

Médica Sur

Volumen **11**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2004**
April-June

Artículo:

Caso 2-2003-Mujer con alteración del
hábito defecatorio, rectorragia y sensación
de cuerpo extraño en la región anal

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Caso 2-2003-Mujer con alteración del hábito defecatorio, rectorragia y sensación de cuerpo extraño en la región anal[§]

Nilson Agustín Contreras Carreto,* Óscar Téllez Reynoso,** Jorge Hernández Ortiz,*** Marcela Giardina,**** Javier Lizardi Cervera*****

Resumen

Es importante distinguir clínicamente los tumores del canal anal (CA) de los del margen anal (MA), estos tumores tienen diferente epidemiología, factores de riesgo, historia natural y tratamiento. Los tumores del canal anal representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales, con un estimado de 3,400 nuevos casos por año en Estados Unidos de América. A continuación se presenta el caso clínico de una mujer de 60 años de edad, la cual presentó cambios en el hábitus intestinal secundario a carcinoma cloacogénico con diferenciación epidermoide.

Palabras clave: Cáncer anal, carcinoma cloacogénico.

Abstract

It is important to distinguish anal cancer from anal margin cancers. These tumors have different epidemiology, risk factors, natural history, and treatment. Tumors of the anal canal account 2% of gastrointestinal malignancies, with an estimated 3,400 new cases per year in the United States of America. We present a case of a old woman with alteration in the intestinal habit secondary to cloacogenic carcinoma.

Key words: Anal cancer, cloacogenic carcinoma.

Caso clínico

Mujer de 60 años de edad originaria y residente de México, D.F; soltera, ama de casa, dedicada al comercio. Antecedentes heredofamiliares: Padre finado a los 85 años por cáncer prostático metastásico. Madre finada a los 60 años de edad por infarto agudo del miocardio. Ocho hermanos vivos y sanos. Dos hijos vivos y sanos. Antecedentes personales no patológicos: Tabaquismo a razón de 3 cigarros al día x 20 años con un índice tabáquico de 3. Ingesta de alcohol esporádica sin llegar al grado de embriaguez. Grupo sanguíneo: "O" (+). Antecedentes ginecoobstétricos: Menarca a

los 12 años. Ritmo 28 x 4, IVSA a los 20 años de edad, G2 P2, FUM 15 años previos al ingreso. Último Papanicolaou hace 5 meses, negativo a células malignas. Antecedentes personales patológicos: Amigdalectomía a los 7 años de edad, 2 cesáreas a los 32 y 34 años de edad por desproporción cefalopélvica, histerectomía total abdominal hace 10 años por miomatosis uterina. Negó alérgicos y transfusionales, así como enfermedades cronicodegenerativas. Refirió un hábitus defecatorio: 1 a 2 veces cada 24 h, hábitus urinario: 1-3 veces por día, nictámero 1. Resto negado.

Padecimiento actual: inició su padecimiento 5 meses antes de su ingreso con alteración en el hábitus defecatorio caracterizado por tenesmo rectal, alargamiento en la frecuencia de la evacuación 1-2 veces cada 48 h, rectorragia ocasional asociada a pujo, sensación de "cuerpo extraño" en recto y dolor ocasional que se exacerbaba a la defecación. Negó la presencia de moco en heces, pérdida de peso u otra sintomatología acompañante. Acudió con facultativo 3 meses después de iniciada su sintomatología el cual recetó suplementos de fibra así como analgésicos no especificados, sin mejoría clínica aparente por lo que acudió a Médica

* Departamento de Medicina Interna.

** Clínica de Colon y Recto.

*** Departamento de Radiología e Imagen.

**** Departamento de Anatomía Patológica.

***** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

[§] Este caso fue presentado en Sesión General de Caso Clínico Cerrado.

