1990 - Vol. 5 Nº 3 Rev Col CIRUGIA

Carcinoma del Ano

Experiencia con 82 Pacientes

R. OLIVEROS, M.D., C. REY-LEON, M.D., SCC, H. OLARTE, M.D., J. OSPINA, M.D., SCC, J. VILLAMIZAR, M.D., M. ACOSTA, M.D., J. VALBUENA, M.D., J. ESCOBAR, M.D., A. MUÑOZ, M.D.

Palabras Claves: Región anal, Lesiones Premalignas, Carcinoma, Hemorragia, Dolor, Sensación de masa, Tamaño del tumor, Diagnóstico temprano, Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía radical.

Se presenta un grupo de 82 pacientes con neoplasias malignas de la región anal, tratados en el servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología (INC), en el período comprendido entre 1935 y 1981. Se revisa la literatura, haciendo énfasis en la anatomía de la región anal, la frecuencia de las distintas neoplasias, sintomatología, lesiones precancerosas y diferentes tipos de tratamiento. Los hallazgos fueron 69 casos con carcinoma escamocelular, 6 con carcinomas cloacogénico, 3 adenocarcinomas, 3 melanomas y un Ca basocelular. Se estableció que la sobrevida fue inversamente proporcional al tamaño y compromiso de la circunferencia anal. Se plantea un protocolo de tratamiento con quimioterapia y radioterapia combinadas para los carcinomas escamocelulares, de acuerdo con el tamaño de la lesión y el compromiso circunferencial anal, reservando la cirugía como procedimiento de rescate.

INTRODUCCION

El cáncer anal es una entidad poco frecuente (9, 14). En los países desarrollados representa cerca del 3% de los carcinomas del colon, recto y ano (6, 10). En el Instituto Nacional de Cancerología (INC) de Bogotá, en la revisión de 15 años, representó el 18% (12).

Se han diferenciado el carcinoma del margen anal y el del canal anal, siendo este último de peor pronóstico (6).

Los síntomas de estos tumores son similares a los ocasionados por entidades benignas de la región anorrectal y por esto se retarda el diagnóstico (3, 4). El tratamiento de elección para estas lesiones ha sido por mucho tiempo la resección abdominoperineal (7, 8, 10, 14, 17). Otras escuelas preconizan como tratamiento la radioterapia (9).

En los últimos 10 años ha habido cambios importantes en el tratamiento del cáncer del ano con el ánimo de preservar la función esfinteriana (1, 8). Es así como Papillon ha insistido en la utilización de la radioterapia con modernas técnicas (10).

Desde 1975 se inició el uso de la radioterapia combinada con quimioterapia y con procedimientos quirúrgicos menos radicales para preservar la función anorrectal (8).

En nuestra Institución, los pacientes con esta patología han sido tratados casi sistemáticamente con radioterapia, dejando la cirugía para tumores avanzados o persistentes. El objetivo principal de este trabajo es revisar las diferentes formas de tratamiento, sus resultados y establecer un protocolo de estudio y tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan las historias clínicas de los pacientes con cáncer del ano, atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología en el período comprendido entre 1935 y 1981.

Se analizan: antecedentes, síntomas, tiempo de evolución, tamaño y localización de la lesión, tipo histológico, formas de tratamiento y lesiones asociadas. Cumplieron los requisitos de este estudio 82 pacientes.

Sexo y edad

Se encontraron 56 pacientes del sexo femenino (68%) y 26 del masculino (32%), con edades que oscilaron entre 25 y 85 años con un promedio de 60.2 años.

Síntomas

Los síntomas predominantes fueron hemorragia, dolor y sensación de masa (Fig.1).

Doctores: Ricardo Oliveros W., Ciruj. Gral., Carlos Rey-León, Ciruj. Proctólogo. Jefe de la Consulta de Gastroenterología, Hernán Olarte, Jairo Ospina, John Villamizar, Cirujanos Grales., Martha Acosta, Patóloga del Serv. de Patología, José Valbuena, Jorge Escobar y Andrés Muñoz, Cirujanos Grales., Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Inst. Nal. de Cancerología (INC), Bogotá. Colombia.

