

11209 26
213



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL ESPAÑOL

TUMORES MALIGNOS DEL CANAL ANAL EN EL HOSPITAL ESPAÑOL



TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. JOSE G. FARRERA GRAJALES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.

El cáncer del canal anal no es común, representa solo el 3 a 4% de todos los cánceres anorrectales, aunque las publicaciones especializadas han tratado mucho el tema, no ha habido uniformidad en el uso de la terminología y las clasificaciones. (3).

El canal anal que se extiende desde el anillo anorrectal hasta el margen anal, esta recubierto por diversas clases de epitelio. Por debajo de la línea dentada (anorrectal) se encuentra el epitelio escamoso, mientras que el epitelio por encima de ella es columnar. Esta unión no es súbita; porque a una distancia de 6 a 12 mm., por encima de la unión anorrectal existe una transición gradual, en donde se puede encontrar epitelio columnar, cuboide, de transición y escamoso. Esta área, que a menudo se refiere como zona cloacogénica se considera de epitelio "Inestable" y debido a la diversidad de este epitelio, da lugar a una interesante variedad de neoplasias, estas dos áreas del canal anal no solamente tiene diferentes vías de drenaje linfático, sino que cuando se desarrolla el mismo tipo de neoplasia en estas áreas, tal como Carcinoma de células escamosas, se observa una gran diferencia en su evolución. Por esta razón, las neoplasias del canal anal se deben dividir en dos categorías con respecto a la línea anorrectal, por lo tanto se ha abordado aquí la clasificación histológica de los tumores intestinales de la O.M.S. (3,4).

En esta clasificación el canal anal es dividido arbitrariamente en el área por arriba de la línea anorrectal llamada "canal anal" y el área por debajo de la misma llamada "Margen anal".

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

El anatomista considera al canal anal como la región distal de la línea pectínea, mientras que para el cirujano toda la región distal a la inserción del músculo elevador del ano es el canal anal. El canal anal quirúrgico (El anorrecto de Harkins) incluye el canal anatómico por los dos centímetros distales del recto por arriba de la línea (Pectínea) anorrectal. A pesar de estos cambios en la anatomía y fisiología de la línea anorrectal, la patología típica en los cuatro centímetros distales del sistema intestinal, dos centímetros por arriba y dos centímetros por abajo de la línea, forma la Unidad "Quirúrgica del canal anal" (Rowe y Cols.,1974) (1,3).

1.1 MUSCULATURA ANORRECTAL.

Los elementos musculares que en conjunto representan lo que se conoce como esfínter anal, se integra por un esfínter externo formado por fibras estriadas y constituido por tres fascículos: Subcutáneo, superficial y profundo. Además de un esfínter interno, músculo liso, que no es más que el engrosamiento de las fibras circulares de la musculatura rectal. (2).

Los músculos elevadores del ano son anchos y delgados y forman la mayor parte del piso de la cavidad pélvica. Son músculos estriados al igual que el esfínter externo y además de ser una estructura importante de sostén de la región, juegan un papel importante en la integración y funcionamiento del aparato esfinteriano. (1,2 3).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.2 IRRIGACION DEL RECTO Y CANAL ANAL.

Arteria Hemorroidal Superior.

Es la continuación de la arteria mesentérica inferior que al cruzar la arteria Iliaca común izquierda cambia su nombre a arteria hemorroidal superior. Desciende por el mesosigmoideas y a nivel del tercer segmento sacro. se divide en una rama derecha anterior y una rama derecha posterior, ramos adicionales terminan en la parte superior del plexo hemorroidal interno (1,2,3,)

Arteria Hemorroidal media.

Son ramas de la arteria Iliaca interna y llegan a la porción inferior del recto a nivel de los músculos elevadores del ano. Irrigan la parte inferior del recto y del canal anal superior. (1,2).

Arteria Hemorroidal Inferior.

Son ramas de las pudendas internas que a su vez son ramas de la iliaca interna, después de atravesar la fosa isquiorrectal, irrigan los músculos del esfínter anal.)2,3).

1.3 CIRCULACION VENOSA.

El drenaje venoso del recto y del canal anal se efectúa a través del sistema Porta y la circulación sistémica. La vena hemorroidal superior drena el recto y parte superior del canal anal, hacia el sistema porta a través de la mesentérica inferior.

