores de riesgo puede observarse en edades más tempranas. Los síntomas iniciales son inespecíficos: nódulo o verrucosidad anal, rectorragia en relación con la defecación o espontánea que mancha la ropa, prurito anal, ano húmedo o ensuciamiento anal. El carácter banal de estos síntomas puede ser causa de consulta tardía, o como señalamos previamente, derivar en error diagnóstico si el médico no realiza un correcto examen físico.

El dolor anal puede ser intra o post defecatorio y habitualmente se asocia a la ulceración e infección del tumor (ver más abajo); también puede sugerir infiltración del aparato esfinteriano.

La incontinencia anal aparece en etapas tardías, asociada a la infiltración del esfínter con eventual ulceración o fistulización.

Es de destacar, que toda sintomatología anal requiere en forma obligatoria la realización de un correcto examen ano-rectal, con inspección estática, dinámica y tacto rectal. Existen dos grandes formas de presentación al examen clínico: la forma ulcerada y la tumoral.

La lesión ulcerada de ano es una de las formas más frecuentes de presentación. En forma

característica presenta bordes irregulares e indurados, no respeta el borde anal y puede localizarse en cualquier cuadrante del ano. Por lo tanto difiere de la fisura anal idiopática, cuya localización es comisural (hora 6 y hora 12), con bordes bien definidos y que no sobresale del margen anal (Figura 2).



Figura 2. A derecha úlcera tumoral. A izquierda fisura anal benigna.

La forma ulcerada del margen anal tiene diagnósticos diferenciales con enfermedades sistémicas, ETS o incluso secundarias a inmunodeficiencia sin evidencia de malignidad. Por lo que frente a una lesión ulcerada del conducto anal siempre debe existir la posibilidad de malignidad como un probable diagnóstico, donde la biopsia es entonces mandatoria.



Figura 3. Cáncer de ano. Forma de nodular.

La presentación tumoral o nodular suele observarse a nivel del margen anal o percibirse en el tacto rectal. Por lo común son sobrelevaciones irregulares, duras e inicialmente indoloras.

En cualquiera de los casos es importante realizar el examen de las regiones inguinales en busca de adenopatías, ya que reciben la linfa del ano y periné y pueden agrandarse como fenómeno satélite ainflamatorio-infeccioso o metastásico.

Cuando las lesiones son muy evolucionadas, habitualmente el diagnóstico es claro.



Cáncer de ano localmente avanzado.

El problema surge en las lesiones iniciales donde el error médico es frecuente, por omisión del examen físico o por interpretar el hallazgo como patología anal benigna. Toda lesión en canal anal o margen anal que no tenga características o evolución habitual, amerita consulta con el cirujano para realización de diagnóstico (por mayor experiencia, y para realización de eventual biopsia).

Conducta frente a una lesión sospechosa

Cuando se observa una lesión sospechosa de cáncer de ano el primer gesto diagnóstico debe ser la realización de una biopsia, que eventualmente puede requerir exploración bajo anestesia en sala de operaciones. La confirmación histopatológica es imprescindible para comenzar con el tratamiento que luego analizaremos.

Confirmado un cáncer de ano debe realizarse la estadificación loco regional y sistémica.

La extensión loco-regional se evalúa con *resonancia nuclear magnética* de pelvis, que permite estimar infiltración del aparato esfinteriano y objetivar la presencia de adenomegalias regionales. También es una herramienta útil para valorar la respuesta al tratamiento o la aparición de recaídas.

La *tomografía computada* tóraco-abdominal es útil para pesquisar la existencia de enfermedad sistémica.

La *colonoscopia* es necesaria para pesquisar la existencia de asociación lesional en colon y recto.

En caso de contar con adenopatías inguinales clínicamente evidentes se puede recurrir a la punción con aguja fina para estudio citológico.

TRATAMIENTO

Nos referiremos especialmente al tratamiento de la variedad más común que es el carcinoma epidermoide. El plan terapéutico con finalidad curativa se conoce como esquema de Nigro (en homenaje al médico que lo describió) y consiste en la aplicación de radio y quimioterapia (Mitomicina y Fluoruracilo). Si bien son frecuentes los efectos secundarios y la toxicidad a los quimioterápicos, suele lograr la curación de la enfermedad en aproximadamente el 80% de los casos.

La cirugía está limitada a tres situaciones:

- Realización de biopsia diagnóstica.
- Colostomía de detransitación en caso de obstrucción o incontinencia severa previo al tratamiento de quimio-radioterapia.
- Tratamiento de rescate cuando fracasa el esquema de Nigro o ante recaída de la enfermedad. La cirugía oncológica radical que se practica habitualmente es la amputación abdomino-perineal con colostomía ilíaca definitiva.

Prevención primaria

Promover la eliminación o tratamiento de los factores de riesgo, incluyendo el hábito del tabaquismo, de real importancia en el cáncer de ano. La intervención primaria más importante radica en el manejo de la infección por HPV por su relación con el carcinoma epidermoide (ver capítulo de condilomatosis anal).

Prevención secundaria

El Sistema de Salud debe promover y facilitar la consulta precoz. El médico general debe estar alerta y mantener siempre la sospecha especialmente frente a lesiones anales de manifestación o evolución inhabitual.

En pacientes de riesgo la utilización del cepillado del conducto anal en pesquisa de alteraciones citológicas (PAP anal), permite un tamizaje que facilita el tratamiento o seguimiento de los pacientes con displasia. Los resultados de la citología se definen como: normal, atípico, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL), o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL).

La anoscopía de alta resolución o magnificación es otra herramienta de tamizaje. Puede realizarse como estudio de screening inicial en pacientes de riesgo, o indicarse cuando se identifican anomalías citológicas con el PAP

anal. La combinación de magnificación y tinción vital permite identificar áreas displásicas, dirigir biopsias y eventualmente su tratamiento local.

Así como la sigla ASIL (*anal squamous intraepithelial lesion*) es utilizada para los estudios citológicos, cuando las muestras histológicas muestran displasia, esta se denomina con la sigla AIN (*anal intraepithelial neoplasia*). El grado de displasia puede ser variable y actualmente se definen dos grupos: AIN de bajo grado (corresponde en citología al LSIL) y AIN de alto grado (sugerido en la citología como HSIL). La constatación de lesiones con displasia de alto grado requiere un seguimiento y tratamiento especializado.

Referencias

- Castillo A. Gayo G. Laurini M. Cáncer de ano. Visión del cirujano. En: Atlas de Patología Anal. ISBN 978-9974-99-643-4 Capítulo 13
- Vilas A. Cáncer in situ. Cáncer invasor. El patólogo frente a los procesos neoplásicos de ano. En: Atlas de Patología Anal. ISBN 978-9974-99-643-4 Capítulo 14
- Nelson, Valerie M.; Benson, III, Al B. Epidemiology of Anal Canal Cancer. In: Anal canal cancers. Surg Oncol Clin North America 2017; 26(1):9-15 DOI: 10.1016/j.soc.2016.07.001,
- Roland D, Bibault JE, Nette J et al. Prise en charge du cancer de l'anus en 2017. Hepato-Gastro 2017; 24(1):45.