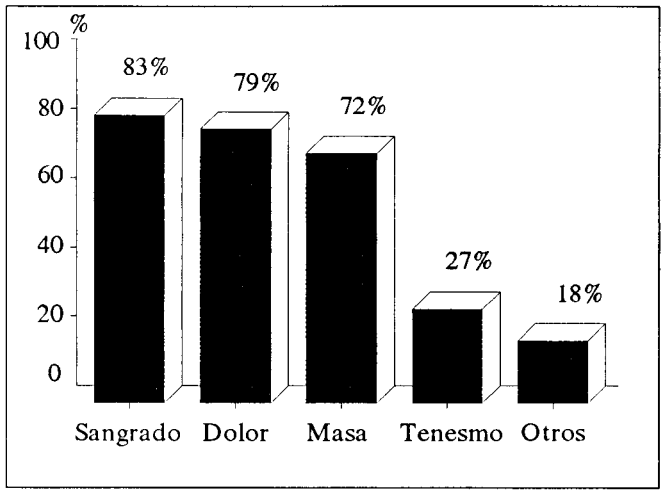

Fig. 1. *Síntomas predominantes.*

Lesiones asociadas

Hemorroides: Se documentaron antecedentes de enfermedad hemorroidal en 11 pacientes, 4 de ellos tratados quirúrgicamente; en 1 de éstos se diagnosticó carcinoma escamocelular.

Fístulas y condilomas: En 3 pacientes con fístulas anales crónicas, y en 2 con condilomas acuminados del ano, se diagnosticó carcinoma escamocelular.

Patología

No fue posible establecer, en la mayoría de los casos, si el sitio exacto de origen de las lesiones era el canal anal o el margen anal, por el estado avanzado de las mismas. Se encontraron 69 carcinomas escamocelulares, 6 carcinomas cloacogénicos, 3 adenocarcinomas, 3 melanomas y un caso de Ca basocelular (Fig.2).

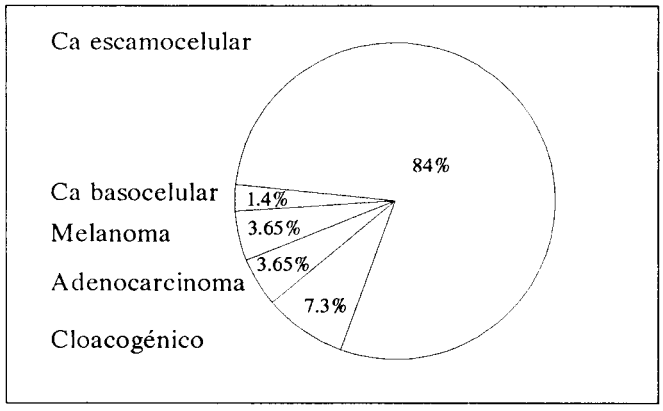

Fig. 2. *Tipos histopatológicos de los carcinomas del ano.*

Pronóstico según el tamaño de la lesión

El 47% de los tumores medían más de 6 cm de diámetro en el momento del diagnóstico. La sobrevida fue inversamente proporcional al tamaño de la lesión, siendo de 5.9 meses para los mayores de 6 cm y de 30.8 meses para los tumores menores de 3 cm (Tabla 1).

Pronóstico según el compromiso de la circunferencia anal

El 60% de los tumores comprometían más del 75% de la circunferencia anal. La sobrevida fue de 43 meses en los tumores con compromiso del 25% y de 10.5 meses en aquellos que tuvieron un compromiso del 100% (Tabla 1).

Tabla 1. Pronóstico según el tamaño y el compromiso de la circunferencia anal.

Tamaño	Nº de casos	Seguimiento
3 cm	15 (18%)	30.8 meses
3 a 6 cm	27 (35%)	10.8 "
6 cm	35 (47%)	5.9 "
Circunferencia		
25%	11 (14%)	43 meses
50%	20 (26%)	18 "
75%	16 (20%)	17 "
100%	31 (40%)	10.5 "

Metástasis ganglionares

Treinta y dos pacientes (40%) tenían compromiso ganglionar en el momento del diagnóstico y 8 (10%) desarrollaron metástasis ganglionares durante el seguimiento.

TRATAMIENTO

Radioterapia

Treinta y cinco pacientes recibieron radioterapia con dosis que variaron entre 3.000 y 7.000 rads (Tabla 2). Con ésta se obtuvieron los siguientes resultados:

Respuestas Buenas: Desaparición del tumor, en 11 pacientes, con seguimiento de 3 meses a 16 años. Ocho tenían lesiones menores de 3 cm de diámetro y 25% de compromiso de la circunferencia anal.

Persistencia tumoral: Se presentó persistencia tumoral en 14 pacientes. Nueve de éstos, tenían lesiones mayores de 6 cm, y 7, compromiso del 100% de la circunferencia anal. De todos ellos, 10 fueron tratados con cirugía radical y 4 no la aceptaron. El seguimiento varió entre 3 y 36 meses.

Recidiva: Se presentó recidiva tumoral en 4 pacientes entre 6 y 60 meses. Todos ellos fueron tratados con cirugía radical.

Tabla 2. Tratamiento con radioterapia en 35 casos.