Las venas hemorroidales medias drenan la parte inferior del recto superior del canal anal hacia la circulación sistémica a través de

las venas iliacas internas. Las venas hemorroidales inferiores van a drenar la parte inferior del canal anal a través de las venas pudendas internas que drenan posteriormente a las venas iliacas internas y así a la circulación general. (2,3).

El plexo hemorroidal situado alrededor de la piel y mucosa anorrectal en el que se intercomunican ampliamente las venas hemorroidales, por su situación en relación a la unión mucocutánea se subdivide en , plexo hemorroidal interno, por arriba de dicha división y por lo tanto cubierto de mucosa rectal y plexo hemorroidal externo, localizado por debajo y protegido por la piel. (2,3).

1.4 DRENAJE LINFATICO.

Los linfáticos del sector anal de la región son tributarios de los ganglios inguinales, algunos van a drenar a los ganglios inguinocrurales y otros a los de la cara interna del muslo.

Tiene importancia señalar que existe una gran comunicación entre los linfáticos anales y rectales, igualmente que las papillas de Morgagni, lo mismo que las estructuras adyacentes a las glándulas y conductos anales (2).

1.5 INERVACION.

La inervación de la pared rectal inferior esta dada por el nervio espláncico pélvico (parasimpático), y el nervio hipogástrico (simpático). Estos dos nervios juntos forman el plexo rectal.

Los nervios sacro 3 y 4 controlan el músculo elevador del ano. (3).

Las ramas hemorroidal inferior del nervio pudendo interno siguen las arterias hemorroidales inferiores y dan inervación sensorial de la piel perianal.

La evacuación se da por medio del nervio esplácnico pélvico y la continencia se mantiene por el pudendo y el esplácnico pélvico.

LA LINEA ANORRECTAL Y LOS CAMBIOS EN EL CANAL ANAL QUIRURGICO.

	ABAJO DE LA LINEA	ARRIBA DE LA LINEA.
Embrionario	Ectodermo	Endodermo.
Anatomía		
Epitelio	Escamoso	columnar simple.
Irrigación	Art.hemorroidal inferior	Art. hemorroidal superior.
Drenaje venoso	Sistémica vía v.hemorroidal inferior	Portal vía v. hemorroidal superior.
Linfáticos	Hacia inguinales	Hacia lumbares y pélvicos.
Inervación	Rectales inferiores (somáticas)	Fibras autónomas. (viscerales).
Patología.		
Cáncer	Células escamosas	Adenocarcinoma.
Várices	Hemorroides Ext.	Hemorroides Int.
		Skandalakis J.E.
		Capítulo 12 1986.

CAPITULO II.

CLASIFICACION DEL LAS NEOPLASIAS DEL CANAL ANAL

2.1 NEOPLASIAS DEL MARGEN ANAL. (3).

- A). CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.
- B). CARCINOMA DE CELULAS BASALES.
- C). ENFERMEDAD DE BOWEN.
- D). ENFERMEDAD DE PAGET

2.2 NEOPLASIAS DEL CANAL ANAL. (3).

A. CARCINOMA.

- 1. CELULAS ESCAMOSAS.
- 2. BASALOIDES
- 3. MUCOEPIDERMIOIDE.
- 4. ADENOCARCINOMA.

A). DE TIRO RECTAL.

B). DE LAS GLANDULAS Y CONDUCTOS ANALES.

C). DENTRO DE LAS FISTULAS ANORRECTALES

B. MELANOMA MALIGNO.

MATERIAL Y METODOS.

SE REALIZO UNA REVISION RETROSPECTIVA DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO COMPROBADO DE CANCER DEL CANAL ANAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE OCTUBRE DE 1978 A OCTUBRE DE 1990, DENTRO DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

RESULTADOS.

Frecuencia.

Durante el período estudiado, se presentaron 205 casos de tumores malignos del colón, recto y ano, siendo 144 de colón (70.75%), 50 de recto (24.3%), y 11 de canal anal (5.3%) subdividiéndose estos últimos en 5 de canal anal (2.4%) y 6 del margen anal (2.9%):

Sexo:

La distribución del sexo fue 7 mujeres y 4 hombres con una relación de 1.75% : 1.

