

**ONCOLOGÍA****CÁNCER ANAL**

Carlos Gamboa Pacheco\*

**SUMMARY**

The anal cancer is a rare disease with a rising incidence over the past years. The risk factors identified are: HVP infection, HIV, cigarette smoking and immunosuppression. The most common clinical presentation is rectal bleeding<sup>(1)</sup>. The physical exam includes digital rectal examination, which allows a clinical staging depending on the tumor size. The diagnosis is made histologically, a biopsy should be performed. Thoracic and abdominal CT assesses tumor extension and disseminated disease<sup>(3)</sup>. The treatment prior to the 1970's involved

**abdominoperineal resection, nowadays the standard care is chemoradiotherapy because of the high rate of tumoral regression and organ preservation leaving surgery as an option for residual disease patients<sup>(10)</sup>.**

**Keywords:** Anal cáncer, anal canal, anal margin, HPV, HIV, digital rectal examination, CT, abdominoperineal excision, chemoradiotherapy.

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer del canal anal es una patología poco frecuente que

corresponde hasta un 4% de las malignidades anorectales y un 1.5% del tracto gastrointestinal. En décadas recientes se ha demostrado un aumento en su incidencia global, dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: el virus del papiloma humano (VPH), el fumado, el HIV y la inmunosupresión. El tratamiento inicial comprendía la resección abdominoperineal desde previo los años 70's y tuvo un cambio radical reciente donde se prefería la quimioterapia preservadora de órganos<sup>(1, 10)</sup>.

---

\* Médico General / UCIMED. Cód: 12590  
Correo: carlosgampa@hotmail.com

## FACTORES DE RIESGO

El cáncer anal está asociado al la infección por el virus del papiloma humano (VPH), historia de enfermedad de transmisión sexual o contacto anal, historia de cáncer cervical, vulvar o vaginal, inmunosupresión posterior a trasplante o infección por VIH, malignidades hematológicas y el fumado<sup>(3)</sup>.

- Infección por VPH: Estudios recientes han demostrado que la mayoría de cánceres anales de células escamosas aparentemente están ligadas a la infección por el VPH. Existen alrededor de 100 subtipos de virus de los cuales el VPH-16 se ha asociado en un 70% con el cáncer anal<sup>(9)</sup>.

- Infección por VIH: Se ha encontrado que es un factor independiente para este tipo de cáncer, ha alcanzado proporciones epidémicas entre hombres infectados con VIH que practican relaciones sexuales entre ellos. El tratamiento adecuado del VIH ha disminuido el riesgo para muchas enfermedades relacionadas con el SIDA, sin embargo no ha sido así con el cáncer anal<sup>(6,7)</sup>.

- Fumado: El fumado ha sido descrito en la literatura como un factor independiente que aumenta el riesgo de este tipo de cáncer. Los componentes del humo de tabaco causa daños genotóxicos al epitelio anal<sup>(1,3)</sup>.

- Inmunosupresión crónica:

Pacientes con terapia inmunosupresora posterior a un trasplante de órgano presentan mayor riesgo de carcinomas de células escamosas. Este riesgo es probablemente resultado de una infección persistente por VPH<sup>(1,5)</sup>. - Género: El sexo femenino es el más afectado en una proporción de 5:1 con relación a los hombres, esto por ser las mujeres quienes tienen una mayor prevalencia en infecciones por el VPH<sup>(1)</sup>.

- Enfermedad de Crohn: Pacientes con enfermedad de Crohn de larga data especialmente en aquellos con enfermedad perianal activa, presentan mayor riesgo de desarrollar cáncer del canal anal<sup>(5)</sup>. Generalmente la mayor incidencia de inflamaciones persistentes en el área perianal se dan por enfermedades crónicas como lo son las fistulas.

## CLASIFICACIÓN

El cáncer anal se clasifica según su localización e histología. La localización más frecuente es en canal anal y comprende el 85% de los casos, su presentación más frecuente es el carcinoma de células escamosas en un 75%<sup>(1,4)</sup>.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN

La manifestación clínica más frecuente del carcinoma

anal es el sangrado rectal en aproximadamente el 45% de los pacientes; usualmente es atribuido a patología benigna como la enfermedad hemorroidal por lo que se retrasa el diagnóstico. Hasta un 35% de los pacientes refiere dolor o masa a nivel rectal. Otras formas de presentación son: úlcera que no sana, prurito, descarga, incontinencia fecal, fistula<sup>(4,5)</sup>. Al examen físico debe realizarse un tacto rectal meticuloso para descartar lesiones anales, ganglios linfáticos perirectales, realizar un examen vaginal para determinar el sitio y tamaño del tumor primario, mucosa involucrada, tumores exofíticos o ulcerativos, o la presencia de fistula. Es importante valorar la presencia de adenopatías inguinales. El examen ginecológico debe incluir tamizaje por cáncer de cérvix dada la relación entre el carcinoma anal y el VPH<sup>(3)</sup>. Toda lesión encontrada debe tomársele biopsia para la confirmación microscópica del diagnóstico. La colonoscopía no es requerida para valorar patología en intestino proximal debido a que no han sido reportadas lesiones sincrónicas en cáncer de canal anal<sup>(5)</sup>. Se recomienda la evaluación por medio de TAC o resonancia magnética pélvica para la valoración de nódulos inguinales, compromiso de otros órganos abdomino-pélvicos o enfermedad diseminada. Dado

que el drenaje venoso del ano está asociado a circulación sistémica, es necesario un TAC de tórax para descartar metástasis pulmonares. Se sugiere realizar serología por VIH y cuantificación de CD4 dado el riesgo aumentado en este tipo de población<sup>(2,3)</sup>.

## ESTADIAJE

La mayoría de los tumores son evaluados clínicamente por examinación directa haciendo énfasis en el tamaño del tumor primario. Las guías para el estadiaje utilizan el mismo sistema para ambos carcinomas de canal anal y de margen anal. Muchos de los carcinomas de margen anal involucran el canal anal o presentan lesiones de alto grado precancerosas en el mismo. El pronóstico de este carcinoma se relaciona con el tamaño del tumor primario y la presencia de metástasis a nódulos linfáticos<sup>(2)</sup>.

## TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es alcanzar la cura con un control locorregional y preservación de la función anal, con la mayor calidad de vida posible. El tratamiento inicial se basaba en la resección abdominoperineal, la cual presentaba altas tasas de recurrencia y mayor morbilidad con colostomía

Tabla 1. Definiciones del TNM	
<b>Tumor Primario (T)</b>	
TX	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial anal II-III
T1	Tumor de 2cm o menos de diámetro
T2	Tumor mayor a 2 cm pero menor a 5cm de diámetro
T3	Tumor mayor a 5cm de diámetro
T4	Tumor de cualquier tamaño que invade órganos adyacentes

  

Nota: Invasión directa de la pared rectal, piel perirectal, tejido subcutáneo o esfínteres no clasifican como T4.	
<b>Nódulos Linfáticos Regionales (N)</b>	
NX	No pueden valorarse nódulos linfáticos
N0	No hay metástasis en nodos linfáticos regionales
N1	Metástasis en nódulos linfáticos perirectales
N2	Metástasis en nódulos linfáticos unilaterales de la iliaca interna o inguinal.
N3	Metástasis en nódulos linfáticos perirectales e inguinales y/o bilaterales de la iliaca interna o inguinales.
<b>Metástasis a Distancia (M)</b>	
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Tabla 2. Estadiaje Anatómico / Grupos pronóstico			
Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB	T4	N1	M0
	Cualquier T	N2	M0
	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

permanente<sup>(3,10)</sup>. Posterior a los años 70, las combinaciones de quimioradioterapia con 5-Fluoroacilo (5-FU) y otros agentes citotóxicos se establecen

como el tratamiento estándar, con una regresión tumoral completa en un 80-90% de los pacientes. El manejo multidisciplinario es mandatorio involucrando

oncólogos médicos, radiólogos, cirujanos y patólogos<sup>(10)</sup>. Las lesiones pequeñas (menores a 2 cm de diámetro) que involucran margen anal, pueden ser tratadas por medio de excisión local con márgenes adecuados (>5mm) que pueden obtenerse sin comprometer esfínteres. La excisión local no ha mostrado eficacia en tumores de canal anal y está contraindicada. Es importante realizar un estadiaje clínico-radiológico adecuado para descartar la presencia de nódulos positivos, lo cual es una contraindicación para la excisión local<sup>(3)</sup>. La quimioterapia con 5-FU y Mitomicina C (MMC) combinado con radioterapia es la primera opción terapéutica, ésta tiene excelente control local en tumores pequeños (<4cm) a dosis totales de radiación de 30-50 Gy. El tratamiento con radioterapia sin interrupciones se considera como el tratamiento más efectivo. En tumores avanzados se puede requerir mayor dosis de radiación, particularmente si se planea alguna interrupción. Los nódulos inguinales deben incluirse en la mayoría de los casos en la zona de radiación, incluso aún cuando no ha sido demostrado su compromiso temprano. La incidencia del compromiso de nódulos linfáticos crece con el aumento de tamaño del tumor primario y se presenta en al menos 30% de los pacientes con