Sur para su valoración en donde a la exploración física de ingreso se encontró con frecuencia cardíaca de 60 lpm, respiratoria de 21 por minuto y una tensión arterial de 110/70 mmHg. Cráneo normocéfalo y sin alteraciones, con mucosas orales bien hidratadas, cuello sin presencia de adenomegalias, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos peristálticos adecuados en intensidad y frecuencia, sin datos que sugieran irritación peritoneal o signos patológicos, extremidades íntegras y bien conformadas, con llenado capilar de 2 segundos y sin alteraciones de los arcos de movimiento pasivo, fuerza muscular 5/5 y reflejos miotáticos de 2/4. Se realizó exploración bimanual advirtiendo tumoración en recto indurada, de márgenes irregulares por lo que se decidió complementar diagnóstico con estudios paraclínicos mismos que se comentarán a continuación.

Estudios de laboratorio:

Parámetro	Valor	Referencia
Hemoglobina (g/dL)	13.4	12.0-17.7
Hematócrito (%)	43	36-54
Plaquetas (10 ³ /mcL)	195	150-400
Leucocitos totales (10 ³ /mcL)	4.8	3.3-10.4
Velocidad de sedimentación globular	6	0-13
Glucosa (mg/dL)	82	65-110
Nitrógeno ureico sanguíneo (mg/dL)	19	7-21
Creatinina (mg/dL)	0.80	0.5-1.4
Proteínas totales (g/dL)	7.70	6.3-8.2
Albumina (g/dL)	4.20	4-5
Bilirrubina total (mg/dL)	0.6	0.2-1.3
Directa (mg/dL)	0.10	0.0-0.4
Indirecta (mg/dL)	0.50	0.0-1.1
Transaminasa glutámico-oxaloacética (UI/L)	26	15-46
Transaminasa glutámico-pirúvica (UI/L)	36	11-66
Fosfatasa alcalina (UI/L)	100	38-126
Deshidrogenasa láctica (UI/L)	411	300-620
Tiempo de protrombina (Seg)	11.9	Testigo 10.8-12.0
Tiempo de tromboplastina parcial (Seg)	30	Testigo 26-40
Tiempo de coagulación (Seg)	100	90-160
Antígeno ca 19-9 (UI/mL)	7.50	0-37
Antígeno carcinoembrionario (ng/mL)	3.0	0.0-5.0

*Comentario del Servicio de Cirugía
Dr. Óscar Téllez:*

Se trata de paciente femenino que cursa con rectorragia y dolor anal ocasional, sensación de cuerpo extraño en recto y dificultad para evacuar. El tumor es

de consistencia dura, bordes o superficie irregulares, en recto distal y conducto anal proximal. Entre los factores de riesgo que más destacan se encuentra la edad (final de la 6a década), y el tabaquismo.

En base a lo anterior se pueden hacer las siguientes consideraciones diagnósticas:

- Sospecha de neoplasia maligna por los siguientes puntos:
 - a) Induración:
Aun en lesiones atípicas.
En ausencia de induración la probabilidad de lesión benigna es del 90%.
 - b) Diámetro:
Asociación entre pólipos malignos y el diámetro:
19% para 1.6 – 2.5 cm, 43% para 2.6 – 3.5 cm y 76% para > 3.6 cm.
 - c) Edad
- Sospecha de adenocarcinoma de recto que se extiende al conducto anal:
 - a) Es la neoplasia colo-rectal maligna más frecuente.
 - b) Hasta el 19% de todos los tumores del CA pueden ser adenocarcinomas.
 - c) Los adenocarcinomas que se originan de la zona colo-rectal del conducto anal son extremadamente raros y se comportan como los cánceres del recto distal.
- Sospecha de cáncer epidermoide del CA:
 - a) Los cánceres del ano comprenden el 2 a 4% de todos los cánceres colo-rectales. Pero hasta el 80% de los tumores del CA son carcinomas epidermoides.
 - b) El patrón de crecimiento de los tumores del CA es predominantemente hacia el recto.
 - c) Son más frecuentes en mujeres y el tabaquismo se puede considerar como un factor de riesgo.

En la colonoscopia realizada a este paciente se puede observar un tumor en el conducto anal mejor observado con la técnica de retrovisión (*Figura 1*).