Edad:

La edad promedio de 72.3 años con un rango de edades de 51 a 84 años de edad.

Raza:

De los 11 casos de cánceres de canal anal documentados 7 pacientes fueron mestizos (mexicanos), 1 hispanomexicano y 3 españoles.

LOCALIZACION DE LOS TUMORES.

De los 11 casos estudiados, 5 fueron de canal anal (45.4%) y 6 del margen anal (54.54%).

Esto fue tomado en cuenta con la clasificación de tumores intestinales de la O.M.S.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de los siguientes cuadros.

CUADRO I.

SINTOMATOLOGIA.

CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL	11 (100%)
PUJO Y TENESMO	11 (100%)
SANGRADO	8 (72%)
DOLOR ANAL	8 (72%)
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	8 (72%)
PERDIDA DE PESO	7 (63%)

DIAGNOSTICO.

En todos los casos el diagnóstico fue clínico, exploración armada y por estudio histopatológico.

CUADRO 2.

CLINICO.

MASA A LA INSPECCION Y / O TACTO RECTAL	11 CASOS.
ANOSCOPIA	3 CASOS.
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	4 CASOS.
NO SE LLEVO A CABO.	3 CASOS.

PATOLOGICO.

BIOPSIAS PREOPERATORIAS.	9 CASOS.
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO	11 CASOS.

CUADRO 3.

TIEMPO ENTRE LOS SINTOMAS Y CONTACTO CON EL MEDICO.

MAXIMO UN AÑO. MINIMO 10 DIAS.

PROMEDIO 5.8 MESES.

CUADRO 4.

TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA PRACTICADA.

RESECCION ABDOMINOPERINEAL	3 PACIENTES (27%).
COLOSTOMIA DERIVATIVA	6 PACIENTES (54%).
CORDOTOMIA	1 PACIENTE (9%).

UN PACIENTE SE NEGO A SER SOMETIDO A TRATAMIENTO QUIRURGICO.

CUADRO 5.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS.

FINES CURATIVOS.

RESECCION ABDOMINOPERINEAL 3 PACIENTES (27%).

FINES PALIATIVOS.

COLOSTOMIA DERIVATIVA SIN RESECCION 6 PACIENTES (54%).

CORDOTOMIA 1 PACIENTE (9%).

CUADRO 8.

RELACION ENTRE EL TIPO DE CIRUGIA PRACTICADA EN LOS CASOS DE CANCER ANAL Y MARGEN ANAL CON LOS ESTADIOS SEGUN LA CLASIFICACION T.N.M.

TIPO DE CIRUGIA	ESTADIO.	
RESECCION ABDOMINOPERINEAL	I	1.
	III	2.
COLOSTOMIA DERIVATIVA	II	1.
SIN RESECCION	III	1.
	IV	4.
CORDOTOMIA CONTROL DEL DOLOR		1.
NO ACEPTACION AL TRATAMIENTO QUIRURGICO POR MALAS CONDICIONES*.		1.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 9.

RADIOTERAPIA	2
RADIOTERAPIA + QUIMIOTERAPIA	4
NINGUNA	5

CUADRO 10.

MORTALIDAD GLOBAL.

VIVOS	3 (27%).
MUERTOS	8 (72%).
TOTAL	11 (100%).

CUADRO 11.

MORTALIDAD Y SOBREVIDA EN EL GRUPO DE PACIENTES CON CANCER DE ANO Y
DE CANAL ANAL EN RELACION AL TIPO DE CIRUGIA PRACTICADA.

RESECCION ABDOMINOPERINEAL	VIVOS	3
	MUERTOS	0

SOBREVIDA MAXIMA UN AÑO 11 MESES HASTA EL MOMENTO

ACTUAL SIN DATOS DE ACTIVIDAD TUMORAL

COLOSTOMIA DERIVATIVA SIN RESECCION

VIVOS 0 SOBREVIDA MAX 2 AÑOS

MUERTOS 6 MIN 3 MESES.

PACIENTES EN QUIEN NO SE PRACTICO CIRUGIA.

VIVOS 0.

MUERTOS 6.

SOBREVIDA 4 MESES.

DISCUSION.