Respuestas buenas	Resistencia tumoral	Recidiva	Tto. paliativo
11 (31%) T< 3 cm (8 casos) T< 25% (8 casos)	14 (40%) T> 6 cm (9 casos) T> 75% (7 casos)	4 (11%)	6

Colostomía derivativa

A 6 pacientes se les practicó colostomía previa al tratamiento con radioterapia. Tres de ellos obtuvieron regresión parcial del tumor y no se consideraron candidatos para cirugía radical. Ninguno de los 6 sobrevivió más de 3 años (Tabla 2).

Cirugía

Se trataron con cirugía 11 pacientes: 10 con resección abdominoperineal y 1 con extirpación local. Tres de los tratados con cirugía radical, seguían en controles a los 7, 8 y 20 meses, libres de enfermedad. Otros 3, por compromiso de la región inguinal, requirieron vaciamiento ganglionar. Estos casos fueron seguidos durante 3 a 36 meses, al cabo de los cuales se encontraban libres de enfermedad. Dos con recidiva local, fueron tratados con radioterapia, con seguimiento de 6 a 31 meses respectivamente.

A otros 2 pacientes con recidiva, luego de la cirugía radical, se les practicó extirpación local amplia, con controles a los 2 y 10 años, libres de enfermedad.

El único paciente tratado con extirpación local, correspondió a uno con diagnóstico de melanoma, el cual recibió radioterapia posoperatoria, y falleció a los 3 años, con diseminación de la enfermedad (Tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento con cirugía en 11 casos.

Forma de tratamiento	Tipo de respuesta	
	Buena	Recidiva
Resección abdominoperineal (10 casos)	6 (60%)	4 (40%)
Extirpación local (1 caso)		

Radioterapia más cirugía

Recibieron radioterapia preoperatoria (2.000-4.000 rads) y cirugía, 11 pacientes. De ellos, 9 fueron llevados a resección abdominoperineal (RAP); se encontró tumor en el estudio anatomopatológico en todos los casos. Dos de estos 9 murieron en el posoperatorio inmediato por sepsis y por sangrado del plexo presacro. Tuvieron seguimiento entre 7 y 60 meses. Otros 2 pacientes, luego de la radioterapia preoperatoria, fueron llevados a cirugía, encontrándose tumores localmente avanzados e irresecables. Este grupo tenía tumores mayores de 3 cm. y compromiso circunferencial anal mayor del 50% (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento con radioterapia + cirugía.

Nº de casos	Radioterapia preoperatoria (2.000-4.000 rads)	+	Cirugía
11	Cirugía radical R.A.P. (9 casos) Mortalidad operatoria (2 casos)		No resecables (2 casos)

Sin tratamiento

Veinticinco pacientes (31%) no recibieron tratamiento por presentar enfermedad avanzada.

Tratamiento del compromiso ganglionar inguinal

Cuarenta pacientes presentaron compromiso ganglionar inguinal, siendo bilateral en 23, unilateral en 17, sincrónico en 32 y metacrónico en 8 casos. De los 20 con compromiso sincrónico y bilateral, 15 tenían lesiones del 100% de la circunferencia anal y 12 con lesiones mayores de 6 cm; de éstos, a 2 se les practicó vaciamiento inguinal bilateral; los 18 restantes recibieron radioterapia. De los 8 con compromiso ganglionar metacrónico, 3 fueron tratados con vaciamiento inguinal y 5 con radioterapia; 4 tenían sobrevida de 2 años y 1, de 5 años.

DISCUSION

En el tratamiento del cáncer anal es importante hacer énfasis en varios aspectos que incluyen la historia natural, la anatomía, las lesiones premalignas y la clasificación histopatológica (1).

Al parecer, en la última década ha habido cambios importantes en el enfoque del tratamiento de este tipo de cáncer, al hacer hincapié en la preservación de la función del esfínter anal (19).

Los cánceres del ano son tumores poco frecuentes y es así como en la mayoría de las series, éstos no llegan a

porcentajes mayores del 5% de las lesiones del colon y recto, en tanto que en la serie del Instituto Nacional de Cancerología de 15 años, la frecuencia fue del 18%, cifra que coincide con los datos obtenidos de revisiones anteriormente realizadas en el país (12, 13).

Nuestros casos no permiten una diferenciación entre tumores del margen y del canal anal por no poderse precisar su origen debido a que son lesiones muy avanzadas en el momento del diagnóstico.

Los 2/3 superiores del canal anal (25 mm) son derivados embriológicamente de la parte caudal del intestino, es decir, tienen origen endodérmico, mientras el 1/3 inferior (13 mm) se deriva del proctodermo, que es una invaginación del ectodermo en el nivel de la membrana anal (Fig. 3).

La unión del epitelio derivado del proctodermo forma con el endodermo la línea pectínea, que es un vestigio de la membrana anal, la cual se deriva de la membrana cloacal (Fig. 3).