Cuando se presenta un crecimiento en el ano, hay una probabilidad constante de que resulte ser un adenocarcinoma más que cualquier otra clase de tumor. Hay que recordar, sin embargo, que una lesión de células escamosas se puede diseminar extensamente en dirección proximal. Una lesión muy dura es quizás más probable que sea escamosa, mientras que una lesión

más blanda es más probable un adenocarcinoma. Pero el diagnóstico histológico preciso sólo se establece mediante biopsia.

Diagnóstico: Carcinoma de epidermoide del conducto anal

*Comentario del Servicio de Radiología e Imagen
Dr. Jorge Hernández Ortiz:*

En la exploración ultrasonográfica endocavitaria del recto con transductor de 6.5 MHz se observó asimetría de la forma del recto, con una zona focal de aumento del volumen de la pared intestinal hacia el radio de las 5 h, disminuyendo la luz en forma secundaria, y con cierta prominencia de los tejidos grasos perirrectales (*Figura 2*).

En la tomografía computada se corroboró la presencia de una lesión dependiente de los planos pro-

fundos de la pared intestinal, con un componente endoluminal, que deforma la pared posterior y lateral de la parte más distal del recto, y borramiento de los tejidos grasos (*Figura 3*).

*Comentario del Servicio de Anatomía Patológica
Dra. Marcela Giardina:*

En la primera fotomicrografía se observa producto de biopsia que fue analizado en este departamento donde se observa epitelio escamoso maduro interrumpido por área ulcerada que presenta proliferación neoplásica epitelial en las que se distinguen zonas ópticamente densas más hipercromáticas en la periferia y áreas centrales más claras (*Figura 4*). Con mayor aumento se distinguen áreas centrales con células de citoplasma eosinófilo y en la periferia células de núcleos hipercromáticos y escaso citoplasma. En base a las anteriores imágenes podemos concluir que

