

CANCER DEL ANO Y DEL CANAL ANAL *

Dr. P. Morgado Nieves *

Dr. Nelson Hamana **

Dr. Roberto Varnagy ***

Las lesiones malignas del ano y del canal anal se ha dicho que son más bien raras, particularmente en nuestro país donde la incidencia de cáncer del intestino grueso ha sido tenida siempre como baja (1,2,5,7,10,11,14). Sin embargo, cuando se compara la incidencia del cáncer del ano y del canal anal con el total de cánceres del recto, observamos que la relación en nuestro país es mayor a la de otras series extranjeras. Así, en la revisión de Mazziota (10) esta relación es del 11%, en tanto que para Stearns y Quan (20) es de 3.9%; para Gabriel (4) del 3.5% y del 1% en la Clínica Mayo (17) hasta 1962. En el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, en Caracas, las cifras absolutas de cáncer del ano y del canal anal son de 21 casos, admitidos entre Octubre de 1970 y el 31 de Diciembre de 1976, que hacen una relación del 65.6% cuando se las compara con 32 cánceres del recto admitidos durante el mismo período.

Es importante fijar algunos conceptos anatómicos fundamentales, que nos permitirán comprender con más facilidad la patología, la clínica, el tratamiento y el pronóstico del cáncer del ano y del canal anal.

Entendemos por canal anal —que realmente deberíamos llamar conducto anal— aquella porción del intestino grueso comprendida entre la margen del ano y el borde superior del anillo anorectal, teniendo una longitud que varía entre tres y cuatro centímetros (13). En esta porción encontramos la línea pectínea o dentada, que está formada por la confluencia de las válvulas anales, las cuáles son, a su vez, la terminación de las llamadas columnas de Morgagni. Entre las márgenes del ano y la línea pectínea queda comprendido el canal anal anatómico, cuya importancia veremos luego. En la parte proximal, o superior, el canal anal está recubierto por mucosa colónica; en su parte media, la mucosa intestinal es reemplazada abruptamente por epitelio estratificado, compuesto de células escamosas o cuboideas, pudiendo tener glándulas mucosas. Esta zona recibe el nombre de **transicional** o **cloacogénica**, porque en ella se produce, en el embrión, la unión

* Ponencia Oficial sobre "Cáncer del Intestino Grueso", XIV Congreso Venezolano de Cirugía, 13 al 19 de Marzo de 1977, Puerto Ordáz.

• Cirujano, Servicio de Cirugía IV, Hospital Miguel Pérez Carreño.

** Anatomo-Patólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Miguel Pérez Carreño.

*** Médico Residente, Servicio de Cirugía IV, Hospital Miguel Pérez Carreño.

entre la cloaca y el proctodeo, es decir, entre el endodermo y el ectodermo, y es en esta zona donde encontramos la línea pectínea que, al decir de Gray (6), es el límite exacto de esta unión y que corresponde, aproximadamente al tercio inferior del esfínter interno del ano.

Por debajo de la línea pectínea hay una zona de piel modificada, llamada **pécten**, muy poco móvil y exquisitamente inervada, y finalmente la piel típica de la porción distal del canal anal. En el pécten puede palpase el borde inferior del esfínter interno del ano y el surco interesfinteriano, que lo separa del fascículo subcutáneo del esfínter externo.

De modo, pues, que en el canal anal pueden aparecer, usualmente, adenocarcinomas en su porción superior; carcinomas cloacogénicos, llamados también transicionales o basaloides, en la línea dentada o inmediatamente por encima de ella y carcinomas epidermoides en el resto del canal anal.

La derivación linfática del canal anal varía, igualmente, con la altura que se considere. Así, en su porción proximal, los linfáticos drenan en los ganglios hemorroidales superiores que acompañan a los vasos de este mismo nombre, y en la cadena iliaca interna a través de los vasos hemorroidales medios. Por debajo de la línea dentada, los linfáticos drenan en los ganglios inguinales.

Finalmente, debemos recordar que por debajo de la línea dentada la inervación es particularmente rica para los estímulos dolorosos.