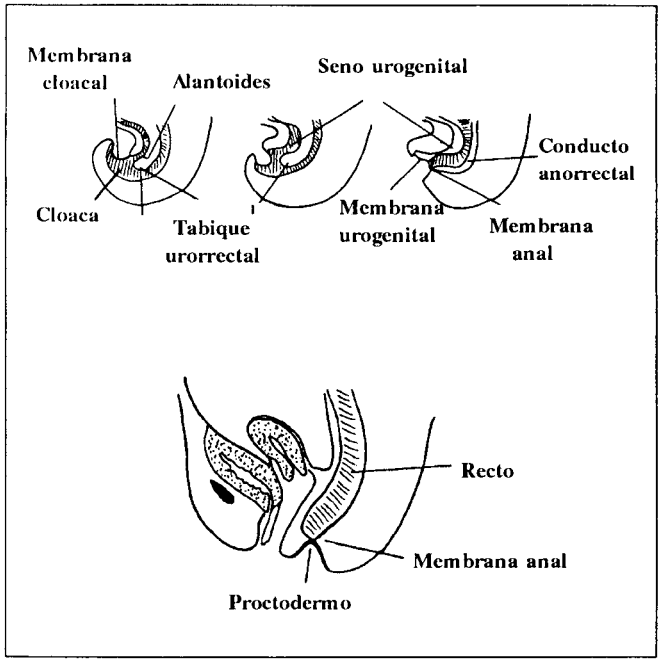

Fig. 3. *Embriología de la región anal.*

Por debajo de la línea pectínea está el pecten anal, una zona violácea que mide cerca de 1 cm, cuyo límite inferior, es la línea interesfinteriana o línea de Hilton (5) (Fig. 5).

El epitelio columnar simple, de origen endodérmico, origina la superficie mucosa del recto y se extiende hacia la línea pectínea, convirtiéndose en cuboidal, que cambia progresivamente hacia un epitelio transicional. La zona transicional varía de 0.6 a 1.2 cm de longitud por encima de la línea pectínea y es la región en la cual se originan los carcinomas cloacogénicos (5, 15) (Fig. 4).

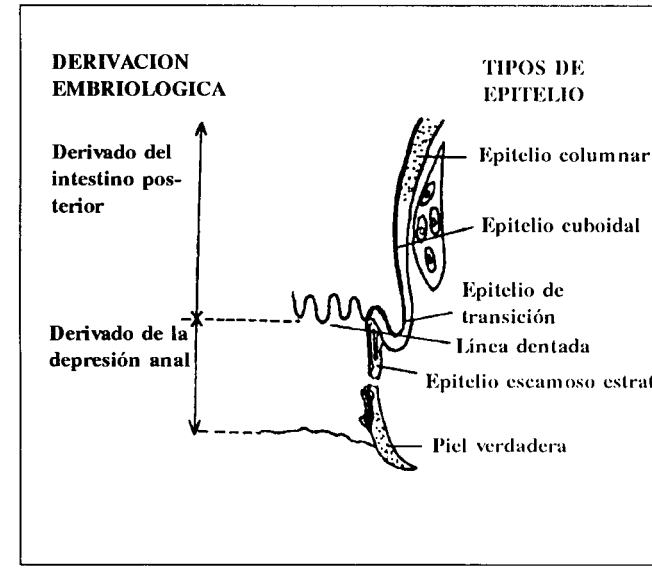

Fig. 4. *Tipos de epitelio de la región anal.*

Wilson (5) considera el margen anal como una zona de 5 cm de radio, distal del borde anal (Fig. 5).

El carcinoma de la región anal puede originarse en cualquiera de los constituyentes histológicos propios de esta zona.

Corresponde al carcinoma escamocelular el 70 al 80% de todos los tumores anales (9, 15).

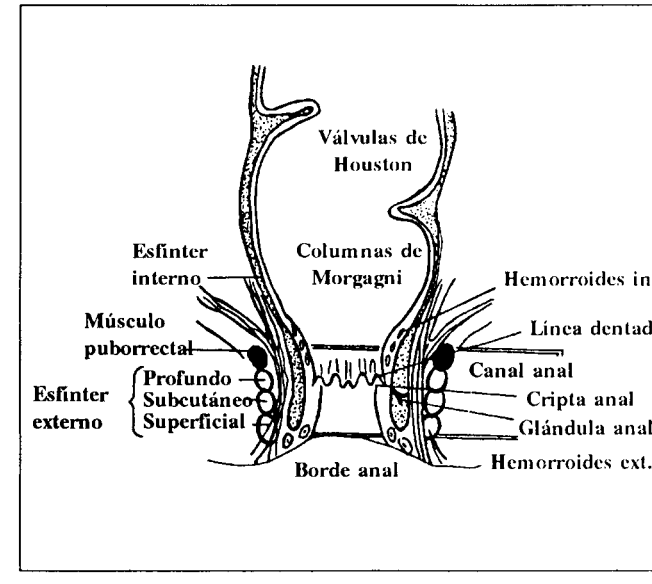

Fig. 5. *Anatomía de la región anal.*

Morson y Sobin (1, 19) propusieron una clasificación en la cual cerca del 80% de los tumores del canal anal eran considerados epidermoides, correspondiendo a carci-

noma escamocelular del 70 al 80%, carcinoma basaloide del 20 al 30% y mucoepidermoide del 1 al 5%. El 20% restante de las lesiones son adenocarcinomas, originados en folículos o glándulas anales, carcinomas indiferenciados y melanomas.