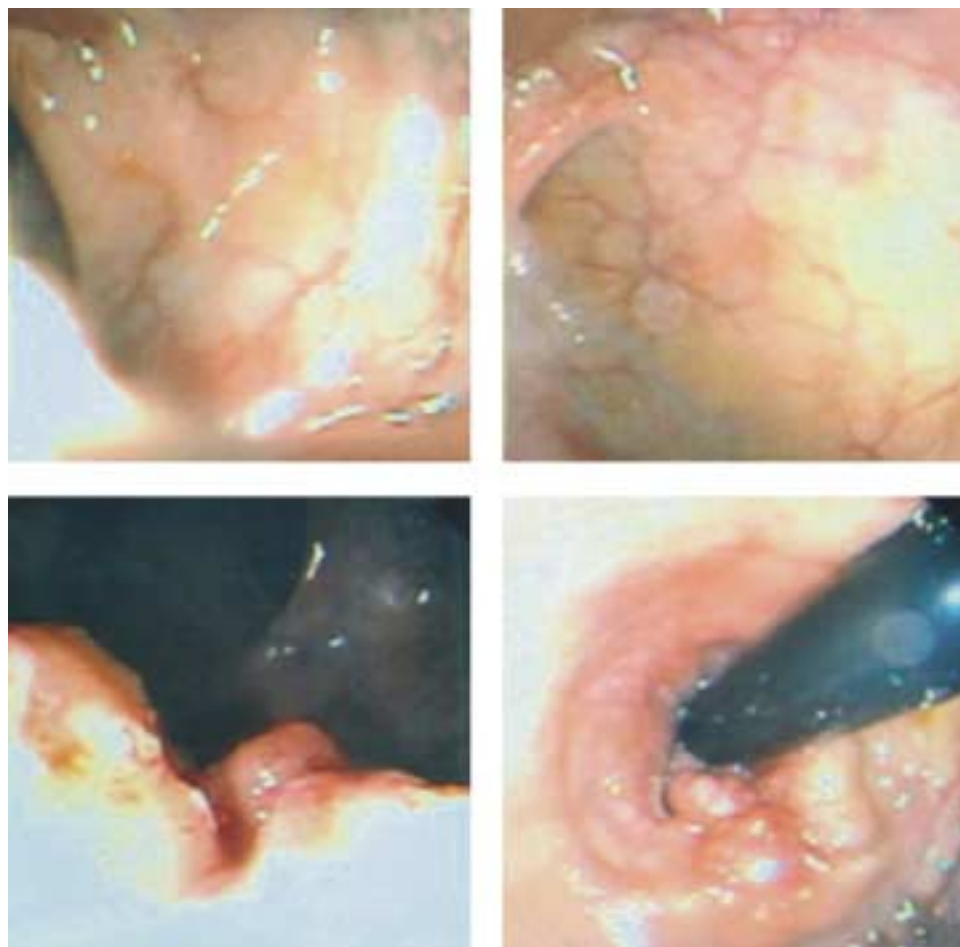


Figura 1. En la colonoscopia realizada a este paciente se puede observar un tumor en el conducto anal mejor observado con la técnica de retrovisión.

en el producto analizado de biopsia de recto se trata de carcinoma cloacogénico con diferenciación epidermoide.

Posteriormente se analizó producto de resección parcial de ano donde se identifica presencia de carcinoma *in situ* adyacente a neoplasia (Figura 5). En las siguientes fotomicrografías se observa proliferación

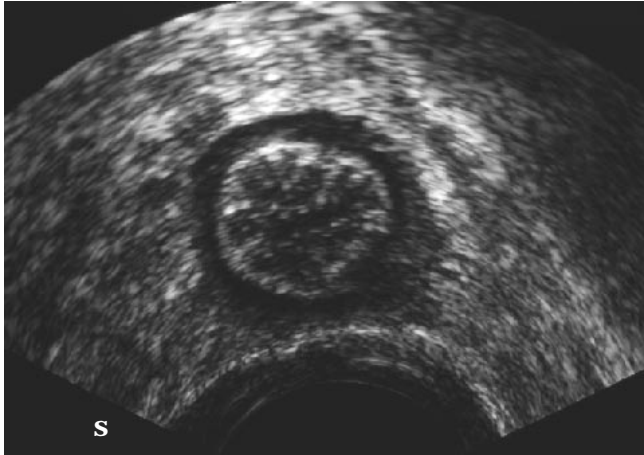


Figura 2. En la exploración ultrasonográfica endocavitaria del recto con transductor de 6.5 MHz se observó asimetría de la forma del recto, con una zona focal de aumento del volumen de la pared intestinal hacia el radio de las 5 h, disminuyendo la luz en forma secundaria, y con cierta prominencia de los tejidos grasos perirectales.

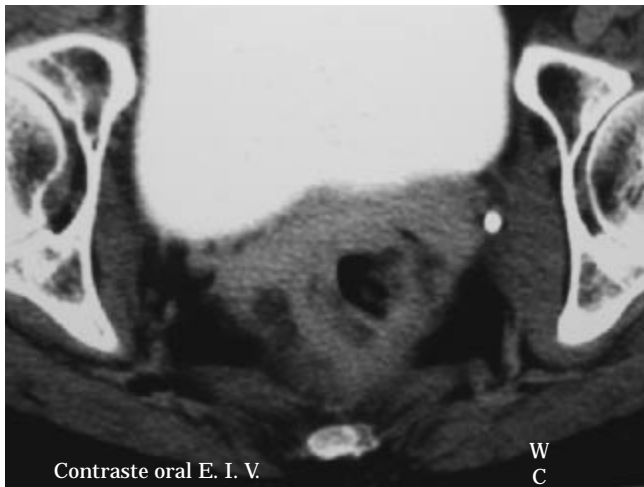


Figura 3. En la tomografía computada se corroboró la presencia de una lesión dependiente de los planos profundos de la pared intestinal, con un componente endoluminal, que deforma la pared posterior y lateral de la parte más distal del recto, y borramiento de los tejidos grasos.

neoplásica atípica infiltrante formada por células de citoplasma eosinófilo, queratinizante y células de núcleos hipercromáticos y escaso citoplasma de ubicación periférica y presencia de permeación neoplásica vascular. Por lo anterior podemos concluir que en la pieza quirúrgica antes observada el diagnóstico anatómopatológico es:

