

ADENOCARCINOMA DE AÑO

Presentación de un caso

Revisión bibliográfica

RESUMEN

Se analiza el caso de una paciente de 67 años de edad con Adenocarcinoma de ano. La manifestación inicial de la enfermedad fue derrame pleural secundario a metástasis pleurales. Antecedentes de hemorroides no tratadas desde los 20 años de edad. No se realizó tratamiento quirúrgico por el estado avanzado de la enfermedad recibiendo tratamiento paliativo (Quimioterapia y Radioterapia), falleciendo a los siete meses del diagnóstico.

SUMMARY

We analyze the case of a 67 years old woman with anal adenocarcinoma. Pleural effusion secondary to pleural metastases was the initial manifestation of the illness. She had untreated hemorrhoids since 20 years old. She didn't underwent surgery, because the advanced stage of the illness, receiving then paliative treatment (Chemotherapy plus Radiotherapy). She died seven months after the diagnosis was made.

KEYWORDS: Adenocarcinoma, Anus, Anal Cancer.

Palabras Clave:

Adenocarcinoma, Ano, Cáncer de Ano.

Dres. Edgardo R. León de la Fuente *, Lucio R. Obeide **, Miguel A. Arcuri Colombres **, Juan C. Mondino ***, Héctor G. Eynard ***, Eduardo Miranda *** y Ricardo Catini ****.
Servicio de Cirugía General.
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba

Experiencia Médica 1993 - Vol. XI - Nros. 1-2.

INTRODUCCION

El Adenocarcinoma de Ano es una entidad poco frecuente. En la revisión bibliográfica ponemos de manifiesto la escasa casuística mundial de esta patología, por eso consideramos de interés la presentación de este tumor.

Resumen de H.C.

✓ Pte. de 67 años, sexo femenino, que consulta en este hospital en Diciembre del '92 con dolor en hemitórax izquierdo, disnea súbita, sin antecedentes de cardiopatía. Se le realiza Rx de tórax observándose derrame pleural izquierdo. Por toracotomía mínima se drena y se toma biopsia pleural. El líquido pleural es neoplásico (clase 5) y la anatomía patológica se informa como metástasis de adenocarcinoma mucosecretante poco diferenciado.

Antecedentes:

- Apendicectomía, en la niñez
- Histerectomía, por miomas, en el '76
- Colectomía, por litiasis vesicular, en agosto del '92.
- HEMORROIDES, desde los 20 años, no tratadas.
- Fumadora ocasional.

Como estudios complementarios se le realizaron: mamografía, en agosto del '92, normal; broncofibroscopía, sólo se observó colapso de bronquios inferiores izquierdos (derrame pleural); TAC de tórax y abdomen superior, hígado sin lesiones parenquimatosas, derrame pleural y colapso de base pulmonar izquierda, pulmones y mediastino sin particularidades; ecografía abdominal, sin particularidades.

Se consulta a cirugía por dolor y masa paraanal palpable. En el examen bajo anestesia se visualiza una masa

*Médico becario

** Médicos residentes

*** Médicos de planta

**** Jefe de servicio

vegetante, dura, paraanal derecha. En el tacto rectal: ampolla rectal libre de lesiones, se toma biopsia de la masa. La Anatomía patológica informa "adenocarcinoma mucosecretante poco diferenciado" que infiltra piel perianal. Se realiza rectosigmoidoscopia y colon por enema doble contraste que no muestran lesiones orgánicas que comprometan la luz del colon.

Con el diagnóstico realizado y habiendo descartado, primario de otro origen, se lo consideró inextirpable. La paciente fué sometida a tratamiento quimioterápico de su derrame pleural con blocamicina, sin resultados satisfactorios. A la masa anal se le realizó radioterapia con escasos resultados. El empeoramiento de la paciente fue progresivo con pérdida de peso, disnea, permanente, falleciendo en julio del '93 con diagnóstico de: "adenocarcinoma de ano con metastasis pleurales".