tumores mayores a 5cm (T3)<sup>(3,5,6)</sup>. El cáncer anal tiende a la regresión lentamente luego de completar la quimioradioterapia. La reevaluación se realiza luego de 8-12 semanas de cumplir el tratamiento. El tacto rectal es el mayor determinante de la respuesta completa al haber ausencia de tumor o ulceración, también es necesaria la inspección clínica de la región inguinal y la evaluación radiológica. Un tumor recurrente o residual debe ser confirmado histológicamente previo a considerar cirugía radical. Es importante dar seguimiento a los pacientes quienes no han alcanzado una respuesta clínica completa con cáncer anal persistente hasta por 6 meses posterior al cumplimiento de la terapia, siempre y cuando no haya evidencia de progresión de la enfermedad. La enfermedad persistente puede durar hasta 26 semanas en alcanzar la regresión completa, por lo que realizar una evaluación de la misma en este punto es indispensable para definir si es necesario el abordaje quirúrgico<sup>(2,7,10)</sup>. El seguimiento para los pacientes con remisión completa a las 8 semanas debe ser evaluado cada 3-6 meses por un período de 2 años, y cada 6-12 meses hasta los 5 años. Las lesiones progresivas sospechosas deben ser biopsiadas. La mayoría de recaídas se dan a nivel locorregional. Aproximadamente

un 10-20% de los pacientes sufren de metástasis a distancia en nódulos paraaórticos, hígado, pulmones y piel. El pronóstico en la enfermedad diseminada es pobre con sobrevida del 10% en 2 años<sup>(2,5)</sup>.

## RESUMEN

El cáncer anal es una enfermedad poco común cuya incidencia ha aumentado con el paso de los años. Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentran: infección por VPH, infección por VIH, el fumado y la inmunosupresión<sup>(1)</sup>. La presentación clínica más frecuente es el sangrado rectal. Al examen físico el tacto rectal permite realizar un estadiaje clínico basándose en el tamaño de la lesión. El diagnóstico es histológico, por lo que debe tomarse biopsia. Se debe realizar un TAC toraco-abdominal para valorar extensión tumoral y enfermedad diseminada<sup>(3)</sup>. El tratamiento previo a los años 70 se basaba en la resección abdominoperineal, actualmente el manejo estándar es la quimioradioterapia por su alto porcentaje de regresión tumoral y preservación de órganos, dejando la cirugía como opción para los casos de enfermedad residual<sup>(10)</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ahmad Salati, Sajad; Al Kadi, Azzam. Anal cancer- a review. International Journal of Health Sciences, Qassim University. 2012; 6 (2): 169-190.
2. De Nardi, Paula; Carvello, Michele; Staudacher, Carlo. New approach to anal cancer: Individualized therapy based on sentinel lymph node biopsy. World J Gastroenterol. 2012; 18 (44): 6349-6356.
3. Engstrom, Paul; Arnoletti, Juan; Benson, Al. et al. Anal Carcinoma. JNCCN. 2010; 8: 106-120.
4. Ferrer, Manuel; Velasco, Francisco; Belda, Ricardo; Berenguel, María; Reina, Angel. Adenocarcinoma del canal anal. Revisión de conjunto. Cirugía Española. 2013; 91 (5): 281-286.
5. Glynne-Jones, Robert et al. Anal Cancer: ESMO-ESSO-ESTRO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Radiotherapy and Oncology. 2014; 111(3): 330-339.
6. Glynne Jones, Robert; Norhover, J; Oliveira, J. Anal Cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2009; 20 (4): 57-60.
7. Medical Advisory Secretariat. Anal dysplasia screening: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series. 2007; 7 (4).
8. Musio, Daniela; De Felice, Francesca; Raffetto, Nicola; Tombolini, Vincenzo. Management of persistent anal canal carcinoma after combined-modality therapy: a clinical review. Radiation Oncology. 2014; 9:39.
9. Stanley, Margaret; Winder, David; Sterling, Jane; Goon, Peter. HPV infection, anal intra-epithelial neoplasia (AIN) and anal cancer: current issues. BMC Cancer. 2012; 12: 398.
10. Uronis, Hope; Bendell, Johanna. Anal Cancer: an Overview. The Oncologist. 2007; 12 (5): 524-534.