- Tumor de conducto anal:
 - Carcinoma epidermoide infiltrante queratinizante poco diferenciado
 - Con permeación vascular neoplásica
 - Intensa reacción inflamatoria aguda y crónica y áreas de necrosis peri e intratumoral
 - Con infiltración hasta capa muscular interna

Evolución

La paciente se sometió a resección parcial de recto advirtiéndose tumoración de más de 3 cm que ocupaba el 35% de la luz del recto. Actualmente en tratamiento a base de quimioterapia y radioterapia. En general se considera hasta el momento una evolución satisfactoria.

Conclusión diagnóstica final:

Carcinoma cloacogénico con diferenciación epidermoide

Comentario bibliográfico

Tumores malignos del ano

La variedad de las neoplasias del ano es muy amplia, en general no sólo tienen su origen en el epitelio estratificado del conducto anal (anodermo) o en el epitelio cilíndrico de la mucosa rectal; se originan también en una zona considerada remanente de la cloaca embrionaria conocida como zona transicional. Esta zona corresponde a una franja circular de 0.3-1.1 cm de amplitud interpuesta entre ambos epitelios. La diferenciación entre cáncer del margen anal (MA) y conducto o canal anal (CA) es muy importante ya que tienen diferente epidemiología, factores de riesgo, historia natural y tratamiento. Los tumores del canal anal representan el 2% de las neoplasias gastrointestinales, con un estimado de 3,400 nuevos casos por año en Estados Unidos de América.¹ La mayoría de los cánceres del CA son carcinomas de células escamosas y se reconocen diferentes

variedades de acuerdo a la configuración celular predominante: de células transicionales, basaloide, cloacogénico y, mucoepidermoide, sin embargo, debido a que su historia natural es muy similar, el tratamiento es el mismo y el pronóstico varía muy poco. Otros cánceres que se observan con menos frecuencia son el adenocarcinoma y el melanoma.

El carcinoma de células escamosas es el más frecuentemente encontrado en el margen anal (MA), sin embargo se pueden observar otras neoplasias como el carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen y enfermedad de Paget extramamario.³

Carcinoma epidermoide

El carcinoma epidermoide (escamoso) del ano constituye aproximadamente el 2% de los cánceres del intestino grueso. El patrón histológico en general, carece de importancia para el médico clínico. La mayoría de los pacientes con este tipo de cáncer se encuentran generalmente entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Se reporta una relación mujer:hombre de 5:1. En México, la incidencia estimada de tumores anales es de 1.5% y sólo el 0.18% corresponden al CA.³

El VPH es el agente más vinculado a la etiopatogenia de este padecimiento, principalmente el VPH 16. Por otro lado, existe un incremento en la prevalencia del VPH en biopsias de ano coexistente con infección por VIH, probablemente relacionado al coito anal en pacientes homosexuales. Es probable que el VPH pudiese actuar en sinergia con iniciadores carcinogénicos como el tabaco y el HSV.

El riesgo de desarrollar un carcinoma invasivo es mayor cuando existe neoplasia intraanal (NIA) de alto grado o carcinoma *in situ*. Ésta se desarrolla con más frecuencia en el epitelio transicional que en el anodermo del conducto anal y puede presentarse como un fenómeno focal. Los síntomas de las neoplasias anales no son específicos y se pueden presentar en varias enfermedades no neoplásicas del ano. El síntoma más frecuente es la rectorragia en un 50% de los casos. Otras manifestaciones menos frecuentes son dolor y sensación de masa (20-30%).²

Los cánceres del MA son visibles y los del CA pueden serlo, o al menos, siempre estar al alcance de la exploración digital. Se debe tomar en cuenta que el carcinoma de CA ocasionalmente se puede presentar como un absceso o fístula anal, definiéndose el diagnóstico después del estudio histopatológico de un espécimen de hemorroidectomía o fistulectomía.