Los tumores del canal anal son poco frecuentes, es necesario diferenciarlos de los del recto por su diferencia etiológica, patológica, aspectos clínicos, manejo y pronóstico. (3,4).

Debe hacerse una cuidadosa diferenciación de un adenocarcinoma de recto que invade hacia abajo hasta incluir el conducto anal.

Los carcinomas escamosos de esta región se subdividen en los del conducto anal. (4,5).

El carcinoma del canal anal es casi tres veces más común que el del margen anal, la frecuencia por edad es la misma, presentándose muchos casos entre los 55 y 70 años de edad. El cáncer del canal anal es más común en mujeres que en hombres (3,5,6).

Las dos variedades más frecuentes son el de células escamosas y el de células de transición. Pueden haber carcinomas basaloideos o cloacogénicos y principalmente se originan en la zona de unión por encima de la línea anorrectal. (4).

Los carcinomas anales se diseminan localmente hasta involucrar la piel perianal y tejidos subcutáneos.

La diseminación linfática a partir de los carcinomas del canal anal pasa a los ganglios intraabdominales e inguinales, aunque los del reborde anal drenan solo a estos últimos (3,4).

Se produce diseminación hematógena hacia el hígado en casos avanzados, mientras que metástasis pulmonares son poco frecuentes.

Rara vez se ven sarcomas de tejido conectivo, pero se han informado, Leiomiomas y rhabdomiomas. El linfoma maligno que involucra el ano es raro. La enfermedad de Paget es también rara en la piel perianal. La enfermedad de Paget histológicamente es idéntica a la

mama, se presenta muy poco frecuente con sujetos añosos de ambos sexos.

El Melanoma maligno constituye el 11% de todos los casos del canal anal, se presenta con masa pigmentada y ulcerada. La extensión a linfáticos y visceras en particular el hígado es muy rápida.

Los cánceres del canal anal se presentan como un crecimiento infiltrativo aplanado con superficie ulcerosa, irregular y de bordes endurecidos y enrollados. (4,11). Pueden producir perforación hacia fosa isquiorrectal con supuración y formación de fistula(5).

La diseminación metastásica hacia los ganglios inguinales puede ser uno o ambos lados y en estadios más avanzados comprometen los linfáticos a lo largo de los vasos iliacos externos.

Los síntomas tempranos son similares a los de la fisura anal. Hay dolor cortante agudo, durante la defecación seguido por dolor sordo en el periné que puede persistir muchas horas, sensación de vaciamiento incompleto, prurito, hemorragia leve, algunas veces severa.(4). Debe enfatizarse que el primer síntoma de un cáncer anal es casi siempre dolor y como con frecuencia es severo, generalmente debe llevar a una consulta y diagnóstico temprano.(3,4).

No es sorprendente que haya opciones divergentes en cuanto al tratamiento de estas lesiones, particularmente en la discusión comprobando cirugía con radioterapia.(6,7).

Los tumores del margen anal distales a la línea dentada pueden researse localmente con un margen limpio adecuado de 2.5 cms., ó más, aunque cuando sea necesario un injerto de piel (4,11), siempre y cuando estos tumores sean menores de 2 cms.(12).

Los del recto terminal, canal anal y margen anal que sobrepasan la línea dentada con resección abdominoperineal debido al alto riesgo de compromiso de linfáticos a lo largo del mesorrecto.(3,4,6,9). Es recomendable una resección amplia de piel perianal y tejidos subcutáneos.(6,11).

La radioterapia fue aconsejada en el pasado y recibe una fuerte influencia por Papillón (8).(1982-83). Realizándola intracavitaria. Puede usarse radioterapia en tratamiento de tumores localmente avanzados o inoperables o recurrencia perianal luego de la resección.esto puede combinarse con tratamiento citotóxico.

El carcinoma del margen anal tiene mejor pronóstico que el carcinoma del canal anal.

En 1973 Nigro y colaboradores reportaron buenos resultados con la terapia combinada: Quimioterapia y radioterapia seguida de resección abdominoperineal.(9,10).

Quan y colaboradores alentaron a efectuar más escisiones locales para curación utilizando radioterapia y quimioterapia previa a esta, en lugar de proceder a la resección abdominoperineal(9,10). Los mejores resultados para el control local y sobrevida a largo plazo ha sido la modalidad combinada (radioterapia y cirugía)(7,12).