PATOLOGIA

Los neoplasmas malignos que se originan en el canal incluyen carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, melanoma, carcinoma cloacogénico, carcinoma de Bowen, enfermedad de Paget extramamaria, linfosarcoma, sarcoma neurogénico, y carcinoma basocelular. En nuestra muestra, en orden de frecuencia, los tipos encontrados fueron carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma cloacogénico.

La mayor parte de estos cánceres nace en la zona de transición, a nivel de la línea dentada o inmediatamente por encima de ella (16). De manera general, en la margen del ano aparecen los carcinomas epidermoides que se comportan en un todo igual a los cánceres de la piel de cualquier otra parte del cuerpo.

EDAD Y SEXO

Las estadísticas generalmente admiten una mayor frecuencia del cáncer del ano y del canal anal en las mujeres (3,15,16,20), con mayor incidencia entre 40 y 60 años de edad. Nuestras cifras concuerdan con esta generalidad. (Cuadro No. 3).

APARIENCIA MACROSCOPICA

El cáncer del ano y del canal anal se presenta, usualmente, bajo una forma ulcerante. Por su forma habitual de extensión, hacia arriba, desde el punto de vista clínico tiene tendencia a ser visto más que como una lesión del recto, en vez de una lesión anal. La extensión distal muy rara vez ocurre, por lo cual es excepcional, salvo en casos muy avanzados, hacer el diagnóstico de carcinoma del canal anal por la simple inspección. Cuando es obvia su presencia en la margen del ano, casi con toda seguridad se tratará entonces de un carcinoma epidermoide, el cual tendrá tendencia a ser más bien protuberante que ulcerante.

APARIENCIA MICROSCOPICA

El carcinoma epidermoide, con acúmulos de queratina y el típico arreglo de estructura celular estratificada, es el más frecuente de estos neoplasmas, siendo muy parecido al carcinoma del cuello uterino. Las células espinosas —“prickle cells”— son vistas pocas veces en el cáncer del canal anal, en contraste con el de la margen del ano donde representan el tipo usual de célula. El carcinoma puede tener una estructura similar a los carcinomas de la vejiga, recibiendo el nombre de carcinoma cloacogénico —porque nace en la región de la cloaca— aunque es llamado también transicional o basaloide, por su semejanza a los carcinomas vesicales y a los basocelulares.

FRECUENCIA

Hasta el 31 de Diciembre de 1976, en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño se habían diagnosticado, en material de quirófano o en biopsias de sala, 21 cánceres del ano y del canal anal, los cuales tenían la siguiente distribución:

Carcinoma Epidermoide	14 casos
Adenocarcinoma	4 casos
Carcinoma Cloacogénico	3 casos

MODO DE DISEMINACION

Por diseminación directa, el carcinoma del canal anal se extiende preferentemente hacia el tercio inferior del recto, a través de los espacios tisulares y las aberturas anatómicas. La propagación hacia abajo muy pocas veces se encuentra.

En un 36% de los casos de cáncer del canal anal tratados en el St. Mark's Hospital, Londres (4,16), la diseminación linfática se hizo hacia los nódulos hemorroidales superiores y los de la pared lateral de la pelvis, así como también hacia los ganglios inguinales. En la serie de Stearns (20) el 37% de sus pacientes tuvo invasión ganglionar inguinal; de ellos, 14 de 35 pacientes tenían metástasis evidentes al tiempo de la intervención y fueron tratados, además, con disección radical de la ingle, sobreviviendo solamente dos pacientes a los cinco años, pero muriendo después de cáncer. De los otros 21 pacientes cuyas metástasis se hicieron evidentes después de la intervención, uno fue tratado solamente con radiación y murió muy poco tiempo después; en 20 se hizo disección radical de las ingles y de ellos quince sobrevivieron 5 o más años; de éstos, tres murieron de carcinoma después de cinco años. En esta misma serie, 24% de los pacientes tuvo invasión ganglionar mesentérica; 15 de 45 pacientes que tuvieron linfadenectomía abdominopélvica o extramesentérica presentaron metástasis ganglionares en el obturador y en la cadena hipogástrica. De ellos, solamente cinco, o un tercio, sobrevivió más de cinco años.