El diagnóstico es histopatológico. Se recomienda como parte del protocolo de estudio realizar colonoscopia y TC para realizar el estadiaje del tumor. Rx de tórax siempre es imprescindible para evaluar metástasis ganglionares y a distancia. El USG endoanal permite valorar adecuadamente el tamaño, el grado de penetración del tumor,

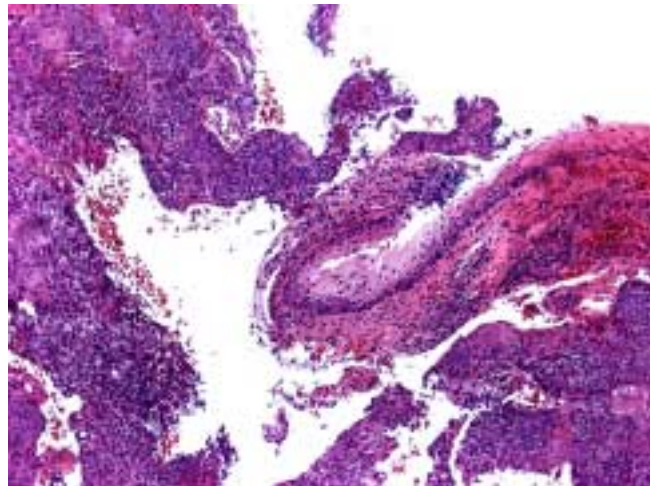


Figura 4. En la fotomicrografía se observa producto de biopsia que fue analizado en este departamento donde se observa epitelio escamoso maduro interrumpido por área ulcerada que presenta proliferación neoplásica epitelial en la que se distinguen zonas ópticamente densas más hipercromáticas en la periferia y áreas centrales más claras.

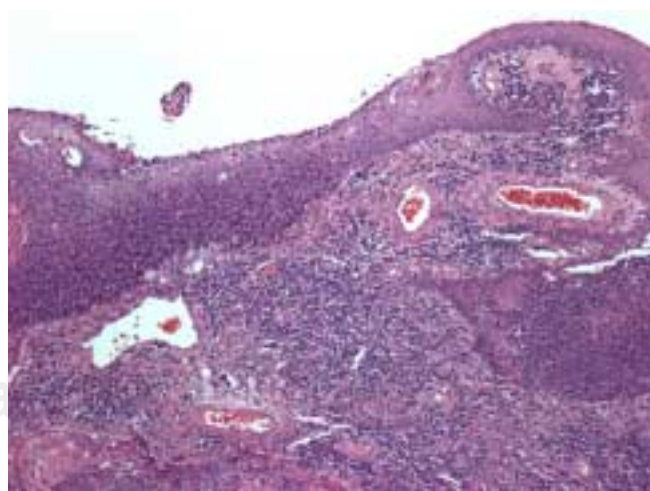


Figura 5. Producto de resección parcial de ano donde se identifica presencia de carcinoma *in situ* adyacente a neoplasia.

así como la presencia de ganglios perirrectales. El carcinoma epidermoide metastatiza a través de los linfáticos del recto, así como a los ganglios linfáticos de la ingle.

La diseminación hematogénea ocurre por vía de la vena porta, por las venas sistémicas o por ambas vías a la vez, dependiendo de la localización de la lesión. Las causas predisponentes pueden ser: la inflamación crónica (fisura, fistula, enfermedad venérea) y la irradiación.

El manejo depende de la localización del tumor, de la profundidad de la invasión y de la presencia o ausencia de metástasis. Estos tumores se extienden directamente dentro de los esfínteres, al tejido perianal, a la vagina en caso de ser mujer, y a la próstata en el caso del hombre.⁶ Aunque existen múltiples clasificaciones, realmente no existe un consenso adecuado. Es claro que el principal factor pronóstico es el tamaño del tumor y la extensión a ganglios.