Discusión

El adenocarcinoma de glándulas anales, es una variedad de tumor poco común. Los cánceres anales representan el 1 al 2% de los cánceres rectocolónicos y el adenocarcinoma constituye el 3 al 5 % de los de ano (2), (10), (11). La relación es de 2:1, más frecuente en el sexo masculino; la edad de presentación oscila entre los 58 y los 64 años.

Factores de riesgo:

Las causas posibles incluyen:

- Inflamación crónica del canal (fístula perianal), hemorroides, absceso crónico, leucoplasia, enfermedad de Crohn, C.U.I., etc.).
- Agente transmisible (Papilomavirus, Herpes virus tipo 2).
- Homosexualidad masculina.
- Tabaquismo.
- Estados de inmunosupresión.
- Irradiación.

Papel del H.P.V. (21) (8) (13) y la homosexualidad

Dado que la cubierta epitelial del canal anal y endocervical reconocen un origen embriológico común (membrana cloacal) (13), surge la posibilidad de que en la etiología del cáncer anal pudiese intervenir un agente de transmisión sexual. La existencia (8) de lesiones premalignas intraepiteliales en portadores del H.P.V., fueron demostradas en biopsias del canal anal. Se presume que la interacción del HPV es con las células de ataque y algunos genes del factor de supresión.

La presencia de una adenocarcinoma en el ano puede responder a tres circunstancias:

- 1 - Tumor primitivo de las glándulas anales: raro,

se explicaría su desarrollo por la existencia de tejido congénito ectópico a la degeneración de las glándulas anales intramusculares o puede surgir como metaplasia celular en una patología benigna crónicamente traumatizada.

- 2 - Derivado de las fístulas perianales: extremadamente raro, surge de los trayectos fistulosos,

- 3 - La causa más frecuente de existencia es la invasión por continuidad de adenocarcinoma de recto bajo.

En el conducto anal, se piensa que las glándulas anales son el origen de estos tumores. Estas glándulas son usualmente de seis a ocho, extendiéndose desde las criptas de Morgagni por la submucosa, mostrando mínimas bifurcaciones que siguen un trayecto tortuoso hasta la lámina propia. Tienen un curso caudal antes de penetrar en el esfínter interno, a menudo se extienden al tejido perianal y perirrectal en la fosa isquiorrectal. En los fondos de las glándulas, histológicamente se observan líneas de células cilíndricas (productoras de moco en el 35 % de los casos; adenocarcinomas). En los conductos tienen epitelio transicional (T. cloacogénicos), y en las bocas de las criptas células escamosas (T. espinocelulares).

El adenocarcinoma mucinoso puede originarse en las glándulas anales desarrollándose en respuesta a una inflamación crónica (hemorroides, fístulas, etc.) o en el trayecto de una fístula anal cicatrizada. Esta teoría, surge de la observación que los linfáticos del área en cuestión están alterados y la vigilancia inmunológica contra el desarrollo metaplásico o el franco crecimiento de células neoplásicas en los tejidos glandulares o de las fístulas, está alterado.

Los colgajos celulares desprendidos de un tumor maligno hallan un campo propicio para su nidación en zonas que presentan soluciones de continuidad. Es por ello que toda lesión benigna (hemorroides, fisuras) con efracción de la mucosa ofrece un terreno adecuado para el implante de células desprendidas de cánceres rectocolónicos.

Los síntomas predominantes son dolor anal, prurito proctorragia, y la presencia de nódulos o ulceraciones perianales palpables, asociado frecuentemente al antecedente de una enfermedad perianal crónica. El diagnóstico de este tumor puede ser fácil en razón de la zona superficial que ocupa; ya que generalmente se trata de una neoplasia avanzada. El estudio histológico sistemático de las lesiones benignas resecaadas, pueden llevar a diagnosticar cánceres pequeños insospechados.

La visión directa y el tacto rectal son los dos elementos con los que se sospecha el diagnóstico, que luego se confirma por la biopsia. Certificar la presencia de un tumor de ano no excluye la necesidad de estudiar todo el colon con la radiología contrastada, rectosigmoidoscopia y fibrocolonoscopia para descartar la presencia de un tumor

sincrónico.