En nuestra serie no se describe ningún paciente con invasión ganglionar inguinal: en doce pacientes de quince en quienes se pudo establecer el grado de diseminación linfática, los ganglios mesentéricos estaban infiltrados por el tumor y en dos de ellos la invasión llegaba a otros órganos abdominales; en tres pacientes, a quienes se practicó una resección local, no se pudo investigar si

había o no infiltración ganglionar mesentérica y tres pacientes rehusaron la intervención.

Hay, pues, evidencia, de que los ganglios inguinales se afectan tardíamente. En el cáncer de la margen del ano las metástasis hemorroidales son sumamente raras, no así las inguinales. En el cáncer del canal anal, por el contrario, las metástasis ganglionares son más frecuentes en la cadena mesentérica que en las ingles.

SIGNOS Y SINTOMAS

A pesar de que son fácilmente localizables, estos tumores llegan al cirujano generalmente con el diagnóstico equivocado. El dolor es, quizás, uno de los síntomas más importantes del carcinoma del canal anal. Se hace peor durante la defecación y puede ser confundido con una fisura anal. Lamentablemente, muchas veces la queja del paciente, que es mal o incompletamente examinado, se atribuye a "hemorroides" olvidando que solamente duelen las hemorroides complicadas. El sangramiento y el cambio de hábito intestinal, muchas veces con tenesmo rectal, son frecuentes en los tumores localizados por encima de la línea pectínea. Hay poco dolor en los carcinomas de la piel del ano, pudiendo ser confundidos con un plicoma anal, unas "hemorroides externas" e incluso con un condiloma acuminado del ano.

Un exámen proctológico que incluya inspección, tacto y endoscopia, orientará al diagnóstico que deberá ser confirmado por biopsia incisional en los casos de tumores del canal anal y de biopsia excisional, bajo anestesia regional, en los tumores de la margen del ano.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Deberá ser planteado con dermatosis severas de la piel del ano, condilomas, fisura anal, enfermedad de Crohn del ano, úlcera inespecífica, carcinoma complicando una fístula anal muy crónica, lesiones de radiación, linfogranuloma venéreo, sífilis, enfermedad de Paget extramamaria y hemorroides. La biopsia y el exámen regional minucioso son esenciales para definir el diagnóstico y precisar la localización del tumor.

TRATAMIENTO

Hay suficiente experiencia mundial para afirmar que el tratamiento del cáncer del canal anal debe ser mediante la resección abdominoperineal del recto, acompañado, en lo posible, por linfadenectomía pélvica (1,3,4,8,15,16,20). Aún cuando las estadísticas de sobrevida son relativamente pobres en todas partes, el tratamiento radical es el menos pobre de todos los tratamientos y el que ofrece razonable prospecto de curación, en el caso de que el paciente esté en suficientes buenas condiciones como para tolerar el procedimiento quirúrgico. De no ser así, deberemos apelar a una cirugía menos agresiva pero conscientes de que estamos haciendo un tratamiento paliativo.

En el caso de los carcinomas de la margen del ano, la extirpación local amplia, con resección de parte del fascículo subcutáneo del esfínter externo del ano, parece ser suficiente.

La disección inguinal profiláctica al tiempo de hacer la cirugía del tumor primario no es recomendable, por dos razones básicas: cuando hay ganglios positivos al momento del procedimiento quirúrgico inicial, la sobrevida no es, generalmente, mayor de dos años; y, por otra parte, la disección ganglionar de la ingle lleva consigo una gran morbilidad, que no justifica hacerla a título profiláctico. A nuestro modo de pensar, la disección ganglionar de la ingle debe hacerse cuando en el seguimiento del paciente operado aparecen ganglios inguinales en los cuales, mediante biopsia, se encuentra tumor.

La radioterapia ha sido frecuentemente invocada como tratamiento del cáncer del ano y del canal anal, en lugar de la cirugía, con el objeto de controlar la enfermedad y preservar el complejo esfinteriano anal. En varias series (3,15,20) ha probado ser extremadamente insatisfactoria en el logro de ambos objetivos. Su papel ha quedado reducido al de un procedimiento paliativo o para tratar de reducir el tamaño de la lesión de piel y hacerla más fácilmente extirpable.