La cirugía es un tratamiento satisfactorio para la mayoría de los tumores del MA, inclusive las recurrencias pueden ser tratadas de forma quirúrgica. Por otro lado, no es suficiente en tumores del CA. Las pequeñas lesiones en la piel perianal y en la unión ano-cutánea, bien por debajo de la línea pectínea, son tratadas por resección local o irradiación, si no infiltran los esfínteres o el septum rectovaginal.⁴

La terapia tradicional es la resección abdominoperineal para los tumores grandes e invasivos y para aquellos que comprometen la línea pectínea.

Las metástasis inguinales son tratadas por radioterapia o por la disección de los ganglios linfáticos.

La RT-QT actualmente es aceptada como el tratamiento de primera elección en el carcinoma de CA. Se utiliza el esquema de Nigro, el cual consiste en RT con dosis de 30 Gy calculada al eje central del plano medio de la pelvis, a 2 Gy/día y cinco dosis por semana. Al mismo tiempo se administra 5-FU a dosis de 1,000 mg/m²/24 h por 4 días y mitomicina C como bolo IV a dosis de 15 mg/m².²⁻⁵

Un promedio de sobrevida de más del 60% a cinco años es esperado para los pacientes tratados por terapia tradicional, un mayor seguimiento y más pacientes son requeridos para evaluar los nuevos protocolos que parecen ser muy efectivos en el corto tiempo.⁷

Otros tumores

Melanoma

El melanoma es una rara lesión pigmentada o amelanótica, que puede parecer una hemorroide trombosada o un pólipo mucoso.⁸

Este tumor causa síntomas triviales, metastatiza tempranamente y es altamente letal, el tratamiento es quirúrgico y agresivo, con resección abdominoperineal o una posterior exanteración pelviana.

Adenocarcinoma mucinoso

Se origina en las glándulas anales y causa fistulas ano-rectales recurrentes, la resección abdominoperineal es necesaria para este tipo de tumor.

Enfermedad de Bowen anogenital

Es un carcinoma de células escamosas, crónico, *in situ*.

El prurito anal es el síntoma usual. Una lesión macular, fisurada, o una lesión roja, aterciopelada, ulcerada, debe ser biopsiada para establecer el diagnóstico. La escisión amplia con injerto de piel si es necesario, es aconsejada, porque la enfermedad de Bowen puede progresar a un cáncer invasivo.

Enfermedad de Paget extramamario

Es un adenocarcinoma intraepitelial mucinoso, que probablemente se origina en las glándulas subepidérmicas apocrinas y compromete la epidermis secundariamente.

Macroscópicamente recuerda a muchas otras lesiones dermatológicas y el diagnóstico es hecho por la biopsia. La escisión amplia es el tratamiento de elección, este tumor puede recurrir localmente y aun dar metástasis.

Referencias

1. Chawla AK, Horick NK, Yeap B, Willett CG. An evaluation of patient-reported gastrointestinal and urinary symptoms following surgery and radiation therapy for localized rectal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 57(2): 35-37.
2. Chawla AK, Kachnic LA, Clark JW, Willett CG. Combined modality therapy for rectal and colon cancer. *Semin Oncol* 2003; 30(4): 101-112.
3. Chawla AK, Willett CG. Squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Hematol Oncol Clin North Am* 2001; 15(2): 321-344.
4. Guillem JG, Moore HG, Paty PB, Cohen AM, Wong WD. Adequacy of distal resection margin following preoperative combined modality therapy for rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2003; 10(7): 824.
5. Moore HG, Guillem JG. Multimodality management of locally advanced rectal cancer. *Am Surg* 2003; 69(7): 612-619.

6. Moore HG, Guillem JG. Anal neoplasms. *Surg Clin North Am* 2002; 82(6): 1233-51.
7. Gervasoni JE Jr, Wanebo HJ. Cancers of the anal canal and anal margin. *Cancer Invest* 2003; 21(3): 452-64.
8. Licitra L, Spinazze S, Doci R, Evans TR, Tanum G, Ducreux M. Cancer of the anal region. *Crit Rev Oncol Hematol* 2002; 43(1): 77-92.

Correspondencia:
Dr. Nilson Agustín Contreras Carreto
Subdirección Académica.
Tercer Piso de Hospital.
Puente de Piedra No. 150.
Col Toriello Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal

