

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CANCER DEL CANAL ANAL EN GUATEMALA
(Revisión de 1,951 a 1,965)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala.

por

FRANCISCO ROLANDO IRIARTE CASTRO

en el Acto de su investidura de Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 1,966.

CANCER DEL CANAL ANAL EN GUATEMALA
(Revisión de 1,951 a 1,965)

PLAN DE TESIS.

- 1.- Introducción.
- 2.- Datos históricos.
- 3.- Consideraciones sobre etiología del cáncer.
- 4.- Embriología, Anatomía e Histología del Canal anal.
- 5.- Tipos de malignidad del Canal anal.
- 6.- Factores predisponentes en el Cáncer del Canal anal y del margen anal.
 - A.- Patología anal benigna.
 - B.- Enfermedad de Bowen.
 - C.- Kraurosis del ano y Leucoplasia.
 - D.- Lesiones por radiación.
 - E.- Enfermedad anal extramamaria de Paget.
- 7.- Carcinoma epidermoide de células escamosas del canal anal.
 - A.- Consideraciones generales.
 - B.- Incidencia y Localización.
- 8.- Adenocarcinoma del Canal anal.
- 9.- Patología del Carcinoma de células escamosas del Canal anal.
- 10.- Signos y síntomas del Cáncer del Canal anal.
- 11.- Diagnóstico clínico y diagnóstico diferencial.
- 12.- Modo de diseminación.

- A.- Extensión directa.
 - B.- Invasión venosa.
 - C.- Diseminación linfática.
- 13.- Metástasis del Cáncer del Canal anal.
- A.- Extensión local.
 - B.- Invasión ganglionar.
 - C.- Invasión de los vasos sanguíneos.
 - D.- Metástasis a distancia no comunes.
- 14.- Carcinoma de células basales del Canal anal.
- 15.- Melanoma del Canal anal.
- 16.- Tratamiento del Carcinoma de células escamosas del Canal anal.
- 17.- Objetivos del presente trabajo.
- 18.- Cáncer del Canal anal en Guatemala.
- A.- Consideraciones generales.
 - B.- Material y Métodos:
 - a.- Hospital General: revisión de 15 años (1951-1965) de todos los estudios anatómo-patológicos.
 - b.- Laboratorio privado de Patología: revisión de 15 años (1951-1965) de todos los estudios anatómo-patológicos.
 - c.- Instituto de Cancerología: revisión de los casos tratados en dicho centro de 1958 a 1964.
 - d.- Revisión de los Registros clínicos de los casos encontrados y entrevistas personales con los médicos tratantes.

- 19.- Presentación de casos.
- 20.- Datos estadísticos.
- 21.- Sumario.
- 22.- Conclusiones.
- 23.- Bibliografía.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tengo el honor de someter a vuestra distinguida consideración mi trabajo de -
Tesis titulado:

CANCER DEL CANAL ANAL EN GUATEMALA
(Revisión de 1,951 a 1,965)

Previo a obtener el honroso título de MEDICO Y CIRUJANO.

Este trabajo se basa en la revisión de todos los informes de anatomía patoló -
gica del Hospital General y del laboratorio de Patología Particular durante un pe -
ríodo de quince años, de la revisión de los casos tratados en el Instituto de Cancero -
logía en un período de siete años y en la recopilación de los datos de mayor im -
portancia, tomados de diferentes obras de la Literatura Mundial.

No se intenta hacer un trabajo perfecto, pero sí dejar sentadas las bases diag -
nósticas y de tratamiento, y principalmente los datos estadísticos de dicha enfer -
medad en Guatemala, comparándolos con los del extranjero, para tener una idea
de lo que es el Cáncer del Canal anal en nuestro país.

Por este medio quiero expresar mi agradecimiento al Departamento de Patolo -
gía y Archivo del Hospital General, al Laboratorio Privado de Patología y al De -
partamento de Archivo del Instituto de Cancerología por la colaboración prestada.

Así mismo, mi agradecimiento a los Doctores Carlos Tejada Valenzuela, Car -
los Martínez Durán, Carlos Lizama Rubio, Rodolfo Herrera Llerandi y Carlos -
Eduardo Azpuru por las contribuciones aportadas, y finalmente, un profundo reco -
nocimiento al asesor del presente trabajo, Doctor Julio R. Pineda, ya que sin su
acertada dirección y valiosa ayuda no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Con la esperanza de que esta Tesis merezca vuestra aprobación, presento a los miembros del Honorable Tribunal examinador, mis muestras de consideración y respeto.

He dicho.

CAPITULO # 2.

DATOS HISTORICOS

No pretendo hacer una recopilación exacta de datos históricos sobre Cáncer, ya que sería un estudio sumamente largo, y siendo el punto tratado en este trabajo bastante especializado, mencionaré únicamente aquellos que tienen relación con el recto y ano.