La mayoría de los carcinomas escamocelulares que se originan por encima de la línea pectínea son pobremente diferenciados y contienen poca queratina, mientras que los de la parte distal del canal, son usualmente productores de dicha queratina, más diferenciados y considerados como de mejor pronóstico (1, 9, 16, 19).

El carcinoma cloacogénico es un tumor poco frecuente de la región anorrectal. Se origina en un remanente de la membrana cloacal.

Las características embriológicas, anatómicas e histológicas del complejo anorrectal, fueron descritas por Herman y Defosses en 1880 (3, 15, 19).

Para Klotz, en la serie más grande informada, el Ca cloacogénico, representa el 2.7% de todos los cánceres anales y rectales (1, 15). Términos como transicional, cloacogénico, basaloide, basoescamoso, de célula pequeña, indiferenciado, mucoepidermoide, adenoacantoma y cilindroma son, entre otros muchos, los que se han usado para describir tumores de esta zona (15).

De acuerdo con Stern y Kaplan (15) el origen embriológico del ectocérvix, vagina, piel perianal y parte del canal anal, es común. Esto explicaría la ocurrencia ocasional del carcinoma genital femenino con el carcinoma cloacogénico del canal anal.

En la serie del INC se encontró un carcinoma de cérvix sincrónico con el carcinoma del canal anal.

En 1957 Wittoesch y col, utilizaron el término de basaloide para tumores de la zona cloacogénica (15).

Otros autores mencionan el carcinoma de células pequeñas del conducto anal, de origen neuroendocrino y de él se han informado 20 casos en la literatura médica (18). Es de mal pronóstico, por cuanto sólo 1 paciente ha sobrevivido 5 años. Al parecer, este tipo de carcinoma se encontraba incluido dentro de la categoría de tumores cloacogénicos. Recientemente se presentó el primer caso con este tipo histológico en nuestra institución. Se trataba de un tumor pequeño, menor de 3 cm y con compromiso ganglionar inguinal sincrónico y bilateral, indicativo de la agresividad de estos tumores. Seis meses más tarde la paciente se encontraba con diseminación tumoral en nivel pélvico a pesar de la cirugía radical, la radioterapia y el vaciamiento inguinoilíaco bilateral.

El adenocarcinoma del canal anal es raro y su histogénesis es debatida. Dukes y Galvin sostienen que los adenocarcinomas encontrados en los tejidos perirrectales sin ninguna evidencia del tumor primario en el recto, se originan en trayectos fistulosos (1, 19).

Moore describió el primer caso de melanoma anal en 1857 y hasta 1982 sólo habían sido informados 60 casos en la literatura. El melanoma anal representa el 1.6% de todos los melanomas, el 1% de todos los carcinomas anales y el 0.2% de los tumores anorrectales (1, 18, 19).

En el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC), ningún paciente sobrevivió 5 años con melanoma anal de más de 1,7 mm de espesor. Este grupo de enfermos frecuentemente consultan primero por masas inguinales, por ser el sitio de drenaje linfático primario (19). En el 55% de los pacientes se encuentran metástasis en el momento de la primera consulta y por lo tanto la resección abdominoperineal no suele estar indicada. Cuando resulta factible, la resección local es el tratamiento de elección.

Hay otro tipo de tumores de la región perineal, de baja frecuencia, tales como el carcinoma de células basales, la enfermedad de Paget, la enfermedad de Bowen y otros aún más raros, como el linfosarcoma, leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma, hemangiopericitoma y hemangioendotelioma (1, 11, 17, 19).

Hemos visto un caso de enfermedad de Paget perianal, asociado en su presentación a un adenocarcinoma del recto. Para algunos autores esta entidad es probablemente un adenocarcinoma intraepitelial, sin olvidar que el 70% de los casos está asociada a una amplia variedad de diferentes tipos de carcinomas, que incluyen el del ano y el adenocarcinoma del recto (17).

Entre los diferentes autores hay tendencia a asociar las entidades inflamatorias crónicas de la región anorrectal con el carcinoma de la región anal (1, 11, 18, 19), sin que la patogénesis las haya determinado exactamente como factores causales directos; para otros (3), son entidades que pueden confundir y retardar el diagnóstico de una lesión neoplásica en esta área.