Los tumores mayores de 5 cms., continúan teniendo un mal pronóstico independientemente de la modalidad empleada (12).

CONCLUSIONES.

Las neoplasias del canal anal son poco frecuentes deben ser subdivididas en neoplasias del margen anal y las del canal anal si están por arriba o por abajo de la línea dentada respectivamente.

Se presentan con mayor frecuencia entre la 6a y 8a década de la vida.

Las neoplasias del margen anal son más frecuentes en el sexo masculino.

La sintomatología predominante es el dolor anal intenso, pujo y tenesmo. Además de los cambios en el hábito intestinal. El diagnóstico es clínico siendo de gran relevancia el tacto rectal en la exploración de rutina para detectar estos tumores ya que están "al alcance del dedo". Se debe tomar biopsia de las lesiones para determinar la extirpe patológica.

La variedad más frecuente es el cáncer epidermoide de células escamosas.

El tratamiento de estas lesiones es objeto de divergencia, algunos autores apoyan la radioterapia combinada con escisión local. En los tumores del margen anal distales a la línea dentada menos de dos centímetros y resección abdominoperineal en los del canal anal y margen anal que sobrepasan la línea dentada.

La radioterapia intersticial (implantación de radio), en casos seleccionados de carcinoma epidermoide del canal anal ha dado buenos resultados, pero solo en las lesiones pequeñas, sin ganglios palpables en la pared rectal.

En la serie estudiada la mortalidad global fue del (72%) lo cual esta en relación al grado avanzado de las neoplasias al momento de ser diagnosticadas y tratadas, solo pudiendo hacer tratamiento paliativo

con una pobre calidad de vida y un periodo de sobrevida muy corto en promedio cuatro meses.

Los pacientes que se sometieron a terapia combinada han tenido buena evolución sin evidencia de recurrencia alcanzando a la fecha una sobrevida de 1 año 11 meses en uno de los casos.

Los otros dos hasta el momento sin evidencia de actividad tumoral, pero aún son pocos meses los que han transcurrido a partir de su tratamiento por lo cual no se pueden evaluar los resultados y poder emitir conclusiones.

Los resultados de nuestro estudio en general concuerdan con lo publicado en la literatura mundial.

BIBLIOGRAFIA.

1. Skandalakis J.E., Grays, Rowe J.Jr. complicaciones anatómicas en cirugía general, capítulo 12 1a Edición 1983. Mc Graw Hill.
2. Pelaez C.M., Etiopatogenia de los padecimientos inflamatorios anorrectales, revista médica del Hospital Español. Vol. XV. Julio-Agosto de 1965. No.4.
3. Goldberg Stanley. M., Gordon P.H., Nivatvongs S., Fundamentos de cirugía anorrectal. Capítulo 1 y 14 .Primera Edición. 1986. Editorial Limusa.
4. Maingot R., Schwart S., Ellis H., Operaciones abdominales. Tomo II. Capítulo 56 Edición 1986. Editorial Panamericana.
5. Beahrs O. H., Wilson S.M., Carcinoma of the anus. Ann.Surg. 184; 422. 1976.
6. Madden M.V., Elliot M.S., et al: The management of anal carcinoma. Brit.Jour.Surgery 68;287. 1981.
7. Nigro N.D., Vaitkevics V.K., Combined therapy for cáncer of the anal canal. Dis.colon rectum 24; 73, 1981.
8. Papillon J., Radiation therapy in the manegment of epidermoid carcinoma of the anal region. Dis colon rectum 17; 181. 1974.
9. Quan S.H., Anal and paraanal tumors. Suirg. Clin. North Am. 58; 591. 1978.
10. Sischy B., Remington J.H., Sobel S.H., Treatment of carcinoma of the rectum and squamous carcinoma of the anus by combination chemotherapy, radiationtherapy, and operation. Surg.Gynecol. Obstet. 151; 369. 1980.
11. De Vita V.T.Jr., Hellman S, Rosenberg S., Principles and practice of oncology. Chap 29 3 th. ed. 1989 Lippincott Editorial.

12. Luchtefeld M., Anal canal tumors. Postgraduate advances in colorectal surgery. p. 1-9.1988.