La radiación endocavitaria por contacto con la técnica de Papillon (21) ha sido utilizada en el tratamiento del cáncer del recto, en tumores a menos de 10 centímetros de la margen del ano, sin metástasis a distancia, con diámetro menor de 3 centímetros, de bajo grado de malignidad y con canal anal largo. Los resultados de esta técnica están bajo análisis.

QUIMIOTERAPIA

El papel de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal no está definido (9,18). Parece haber un consenso general en que su uso solamente está justificado como coadyuvante de la terapia quirúrgica, en la etapa post-operatoria, y, en particular, para aliviar los dolores cuando se producen las metástasis pélvicas. Bajo este criterio, nosotros usamos de manera sistemática el 5 Fluor-uracilo, en dosis de 10 miligramos por Kilo de peso, por semana, en series que se interrumpen cada 20 semanas para efectuar exámenes hematológicos, particularmente recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina. Los resultados obtenidos, hasta ahora, no nos permiten asegurar que el 5 Fluor-uracilo sea particularmente bueno en la terapéutica post-operatoria del cáncer del ano y del canal anal.

PRONOSTICO

En 252 casos de carcinoma epidermoide del ano y del canal anal tratados en el St. Mark's Hospital entre 1928 y 1962 (4), la tasa de sobrevida de cinco años es alrededor del 40%. Otras estadísticas presentan cifras similares (3,15,20), mientras que en nuestras series la sobrevida es pobre (2,10,5,7). El pronóstico es mejor, sin embargo, en los cánceres de la margen del ano que en los del canal anal.

La evaluación en nuestros pacientes ha sido la siguiente: tres pacientes rehusaron la intervención quirúrgica; uno murió en el post-operatorio inmediato, por aspiración bronquial. De los 17 pacientes restantes, dos murieron en el transcurso del primer año del post-operatorio; uno se perdió del control quirúrgico y 14 estaban vivos al final del primer año. De éstos, ocho estaban para control del segundo año: cinco cumplieron el segundo año, una paciente murió por trombosis mesentérica, sin signos de cáncer, y dos desaparecieron del control. De los cinco disponibles para control del tercer año, uno desapareció del control, otra fue

operada por bocio, practicándosele lobectomía tiroidea izquierda, luego una nefrectomía derecha por hidronefrosis y finalmente murió por insuficiencia renal crónica —de la que era portadora antes de ser intervenida por su cáncer— sin evidencias de enfermedad neoplásica activa. Tres pacientes continúan vivos después de cumplir 4 años de operados, sin evidencia de enfermedad cancerosa. En dos de ellos se hizo resección local y en otra una resección abdominoperineal. En la actualidad controlamos 9 sobrevivientes: 6 con un año de post-operatorio y 3 con 4 años.

Desde luego que mientras más temprano se detecte y se opere, mejores serán las cifras de sobrevivencia. Pero, al parecer, no es mucho lo que hemos progresado diagnosticando cánceres del ano y del canal anal, desde 1928 hasta la fecha.

CUADRO No. 1

Cáncer del Ano y Canal Anal

Cifras Absolutas

Mazziota	11 casos	1956 - 1968
Gabriel - Morson	157 casos	1928 - 1956
Stearns - Quan	109 casos	1944 - 1963
Morgado - Hamana	21 casos	1970 - 1976

CUADRO No. 2

Patología

Carcinoma Epidermoide	14 casos
Adenocarcinoma	4 casos
Carcinoma Cloacogénico	3 casos

CUADRO No. 3

Sexo

Mujeres	15 casos
Hombres	6 casos

RESUMEN

Al presentar una serie de 21 casos de cáncer del ano y del canal anal registrados en el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, entre 1970 y 1976, revisamos el estado actual del diagnóstico, clínica y tratamiento de esta enfermedad, señalando la alta incidencia que tiene en nuestro país y particu-

larmente en nuestro Hospital. Recomendamos el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal mediante la resección abdominoperineal del recto, acompañada, cuando el caso lo permita, de linfadenectomía pélvica. En los cánceres de la margen del ano preferimos la resección local a la radioterapia, con aparentes buenos resultados. Nuestra cirugía es complementada por la administración de 5 Fluor-uracilo y no la acompañamos de vaciamiento ganglionar inguinal profiláctico, dejandola para cuando hay ganglios positivos en el curso de la evolución de los pacientes. Hacemos hincapié en que la presencia de ganglios inguinales metastásicos al momento de la intervención inicial ensombrece el pronóstico y exponemos, de forma preliminar, la experiencia de los Servicios que conforman el Departamento de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño en relación con el tratamiento del cáncer del ano y del canal anal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BRITO, V.: Cáncer del Colon. Bol. Soc. Ven. Cirugía, 13:73, 1959.
- 2 De BELLARD EP Pérez Carreño M. Cáncer de la zona anorectal. Un estudio de sus características en la patología venezolana. Bol. Soc. Ven. Cirugía, 12:1, 1956.
- 3 FAILES D., MORGAN BP: Squamous-cell carcinoma of the Anus. Dis. Colon & Rectum, 16:397, 1973.
- 4 GABRIEL W: The principles and Practice of Rectal Surgery. 5th Ed., H. K. Lewis & Co., London, 1973.
- 5 GOMEZ R: Revisión de la Patología Anorectal en el Hospital Vargas durante el período 1945-1963. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XX, 2:333, 1966.
- 6 GRAY'S ANATOMY: Edited by D. V. Davies, 34th Ed., Longmans, Green and Co., London, 1967.
- 7 HERNANDEZ C., PERALTA J., RODRIGUEZ C: Cáncer de Colon Recto y Ano en el Servicio de Cirugía No. 1, Hospital Vargas. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXVI, 2:169, 1972.
- 8 HUGHES E., CUTHBERTSON A: Anorectal Surgery, Chapman & Hall Ltd., London, 1972.
- 9 JOHNSON R: Cell Kinetics, Chemotherapy and Colonic Cancer. Dis. Colon & Rectum, 15:120, 1972.
- 10 MAZZIOTA RL., DIAZ A: Carcinoma Epidermoide del Ano. Bol. Soc. Ven. Cirugía XXVI: 735, 1972.
- 11 MORENO JJ., SANCHEZ C: Cirugía de Colon y Recto en el Hospital Universitario de Maracaibo. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXIV:567, 1970.
- 12 MORGADO NIEVES P., D'ERIZANS H. ALVAREZ E: Tratamiento del Cáncer del Colon y Recto en el Hospital del Seguro Social en Maracay. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXV:97, 1971.
- 13 MORGADO NIEVES P: Anatomía Aplicada del Conducto Anal "in vivo" en relación con los procesos supurativos no específicos del ano y su tratamiento quirúrgico. Bol. Soc. Med. Hosp. M. Pérez Carreño, II:15, 1963.
- 14 MORGADO NIEVES P., HAMANA N: Cáncer del Ano y Canal Anal. Bol. Soc. Med. Hosp. M. Pérez Carreño, III, 9:9, 1974.
- 15 O'GRADY JF., BACON H., KOODHARY A: Squamous-Cell Carcinoma of the Anus. Dis. Colon & Rectum 16:39, 1973.
- 16 PARKS AG., MORSON B: Cancer of the Anal Canal and Anal margin, en Diseases of the Colon, Rectum and Anus. W. Heinemann Medical Books, London, 1969.
- 17 RICHARDS JC., BEHARS OH., WOOLNER LB: Surg. Gyn. Obs. 114-475, 1962.
- 18 ROUSSELOT L., COLE D. et al: Adjuvant Chemotherapy with 5 Fluorouracil in Surgery for Colorectal Cancer. Dis. Colon & Rectum 15:169, 1972.
- 19 ROSADO A., GARCIA JL: Colon Quirúrgico, Hospital Quirúrgico y Maternidad de Maracaibo. VI Congreso Venezolano de Cirugía, Vol. II, 760.
- 20 Stearns MW., QUAN S: Epidermoid Carcinoma of the anorectum. Surgery Gyn & Obs. 131:953, 1970.
- 21 SISCHY B., REMINGTON J: Endocavitary contact radiation for carcinoma of the Rectum. 75th Anniversary Convention, American Society of Colon and Rectal Surgeons. Washington, 1974.