Quan (11) anotó que la leucoplasia, las hemorroides crónicas, la fisura anal, el linfogranuloma venéreo, las fístulas crónicas, la piel anal previamente irradiada, los condilomas acuminados del ano, pueden ser causas potencialmente predisponentes en el desarrollo del cáncer de la región anal, particularmente del carcinoma escamocelular (9).

Friedberg y Serlin, revisaron la asociación de los condilomas acuminados con los carcinomas; encontraron pacientes con condilomas anales en quienes el carcinoma escamocelular del ano eventualmente se desarrolló. Todos estos tumores fueron perianales (19).

Gabriel ha señalado que las fístulas crónicas de la región anorrectal, pueden malignizarse (6).

También se han informado casos de tumores malignos de la región anorrectal en pacientes homosexuales (19) y con base en ello se ha sugerido que estos carcinomas pueden ser causados por un agente transmisible viral, al igual que el del cuello uterino, para explicar la

predisposición del epitelio de la región anal al desarrollo del cáncer (11).

Nosotros encontramos 3 enfermos con fístulas crónicas, que desarrollaron carcinoma anal, 2 más con clara asociación entre condiloma y carcinoma. Además, recientemente hemos visto un homosexual con una fístula crónica que desarrolló un carcinoma escamocelular en el trayecto fistuloso.

Creemos que las otras entidades como la papilitis, fisura anal, prurito anal, hemorroides crónicas, linfogranuloma venéreo e inclusive el erotismo anal, pueden ser agrupadas como "enfermedad inflamatoria crónica anorrectal", sugiriéndose en todas ellas que el trauma, la infección o inflamación crónica, desarrollan una zona inmunológicamente alterada, que podría eventualmente permitir el crecimiento de células neoplásicas en esta zona (19).

En los últimos 10 años se han hecho cambios importantes en el tratamiento del cáncer del ano, haciendo énfasis en la preservación de la función esfinteriana del ano (1, 9).

La resección abdominoperineal ha sido por mucho tiempo el tratamiento de elección para estos tumores por la mayoría de los autores (9, 11, 14, 17, 19).

La radioterapia se ha utilizado en pacientes con tumores avanzados o con recurrencias locales (9, 14).

Una de las secuelas de la cirugía radical es la colostomía definitiva y sus consecuencias fisiológicas y psicológicas (14).

Existen escuelas en aquellos centros donde sistemáticamente se irradian todos los pacientes con carcinoma escamocelular del canal anal, donde la cirugía sólo se practica como un procedimiento complementario (6, 10).

La quimioterapia fue usada únicamente en casos de recurrencia o metástasis a los ganglios inguinales y en el compromiso de la línea dentada cuando se puede producir diseminación a los ganglios linfáticos mesentéricos y a lo largo de los músculos elevadores y del obturador y hacia los ganglios linfáticos pélvicos extramesentéricos.

La decisión de una extirpación local implica asegurar un margen adecuado entre el tumor y los tejidos normales. Si esta extirpación causa la destrucción de la función esfinteriana, se prefiere una colostomía a un ano incontinente. Se sostiene que de los pacientes con cáncer del ano, el 40 al 63% tienen metástasis a los ganglios inguinales; esta cifra coincide con el porcentaje encontrado y mencionado en nuestra revisión. Lo universalmente aceptado para el tratamiento de los ganglios inguinales positivos es el vaciamiento ganglionar (17), el cual se aconseja a todo paciente que presente un tumor anal "curable" con compromiso ganglionar sincrónico (17, 19), aunque éste es de mal pronóstico.

Los pacientes en quienes la lesión primaria ya ha sido tratada y en sus controles se les detecta compromiso ganglionar inguinal (metacrónico) tienen mejor pronóstico si son sometidos a vaciamiento inguinoilíaco.

Debe tenerse claro que si los ganglios inguinales no son positivos clínicamente, no deben ser biopsiados (11). Con base en nuestra estadística y análisis el vaciamiento inguinal terapéutico es mejor que el vaciamiento profiláctico (9, 11).

Esto ha llevado a la conclusión de que la región inguinal, debe ser controlada periódicamente y que una vez detectado su compromiso, el vaciamiento debe ser practicado. Estos ganglios tienen la posibilidad de comprometerse especialmente en los primeros 2 años (6).

Se recomienda practicar citología aspirativa de los ganglios sospechosos y no recurrir a biopsia ganglionar, en lo posible, para evitar alteraciones anatómicas que dificulten el vaciamiento inguinal cuando sea necesario.

La colostomía terminal tipo Hartmann, está indicada en pacientes con tumores anales no resecables, con tumores que desarrollan obstrucción intestinal y en tumores irradiados, con secuelas como la radionecrosis, así como en aquellos debilitados con tumores fijos que los convierten en incontinentes y son incapaces de tolerar una resección de la lesión.