El diagnóstico diferencial debe considerar: pólipos de pedículo largo que se exterioriza por el ano, las fisuras, hemorroides, fístulas, papilas hipertróficas, etc.

La diseminación del tumor se realiza por vía linfática y hemática. En el 60 % de los casos están afectados los ganglios mesentéricos y pélvicos, el hígado y pulmones entre otros lugares (11) (12).

En todas las lesiones anales y perianales debe efectuarse el examen minucioso de los ganglios inguinocrurales bilaterales. La resección de dos o tres ganglios con propósito diagnóstico no es una conducta útil, ya que lesiones benignas de la región producen adenopatías. Ante la sospecha de metástasis ganglionares conviene realizar el vaciamiento formal.

El tratamiento es quirúrgico, pudiendo optarse por una resección local con exéresis del esfínter interno, cuando la invasión está limitada a la submucosa y el tumor es pequeño. Cuando la invasión es mayor esta indicada la amputación abdominoperineal.

La sobrevida de los pacientes tratados es muy corta y se estima alrededor del 4,8 % a los cinco años (11) (12). El tratamiento está siendo analizado y no hubo variación significativa, en el pronóstico de sobrevida, entre la escisión local y la amputación abdominoperineal, asociado o no con radioterapia local y/o quimioterapia. Si se realiza cualquiera de los intentos curativos mencionados y no hay evidencia de enfermedad a los tres años, se considera curado.

Conclusión:

Dada la frecuencia de la patología benigna del ano, y el alto índice de probabilidad de transformación maligna, hacen que sea necesario:

- 1) Enviar siempre a anatomía patológica la pieza resecada en su totalidad.
- 2) Tratar a la brevedad la patología benigna.
- 3) Considerar de alto riesgo a la población de homosexuales y drogadictos.

Teniendo en cuenta estos parámetros se podrá hacer la detección precoz de este cáncer y realizar la prevención primaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) YEHUDA ADMA, "Malignant tumor of the anus" *Surgery*. 1987; 101: 253-267.
- 2) BENATTI, M., "Avances en diagnóstico y tratamiento del cáncer de recto y ano". *Rev. Arg. de Cirugía*. 1991 n. extraord.: 141-151.
- 3) BORETTI J.J., "Cirugía", ed. El Ateneo, 1989; T. 3: 1493-1495.
- 4) CHUCK CHO, "Squamous-cell carcinoma of the anal canal: Management with combined chemoradiation therapy". *Sid. Colon - Rectum*. 1991; 34: 675-678.
- 5) GOLIGHER J.C., "Cirugía del colon, recto y ano"; 1989.
- 6) STANLEY GETZ "Mucinous Adenocarcinoma Developing in Chronic anal Fistula". *Dis. Colon Rectum*. 1981; 7:562-586.
- 7) NORMAN NIGRO "The force of change in the management of the squamous cell cancer of the anal canal". *Dis. Colon Rectum*. 1991; 34:482-486.
- 8) NOFFSINGER ET AL "The relationship of human Papillomavirus with anal cancer" *Cancer*. 1992; 70: 1276-1287.
- 9) PHILIP PROLEAU "Perianal mucinous adenocarcinoma" *Cancer*. 1977; 39.
- 10) RONALD ZELNICK "Results of the abdominoperineal resectio". *Dis. colon Rectum*. 1992; 35: 574-577.
- 11) JEHNSEN S.L. "Adenocarcinoma of the anal ducts. A series of 21 cases". *Dis Colon Rectum*. 1988; 31:268-272.
- 12) ABEL MICHAEL. "Adenocarcinoma of the anal glands. Results of the survey". *Dis Colon Rectum*. 1993; 36; 383-387.
- 13) COOPER H.S. "Cloacogenic carcinoma of the anorectum in homosexual men". *Dis. Colon Rectum*. 1979; 22; 557-559.