La tasa de supervivencia a los 5 años, para los pacientes tratados con radioterapia, varía del 31 al 68% dependiendo esencialmente del tamaño de las lesiones (6).

La radioterapia propicia la destrucción del tumor, pero también ocasiona complicaciones que requieren tratamiento médico y en otros casos conduce al tratamiento quirúrgico (9, 11).

Papillon ha tratado pacientes con cobalto más irradiación intersticial (10). De 98 pacientes, 64 fueron seguidos por más de 5 años, 44 estaban libres de enfermedad y 4 presentaron severa radionecrosis. Con base en estos resultados, dicho autor estableció que las lesiones pequeñas, T1 y T2 (T1 menor de 2 cm y T2 de 2 a 4 cm) pueden ser tratadas con radioterapia intersticial. Para T3 (T mayor de 4 cm) deben recibir implantes de radium y resección abdominoperineal combinada con cobaltoterapia (3.000 rads). Para T4 (tumores fijos mayores de 6 cm), deben ser tratados exclusivamente con cirugía radical.

Papillon también sugiere la radioterapia como forma de tratamiento sobre la región inguinal. El valor de la radioterapia profiláctica sobre la región inguinal no se ha podido establecer (19).

En nuestra revisión encontramos que el tratamiento con radioterapia puede ser suficiente en pacientes con tumores de menos de 3 cm de extensión y con compromiso hasta del 25% de la circunferencia anal. Por el contrario, en los tumores mayores de 6 cm y mayor com-

promiso de la circunferencia anal, la persistencia tumoral fue alta y requirieron tratamiento complementario.

Otros autores (11) señalan que pacientes con tumores grandes e infiltrantes tratados con radioterapia preoperatoria (4.000 rads) y cirugía radical posterior tuvieron una supervivencia menor de 3 años, comparados con otras formas de tratamiento para el mismo tipo de lesión.

Nigro en 1974, comenzó a utilizar la radioterapia pélvica más 5-FU y Mitomicina en forma empírica. La dosis de radioterapia dada durante 21 días fue de 3000 rads, dando simultáneamente 5-FU del 1º al 4º día y repitiendo del día 28º al 31º. Además, agregaba Mitomicina el primer día, con la intención de disminuir la extensión de la enfermedad a una forma localizada para una resección posterior con cirugía radical. A su vez, la quimioterapia permitía el uso de la radioterapia en forma menos intensiva (7, 8). Al parecer, la quimioterapia sensibiliza las células tumorales, facilitando una mejor acción de la radioterapia (Tabla 5).

Tabla 5. Tratamiento combinado según el esquema de Nigro.

Irradiación externa	+	Quimioterapia
		5FU (1000 mg/m^2/24h. Infusión continua) Día 1º al 4º
3.000 rads (T.primario + ganglios) Día 1º al día 21º		Mitomicyna C (15 mg/m^2 bolo i.v.) Día 1º 5FU (repetido) Día 28º al día 31º

Con este esquema, Nigro controló 104 pacientes durante 10 años. Su serie fue de 39 pacientes con lesiones de menos de 3 cm, 54 con lesiones de 3 a 6 cm y 11 con lesiones de más de 6 cm. Al finalizar el tratamiento, 7 tenían enfermedad macroscópica residual y 97 no la tenían.

A 31 pacientes, incluidos los 7 descritos con enfermedad residual, se les practicó resección abdominoperineal, encontrando en 22 casos el espécimen libre de tumor. A los 73 restantes se decidió solamente controlarlos clínicamente y practicar biopsias de la cicatriz de la lesión, habiendo encontrado compromiso microscópico en uno de ellos. Once pacientes no regresaron a control, estableciéndose que 2 habían muerto de su enfermedad y los otros 9 estaban libres de ella entre 2 y 9 años (6, 8).

Otros trabajos (1, 6) con terapia combinada y simultánea han sido informados con resultados igualmente prometedores y similares.

El tratamiento debe ser cuidadosamente adaptado al paciente, estudiado individualmente y dependiendo del tamaño de la lesión, del diagnóstico temprano y del compromiso de la circunferencia anal (14), todo lo cual constituye el factor pronóstico más importante del cáncer del ano. Las metástasis ganglionares esombrecen el pronóstico de estos enfermos (14).

Con base en los resultados actuales del tratamiento combinado y simultáneo de radioterapia y quimioterapia, se ha propuesto una clasificación y protocolo de tratamiento, teniendo en cuenta los factores ya anotados sobre tamaño de la lesión, compromiso circunferencial del ano y metástasis ganglionares y a distancia, asimilables al TNM, así:

T1: Tumor menor de 3 cm y compromiso menor del 25% de la circunferencia anal.

T2: Tumor de 3 a 6 cm y compromiso del 25 al 50% de circunferencia anal.

T3: Tumor de 3 a 6 cm y compromiso del 50 al 75% de la circunferencia anal.

T4: Tumor mayor de 6 cm y compromiso mayor del 75% de la circunferencia anal.

NO: Sin evidencia de ganglios metastásicos

N1: Ganglios inguinales unilaterales y móviles

N2: Ganglios inguinales bilaterales y móviles

N3: Ganglios inguinales fijos uni o bilaterales

MO: Sin evidencia de metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia.

Se hará control clínico, bimensual de la región anal.

Ante la sospecha de recidiva o persistencia tumoral, se practicará biopsia de la lesión. En caso de positividad para tumor, se llevará el paciente a resección abdominoperineal.

La región inguinal se controlará clínicamente. En caso de sospecha de compromiso tumoral metastásico, se practicará citología por aspiración. Cuando se confirme positividad, se recurrirá al vaciamiento inguinal.

ABSTRACT

A group of 82 patients with malignant lesions of the anal region is presented. All of them were seen since 1935 to 1981 at the gastroenterology service of the Instituto Nacional de Cancerologia (INC).

The literature is reviewed with emphasis on the anatomy of the anal region. The frequency of the different types of lesions, the symptoms, presence of precancerous lesions and the different possible therapies.

The findings were: 69 cases of squamous cell carcinoma, 6 cases of cloacogenic carcinomas, 3 adenocarcinomas, 3 melanomas and 1 basal cell carcinoma. The survival was inversely proportional to the size of the lesion and to the involvement of the anal circumference.

A therapeutic protocol with a combination of chemotherapy and radiotherapy is proposed for the squamous cell carcinoma. According to the size of the lesion and the circumferential anal involvement. Surgery is reserved as a rescue procedure.

REFERENCIAS

1. Cummings B J: Current Management of Epidermoid Carcinoma of the Anal Canal. Gastr Clin N Am 1987; 16 (1): 125-41
2. Dogherty B: Carcinoma of the Anal Canal. A Study of 79 Cases. Am J Clin Pathol 1984 (Sep); 82 (3): 367
3. Escobar J: Enfermedades del Colon, Recto y Ano. 1a. Ed, Bogotá; Vórtice Editores, 1982; 123-43
4. Goligher J C: Cirugía del Ano, Recto y Colon. 3a Ed, Barcelona, Salvat Editores, 1981; 669-80
5. Greenall M et al: Epidermoid Cancer of the Anal Margin. Pathologyc Features, Treatment and Clinical Results. Am J Surg 1985 (Jan); 149 (1): 95-101
6. Madden M V et al : The Management of Anal Carcinoma. Br J Surg 1981; 68: 287-9
7. An Evaluation of Combined Therapy for Squamous Cell Cancer of the Anal Canal. Dis Colon Rectum 1984 (Dec); 27 (12): 7 63-6
8. Nigro N: Multidisciplinary Management of Cancer of the Anus. World J Surg 1987 (Aug); 11 (4): 446-51
9. O'Brien P et al: Epidermoid Carcinoma of the Anus. Surg Gynec Obst 1982 (Nov); 155 (5): 745-50
10. Papillon J et al : A New Aproach to the Management of Epidermoid Carcinoma of the Anal Canal. Cancer 1983 (May); 51: 1830-7
11. Quan Stuart H: Ca. Escamocelular del Ano. Clín Quir N Am 1978 (Jun); 58 (3): 598-603
12. Rey-León C, Uribe G: Cáncer del Colon, Recto y Ano. Revisión de 15 años. Inst Nal de Cancerología. (Sin publicar).
13. Rey-León C, Sus-Slim J: Radioterapia Preoperatoria del Recto y Ano. Acta Latinoamericana de Proctología 1975 (Mar); 17 (2): 142-9
14. Salmon R J et al: Treatment of Epidermoid Anal Canal Cancer. Am Surg 1984 (Jan); 147: 43-8
15. Sink J et al: Cloacogenic Carcinoma. Ann Surg 1978(Jul): 188 (1): 53-9
16. Stearnes M Jr. et al: Cancer of the Anal Canal. Current Probl. in Cancer 1980 (Jun); 4 (12): ?
17. Tjandra J: Perianal Paget's Disease. Report of the Three Cases. Dis Colon Rectun 1988 (Jun); 31 (6): 462-6
18. Wauhg D: Lesiones Malignas Anales y Perineales. Clín Quir N Am 1986; 4: 861-5
19. Yehuda G A et al: Clinical Review Current Concepts and Controversies Concerning the Etiology, Pathogenesis, Diagnosis and Treatment of Malignant Tumors of the Anus. Surgery 1987 (Mar); 101 (3): 250-66