En la antigüedad, Aëtius de Amida, en Mesopotamia (502-575), siendo Médico del Emperador Justiniano, efectuó una larga recopilación de los escritos de Rufus de Ephesus, Leonidas de Alejandría, Soranus y Archigenes. En ellos se incluye una excelente descripción del Carcinoma del útero, distinguiendo una forma ulcerada y otra no ulcerada, reportando mayor frecuencia en el Cérvix. También describió fisuras, nódulos y condilomas del ano, y lesiones muy sugestivas de Carcinoma del recto. (1, 15, 38)

En el Renacimiento, Marcello Donato de Mantua, en la segunda mitad del siglo XVI, escribió el libro titulado " De Medicina Historia Mirabili " (Mantua 1,586), el cual presenta principalmente observaciones de Benivieni, Vesalius, Colombo, Dodoens y otros menos notables. Entre esos escritos se encuentra la primera descripción anatómica y patológica del Carcinoma del Recto. Esta enfermedad fué encontrada en un hombre viejo, quien presentaba estreñimiento severo, y cuyo recto no era permeable para permitir el paso de una candela de cera. La autopsia practicada a dicho sujeto, reveló la parte alta del recto severamente contraída y elevada por un tumor glandular.

En el siglo XVIII, en Amsterdam, Frederik Ruysch (1,633-1,731), discípulo

de Sylvius en la Dutch School of Anatomy, trabajó sobre varias regiones del cuerpo humano, logrando de las piezas patológicas encontradas, un fabuloso museo, - teniendo entre sus piezas inflamaciones óseas, tumores y otras anormalidades, cálculos de diferentes tipos, Aneurismas aórticos, Cirrosis hepática, un tumor papilar de la vejiga urinaria y un tumor estenosante del recto. (22, 33)

Benjamín Alexander, en 1,769, recopiló los estudios de Morgagni y efectuó una traducción de los mismos al Inglés, encontrando en dichos trabajos excelentes descripciones de tumores del estómago, recto y páncreas. Se cita en ese libro - también, la agudeza de Valsalva, en reconocer el Carcinoma del recto, sólo por los datos de historia clínica del paciente. (38)

En Inglaterra, en la segunda mitad del siglo XIX, Robert Carswell, publicó en 1,837 " Illustrations of the Elementary Forms of Disease ". Entre los grabados - que presenta esta interesante obra, son dignas de mención unas claras e ilustrativas láminas referentes a Carcinoma de estómago y recto.

Los datos posteriores a la Historia del Carcinoma del Recto y ano, corresponden al siglo XX, donde los adelantos de la Ciencia Médica, en el llamado " El siglo de la Cirugía ", nos ha abierto el camino para conocer hasta donde es posible, todo lo relacionado con Cáncer de recto, Canal anal y margen anal. (33)

CAPITULO # 3.

CONSIDERACIONES SOBRE ETIOLOGIA DEL CANCER.

La etiología del Cáncer aún no es exactamente conocida. Cientos de trabajos se han hecho desde el punto de vista experimental, en múltiples centros y clínicas dedicados a la investigación del Cáncer, gracias a ello, actualmente contamos con contribuciones muy importantes para resolver el problema de la etiología del cáncer en general y en particular para el que afecta a los intestinos. Sólo haré mención de las teorías más importantes y un breve comentario de cada una de ellas.

FACTORES FISICOS Y CANCER: La irritación crónica como causa de cáncer fué sospechada tempranamente por Sir Percival Potts en 1,775. Años más tarde, en 1,915, Yamagiwa e Ichikawa, produjeron cáncer en animales de laboratorio, con la aplicación repetida de brea. La teoría de la irritación de Virchow, en general ha sido aceptada, ya que la irritación juega un papel importante en la estimulación de las células normales, para producir una actividad anormal, y con eso transformarse en células de tipo maligno. (3)

Traumas repetidos e infecciones frecuentes, son factores contribuyentes en la aparición de estados pre-cancerosos, tales como las Leucoplasias, (50) que por irritación constante pueden degenerar en procesos francamente malignos. El tejido cicatricial, resultante de una lesión inocua de la región peri-anal, como en cualquier otra parte del cuerpo, tiene un factor irritante, lo cual hace considerarlo como una causa importante. (3)

Crohn citó como lesiones de consideración en la etiología del Cáncer del Co

lon, al Pólipo adenomatoso, simple o múltiple, la Poliposis múltiple, especialmente la de tipo congénito. Klemperer dice que un adenoma grande del Intestino tiene tendencia muy grande de sufrir degeneración maligna, sobre todo si dicha área afectada está sometida a esfuerzo mecánico, como lo es la del recto-sigmoide y recto propiamente dicha.

Gye, propuso la teoría del Gérmen, en la cual, la base es la suposición que algunos parásitos o agentes infecciosos pueden ser causa de Cáncer.

En algunos casos ha sido apoyada esta teoría, como en el caso del Condiloma Lata de la región perianal, el cual puede ser sitio de desarrollo posterior de cáncer.

El mecanismo exacto del desarrollo de un tumor a partir de un trauma o irritación, aún no es bien conocido. Parásitos y otros organismos, por sí solos no son capaces de desarrollar cáncer, pero la inflamación crónica, la irritación local y los traumas repetidos que los acompañan, si pueden considerarse como factores desencadenantes en el apareamiento de tumores malignos. Respecto al Cáncer del recto, se acepta la irritación crónica como causa desencadenante, ya que es la parte del intestino grueso sometida a constante esfuerzo mecánico. (3, 20)

FACTORES CONGENITOS Y CANCER: La hipótesis embrional se basa en el concepto de que algunos tumores crecen de islas celulares simples o de complejas células, colocadas en sitios donde no les correspondía durante la vida embrionaria. De allí la teoría del origen de los tumores del tipo Teratomas y Tumores mixtos. (3, 20)

CARCINOGENOS QUIMICOS Y CANCER: numerosas investigaciones se han he-

cho sobre la acción de carcinógenos químicos en la producción de cáncer. En particular, nos interesan aquellas que se refieren a los intestinos. Es notoria la rareza de los tumores malignos del intestino delgado y del Duodeno, y la susceptibilidad del intestino grueso para padecerlos (Green). La relativa inmunidad del Duodeno y del Intestino delgado puede ser debida a la destrucción de las proteínas carcinógenas por las enzimas proteolíticas naturales, esta condición cambia abruptamente en el intestino grueso, ya que aquí no hay enzimas proteolíticas, y por esta razón los tumores son más frecuentes, además el contacto de la mucosa con un contenido más concentrado es prolongado, en particular a nivel de las flexuras, por lo que el trauma es más frecuente, lo que hace otro factor coadyuvante. Desde hace muchos años se han observado las propiedades cancerígenas de la breca y el hollín, posteriormente se han descubierto otros agentes químicos que favorecen la aparición del Cáncer, es así como experimentalmente se han producido cánceres en Colon y Recto con alcohol, 2-acetylaminofluorene, 2-amino y 2-acetaminofluorene, bencidina y 20-metilcolatreno. (3, 20, 54).

RADIACION Y CANCER: Las propiedades carcinogénicas de los rayos roentgen, han sido ampliamente descritas desde después de seis años de haber sido descubiertos. Las lesiones por radiación provocadas en las manos, subsecuentemente degeneran en Carcinoma de células escamosas de la piel. Así mismo se ha visto, en personas expuestas a altas dosis de radiación, Sarcoma osteogénico, probablemente por una afinidad selectiva de determinados elementos radioactivos por los huesos. Los tumores que se originan de lesiones por radiación, pueden ser diversos tipos, tales como Carcinoma de células escamosas, Adenocarcinomas, Sarcomas y

Leucemia. Los tejidos más susceptibles a la radiación son: Tiroides, Piel, huesos y médula ósea, Pulmones, Tracto gastrointestinal y genitales. El sistema nervioso central raramente se encuentra afectado. Las dosis de radiación que pueden provocar enfermedades malignas son muy variables. (2, 3, 53)

HERENCIA Y CANCER: Se ha dicho que las enfermedades malignas no se heredan, pero en circunstancias muy especiales, parece heredarse la susceptibilidad para padecer Cáncer. Esto es notorio en reportes de familias que por varias generaciones han sido azotadas por Cáncer, esto no es convincente pero si sugestivo de cierta tendencia hereditaria familiar. Probablemente la lesión que ocurre con mayor frecuencia significativa, indicando tendencia hereditaria, es el Cáncer de Colon y Recto complicando una Poliposis intestinal (3, 3, 20)

HORMONAS Y CANCER: Algunos de los agentes carcinógenos hidrocarbonados sintéticos, tienen una estructura química básicamente similar a la del Colesterol y a la de las hormonas adrenales y gonadales. De allí que surgiera la idea de que un metabolismo hormonal atípico, pudiera relacionarse con la aparición de determinadas enfermedades malignas. Experimentalmente, con la administración masiva de estrógenos, se han producido enfermedades malignas en mama, cérvix, testículos, pituitaria y suprarrenales de ciertos animales. Otras veces se ha visto que las hormonas juegan cierto papel en el crecimiento de los tumores, pero no en su origen. (3, 57)

VIRUS Y CANCER:

Desde los trabajos de Ellerman, Bang y Rous en 1,911, sobre la posible etiología vírica de algunos tumores, se han realizado innumerables experimen

tos al respecto. Actualmente se dice que el mecanismo de la formación viral de un tumor, es debida a la existencia de una infección por virus de largo tiempo de duración. Furth y Metcalf discuten tres mecanismos por los cuales un virus podría ser el agente de origen de un tumor: 1.- Neoplasia condicionada: de acuerdo con esta teoría, es posible que un tumor por virus interfiera con la substancia reguladora del crecimiento, por lo cual determinadas células adquirirían actividad proliferativa, dando origen al tumor. 2.- Mutagénesis: Considerando a los virus como parásitos sub-microscópicos, pueden causar una mutación somática de células por variados mecanismos, en especial por una larga infección viral. 3.- Transducción: de acuerdo con esta teoría es concebible que un tumor formado por virus sea derivado de células potencialmente neoplásicas. Esta teoría es favorecida por el largo periodo de Latencia y la limitación de la infección para una compatible filtración genética. (3).

hacia el límite inferior. La túnica submucosa subyacente muestra una rica vascularización, tanto en vasos arteriales como venosos de pequeño calibre y la túnica muscular está formada por capas supuestas de fibras lisas. Externamente no existe membrana peritoneal. En la mitad inferior se nota un cambio de las fibras musculares lisas en estriadas, que corresponden a los músculos de la región. Internamente se encuentra tejido conectivo laxo, que se continúa con el corion de la mucosa, que en esta zona presenta epitelio pavimentoso estratificado. Como vemos - en esta zona no existen glándulas de Lieberkühn, no hay muscular de la mucosa, y el epitelio se ha tornado en pavimentoso estratificado, y esta zona es la que corresponde al Canal anal. Este, en su parte superior presenta una característica - muy importante, y es que una de sus caras está revestida por epitelio de tipo intestinal, mientras que la otra por epitelio de tipo estratificado plano. Esto corresponde a la válvula de Morgagni, que forma la pared interna del seno valvular de - Morgagni, y señala el límite ano-rectal. Conforme descende, la mucosa de este canal sufre modificaciones, de tal manera que al llegar a su tercio inferior el epitelio se queratiniza, aparecen esbozos de folículos pilosos, luego pequeños pelos bien desarrollados, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas. De tal manera, - que la unión entre el segmento medio y el inferior, representa la transición de la piel modificada por arriba en piel verdadera por abajo, la cual se continúa con la piel de la región perianal (17, 18). Este paso transicional se verifica gradualmente, como fué demostrado por Johnson en 1,914 y por Bacon en 1,932. De - las glándulas sudoríparas que se encuentran en el tercio inferior del canal anal, - existen dos tipos, el ordinario o ecrinas y las apócrinas. Cooper, McDonald y -

Pick han reportado tumores originados de esas glándulas apócrinas, y son los llamados HIDRADENOMAS (3).

Hay que recordar que los dos tercios superiores del canal anal, se encuentran recubiertos por epitelio escamoso estratificado, excepto en la porción cefálica, - situada inmediatamente por debajo de la línea ano-rectal, donde se encuentra - una zona circular, llamada " pecten" por Stroud. " pectenband " por Miles, la cual está formada por tejido fibroso, circularmente dispuesto en la capa subepitelial. Hermann dijo que esto no era más que un remanente permanente de la Cloaca embrional. Histológicamente se encuentra formado por epitelio columnar estratificado transicional, de 5 a 7 células de espesor, pudiendo ser dividido en basal, intermedio y superficial.

Esta zona es más que todo de interés académico, porque circunscribe el areolar subepitelial, que encierra los conductos anales preformados y las glándulas intramuculares (13, 3).

ANATOMIA: El canal anal es la porción terminal del intestino grueso, comienza continuando al recto, por debajo de la línea ano-rectal y termina en el ano que es el orificio terminal del canal anal. La longitud varía de 1.5 a 4 cms. (3.5 cm promedio para Bacon), pudiendo dilatarse hasta 3 cms. durante la defecación (3). La línea ANO-RECTAL marca el punto donde la porción endodérmica del recto - telescopea entre el ectodermo del canal anal, es decir el cambio abrupto de la - membrana mucosa por arriba con la piel modificada por debajo, el cual forma un borde cerrado, llamado línea dentada, línea pectínea, pecten o unión mucocutá

nea. Internamente la línea ano-rectal presenta diversas características anatómicas, ya que en la parte baja del recto, se encuentran de 5 a 10 pliegues delgados piramidales de 2 cm. de longitud más o menos, procedentes de la mucosa que cubre condensaciones localizadas, las cuales son las ramificaciones longitudinales y terminales de la arteria hemorroidal superior y de las venas tributarias del plexo hemorroidal superior, estos pliegues son las llamadas Columnas de Morgagni o Pilares de Glisson. Estas se borran durante la distensión del recto. Las bases de dos columnas de Morgagni adyacentes son unidas por una membrana semilunar, llamadas válvulas anales de Cloquet, de Morgagni o Sáculos de Horner.

En la unión del tercio superior y medio del Canal anal, puede notarse una línea azulada, la cual es mejor describirla como una leve depresión, que corresponde al nivel donde el esfínter externo envuelve al interno, y esto es la llamada línea blanca de Hilton o línea inter-esfintérica de Hibshman. Entre la línea ano-rectal y la línea de Hilton queda comprendido el Pecten.

Debido a la angulación que presenta el canal anal, su pared anterior es 1 cm. más larga que la posterior. Normalmente el canal está cerrado por aposición de sus paredes laterales y sólo se dilata para permitir el paso de gases o del bolo fecal (3, 55).

El canal anal se encuentra fijado y sostenido en su lugar por los siguientes elementos: 1.- Esfínteres ano-rectales a su alrededor. 2.- Cuerpos anococcígeos por detrás. 3.- Cuerpos perineales adelante. 4.- Por el diafragma pélvico que a ese nivel toma origen. 5.- Por su continuidad con el recto hacia arriba (4).

El canal anal es favorecido por la misma irrigación del Recto, siendo la arteria hemorroidal inferior la encargada directamente de su irrigación. El drenaje venoso del recto y del Canal anal está dividido en dos: 1.- Plexo venoso interno que está compuesto por vasos venosos submucosos, y que constituyen el plexo hemorroidal superior o interno. 2.- Plexo venoso externo, que está compuesto por vasos extramurales del recto y del canal anal, y que constituyen el plexo hemorroidal inferior o externo. Entre estos dos plexos existen numerosas anastomosis que constituyen el plexo hemorroidal medio. Todos se unen entre sí, para formar finalmente la vena hemorroidal superior, la cual siguiendo el trayecto de la arteria hemorroidal superior, termina contribuyendo a la formación de la vena mesentérica inferior (4, 60, 61).

Los linfáticos del canal anal y de la piel peri-anal se dividen en dos grupos:

- 1.- Intramurales 2.- Extramurales.

Los linfáticos intramurales se subdividen en: a) Mucosos, que son cutáneos y se encuentran entre la piel modificada del anodermo. b) Submucosos, subcutáneos y drenan especialmente la región que corresponde a las columnas de Morgagni. - c) Intermusculares, que se encuentra entre los esfínteres interno y externo.

Los linfáticos extramurales se subdividen en: a) Grupo superior, que se encuentran a nivel de la línea ano-rectal y el pecten subyacente, drenando eferentes que acompañan a los vasos hemorroidales medios. b) Grupo inferior, que tiene de 8 a 10 aferentes de la región peri-anal y drenan hacia los ganglios inguinale -

superficiales. Entre estos dos grupos de linfáticos existe una red muy rica de anastomosis (4).

La inervación del canal anal y de la región peri-anal está dada por: 1.- nervios perineales. 2.- Nervios esfinterianos anteriores. 3.- Nervios hemorroidales inferiores. 4.- Nervios cocígeos. 5.- Cuarto nervio sacro. 6.- Ramas del nervio pudendo. 7.- Ramos procedentes del sistema simático. (4, 60, 61, 47).

Para terminar con este complejo capítulo de la anatomía del Canal anal, describiré brevemente los denominados CONDUCTOS ANALES. Han sido objeto de estudios desde 1,371 con Gay y 1,878 por Chiari (3). Posteriormente Herrmann y Desfosses describieron la presencia de conductos tubulares y de glándulas intermusculares profundas. Años más tarde Lewis y Bremer demostraron que en la zona circular o columnaris, y abriéndose en las bocas de las criptas de Morgagni, existen de 6 a 8 largos conductos tubulares, ya sean rectos o ramificados. A pesar de que la dirección y la profundidad de penetración de estos conductos anales son muy variables, siguen un curso tortuoso a través de la lámina propia, extendiéndose hacia afuera y abajo, en ocasiones penetran la substancia del esfínter interno. A este nivel presentan una dilatación, y más allá de esta hay varias ramas tubulares que terminan ciegas en el tejido conectivo intramuscular. Pueden también extenderse hacia arriba, por debajo de la mucosa del recto. El epitelio que recubre los conductos principales en la vecindad de las bocas de las criptas de Morgagni es estratificado escamoso y gradualmente asume características del epitelio transicional del pecten, aquí las células son de 4 a 6 espesores. La porción

más distante de los conductos llamadas ramas o ampollas, se encuentran revestidas por una o dos capas de tejido columnar o cuboidal. Según Tucker y Helwing este epitelio tiene parecido con el transicional de la vejiga urinaria y de la uretra - prostática y con el epitelio estratificado columnar de la mucosa de la uretra membranosa (3, 4).

CAPITULO # 5.

TIPOS DE MALIGNIDAD DEL CANAL ANAL.

La variedad más común de enfermedad maligna que afecta al canal anal, es el Carcinoma de células escamosas o epidermoide, pudiendo encontrarse variantes de este, tales como el Mucoepidermoide y el Epitelioma basoescamoso (3).

Otras variedades encontradas son: Carcinoma de células basales, Adenoacantoma, Cilindroma, Adenocarcinoma atípico, Linfossarcoma, Melanoma Maligno, Hemangio-endotelioma, rhabdomyosarcoma (39) y Miosarcoma (3, 26, 32). Todos estos pueden considerarse raros. Paris y deVinals reportaron el Melanoma acrómico, el cual es considerado sumamente raro.

Pueden también encontrarse enfermedades de tipo pre-canceroso, entre ellas la Enfermedad de Bowen, la Leucoplasia y la Kraurosis, las Dermatitis por radiación (3, 26).

Muchas y variadas pueden ser las enfermedades malignas que se encuentren en el Canal Anal, debido a su origen embrionario endodermo-ectodérmico, lo cual nos dá las variedades de tejidos que mencionamos en el capítulo anterior y que pueden ser el lugar de origen de las patologías malignas (9).

CAPITULO # 6.

FACTORES PREDISPONENTES EN EL CANCER DEL CANAL ANAL Y LA MARGEN ANAL.

A. PATOLOGIA ANAL BENIGNA.

Considerando la frecuencia con la cual Hemorroides, fistulas y otras entidades de tipo benigno se encuentran en la práctica diaria, no es difícil concebir que un proceso de estos pueda servir de factor predisponente, ya sea directa o indirectamente en la génesis de un cáncer en el canal anal o en ano. Sin embargo son pocos los reportes que se encuentran en la literatura mundial, en los cuales se revela una lesión cancerosa asociada a patología anal benigna. Lyons y Garlock que en alto porcentaje (20%) operaciones como Hemorroidectomías, Fistulectomías y otras, precedían al diagnóstico de un Carcinoma de Células escamosas (3) . Buie y Brust dicen que el 1 por 100 de los casos de hemorroides operado presenta evidencia histológica de malignidad, de allí que se adopte la rutina de enviar a examen microscópico todos los especímenes removidos en sala de operaciones (9) .

Hay que tomar en cuenta que la inestabilidad epitelial del Canal anal, puede ser aumentada o alterada por Metaplasia de las células escamosas o reemplazo, y este proceso es comunmente visto en hemorroides prolapsantes de larga duración y en casos de prolapso mucoso crónico en pacientes de edad avanzada, y en algunos casos de Proctitis hipertrófica crónica, en los cuales a la proctoscopia se notan islotes de epitelio escamoso extendiéndose hacia arriba sobre la membrana

mucosa. Esto es también considerado como una fuente potencial del Carcinoma - escamoso del Canal anal (26).

Hay que tomar en cuenta, como dice Gabriel (26), de que el hombre está - más predispuesto a irritaciones crónicas locales, lo cual puede favorecer a largo plazo el apareamiento de un carcinoma, y esto se observa en especial en la clase trabajadora, que usa ropa interior muy gruesa y áspera, la cual produce irritación constante de la piel perianal con lastimaduras locales. El prurito anal por sí mismo no deberá ser considerado como factor premaligno, ya que son muchos - los casos tratados durante largos años, sin que se observe degeneración maligna. La Papilomatosis anal, aunque raramente, puede ser precursora del Carcinoma de células escamosas, como lo demuestra el caso reportado por Gabriel, de una extensa Papilomatosis anal de 8 años de evolución, la cual desarrolló un carcinoma escamoso queratinizado del ano en el cuadrante posterior derecho del ano, que - fué fácilmente resecado por Diatermia (26).

El Condiloma acuminatum anal, no muestra tendencia a la degeneración maligna (24).



CONDILOMA ACUMINATUM ANAL

Las fistulas de larga duración si pueden degenerar a un proceso maligno, pero los casos reportados son muy raros, como lo demuestra la revisión de 15 años - en el St. Mark's Hospital, en la cual sólo se encontraron dos casos, los cuales - tenían historia del padecimiento de la Fístula por 14 y 15 años (26, 56).

B. ENFERMEDAD DE BOWEN:

En 1,912 Bowen describió una enfermedad crónica de la piel, en tres casos - de larga duración, Nicolás en 1,930 coleccionó 64 casos de la Literatura mun - dial. La enfermedad de Bowen se relaciona con las capas superficiales de la piel, pero también con la orofaringe, los genitales y la región anal. Se han reportado varios casos que envuelven al canal anal y a la región anal, y en nuestra serie, - como veremos más adelante tenemos uno (3).

INCIDENCIA: Se encuentra igual en hombres que en mujeres. Se ha encontrado predominancia en la raza blanca. Frecuentemente las lesiones son descubiertas en personas entre los 50 y 70 años de edad (3).

HISTOPATOLOGIA: Bowen describió claramente los hallazgos microscópicos. Se encuentra una marcada proliferación de la red de Malpighio, división carioquinética y amitosis con agrupamiento del núcleo y vacuolización de las células. Las lesiones más avanzadas demuestran hipertrofia de la capa córnea e hiperqueratosis y para queratosis con evidencia de células que no hablan tenido proceso de cornificación, pero demostrando un núcleo rodeado por membranas o espacios claros. Edema de todas las capas epidérmicas se encontraba presente en las lesiones más avanzadas, y algunas veces formando una costra en la superficie (3, 21).

SINTOMAS: Los casos típicos presentan lesiones indoloras en la piel o membranas mucosas, de varios años de duración. Las pápulas pequeñas son de color café, gradualmente se vuelven costrosas, engrosadas y ulceradas algunas veces con una pequeña descarga. El epitelio está engrosado y algunas veces hay una formación tumoral firme y definida al tacto.

DIAGNOSTICO: Los síntomas antes descritos, si se tienen en mente pueden hacer sospechar el diagnóstico, pero la confirmación se obtiene únicamente por la histopatología, siendo sus principales componentes, como dice Herold y Cooper, núcleo agrupado, disqueratosis y una capa basal intacta (31, 3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debe hacerse estrictamente, ya que simula le

siones tales como Eitelioma, Sifilis, Queratosis arsenical, Queratosus senil, Dermatitis seborreica, Lupus vulgar y Psoriasis (3).

ASPECTOS MALIGNOS: Los dos primeros casos descritos por Bowen fueron benignos, pero el tercero degeneró en Eitelioma maligno. Se han reportado algunos casos de tipo invasivo. Algo de importancia en la enfermedad de Bowen es la ocurrencia de metástasis con una pequeña cantidad de penetración local, lo cual desafía la detección clínica, pudiendo aún escapar al estudio microscópico, por lo cual es necesario hacer cortes seriados de la lesión. Kuznitsky reportó un caso de Enfermedad de Bowen maligna, con metástasis distantes y muerte. Vickers y colaboradores discuten la enfermedad de Bowen como una variante de Carcinoma epidermoide in situ (21).

TRATAMIENTO: Excisión completa y con amplio margen con bisturí o diatermia es lo que ha ofrecido los mejores resultados (3).

C. KRAUROSIS DEL ANO Y LEUCOPLASIA.

El término Kraurosis, derivado del griego, significa seco. Debe emplearse según Darier, para designar una atrofia esclerosante progresiva de los tegumentos mucocutáneos, que conducen gradualmente a la estenosis. Como extensión de la vulva a los tegumentos del periné, se han citado varios casos bajo denominaciones como Leucoplasia, Esclerodermia, Neurodermatitis, Psoriasis y Prurito simplemente. La Kraurosis del canal anal es rara. La Leucoplasia del ano puede ser precursora del Carcinoma de células escamosas del ano, especialmente cuando

aparece una úlcera indolente que persiste por el rascado habitual. Sin embargo - es muy difícil la degeneración maligna.



LEUCOPLASIA DEL ANO.

PATOLOGIA: Primeramente aparecen signos manifiestos de inflamación, seguidos por signos de atrofia, el tejido se vuelve engrosado, inelástico, blanquizco o grisáceo, luego el epitelio se vuelve suave, brillante y semitransluciente. Histológicamente los cambios son los mismos que se ven en la atrofia. Hay relativa o absoluta hiperqueratosis, con cambio en el estrato granuloso. La atrofia es marcada, y hay aparente liquefacción y necrosis de la capa basal. Hay edema por debajo de la epidermis y homogenización del tejido conectivo. En los estados avanzados se encuentran varios grados de paraqueratosis y esclerosis de los vasos más profundos.

POTENCIAL MALIGNO: Cattell considera a la Kraurosis definitivamente como una lesión pre-cancerosa. Berkeley y Bonner no la consideran como precursor de cáncer. El síntoma principal de estas lesiones es el prurito, el cual trae como consecuencias lesiones por rascado. (3)

TRATAMIENTO: En los casos avanzados la excisión quirúrgica en varios tiempos, con trasplante de piel es lo que ha ofrecido los mejores resultados. Se considera que los medicamentos locales son únicamente paliativos. Debido a que estas lesiones han sido encontradas más frecuentemente en la mujer menopáusica y postmenopáusica, se han administrado estrógenos como tratamiento, pero sin resultados satisfactorios (3, 26).

D. LESIONES POR RADIACION.

Varios reportes de lesiones secundarias por irradiación de órganos pélvicos, que fueron asiento de Carcinoma de células escamosas han sido encontradas, Cattell y Williams citan la presencia de irritación crónica debida a irradiación previa en casos de carcinoma epidermoide. Con más frecuencia se han visto en casos de Carcinomas primarios de Próstata y Cérnix que han sido tratados por radiación intensiva. Pero en general puede considerarse que la incidencia es baja (3).

E. ENFERMEDAD EXTRAMAMARIA ANAL DE PAGET.

Hay carcinomas que en apariencia y conducta se comportan en forma muy semejante a la Enfermedad de la mama, ocurriendo en otros sitios como el Canal -anal, el Periné y la axila. Se cree que el asiento de origen sean las glándulas -

apócrinas del Canal anal y luego invasión coexistente a la epidermis. Se ha demostrado que el carcinoma invade la piel que se sitúa por debajo, penetrando en la epidermis y persistiendo en simbiosis con epidermis normal, para que de una lesión de tipo pagetoide. La enfermedad se encuentra más en personas de edad avanzada, con preferencia del sexo femenino y más común en la raza caucásica. Las 40 lesiones de ese tipo que fueron reportadas, todas han sido carcinomatosas (3, 5).

PATOLOGIA: Aparece como una lesión eczematoide de la piel o como una elevación crónica y pediculada, o bien como un área de Leucoplasia. Puede ser eritematosa o gris blancuzca, y en algunas ocasiones se presenta con costras y ulceración. Histopatológicamente presenta células grandes, ovoides, poliédricas, las cuales se encuentran en la epidermis y usualmente en la capa basal. Son prominentes y distintas de las células poliédricas que las rodean. El núcleo o los núcleos son grandes y vesiculares y tienen distinto nucleolo. Hay mitosis y el histoplasma es abundante y claro. Puede encontrarse hiperqueratosis y para queratosis. En ocasiones puede encontrarse un adenocarcinoma que envuelve los folículos de las glándulas apócrinas o que invade la piel se encuentra presente. Peale, Dockerty y Pratt consideran a la Enfermedad de Paget como un Carcinoma mucinoso. El diagnóstico se hace histológicamente por el estudio microscópico y química - mente por la presencia de mucina sulfonada intracelular, en las células vacuoladas de Paget. Los SINTOMAS usuales son prurito, irritación local, sensación de quemadura y humedad (3, 28).

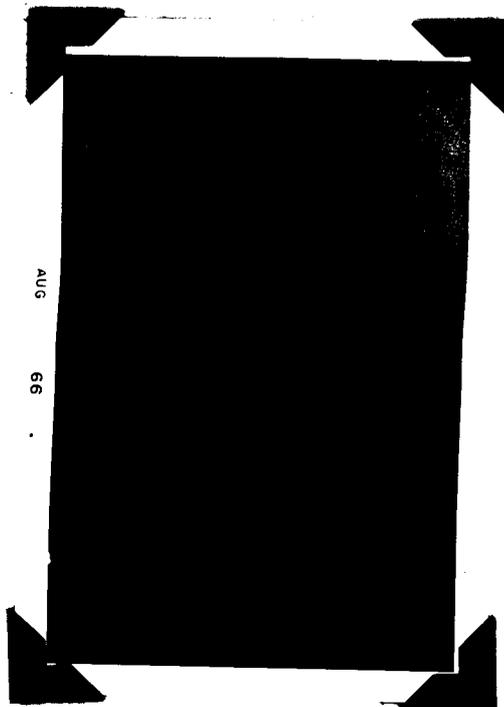
TRATAMIENTO: Bacon recomienda la excisión local amplia, ya que en esa forma han tratado en el Hospital General de Filadelfia, los casos que han observado, - sin presentar posteriormente recurrencia. La terapia con rayos X no tiene valor. Gabriel también recomienda la excisión local (26, 3, 42, 59, 65).

CAPITULO # 7.

CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL CANAL ANAL.

El carcinoma de células escamosas, no es una lesión rara, pero ocurre en un porcentaje inferior a las demás enfermedades malignas del intestino, y en especial a las del recto. Raras veces se ha visto un Carcinoma de células escamosas que se origina directamente del recto. El carcinoma de células escamosas se origina en el ano y con más frecuencia en el Canal anal. Una diferenciación exacta de be ser hecha entre el Carcinoma de células escamosas del ano y el Adenocarcinoma del recto, ya que este puede invadir el canal anal y salir por el ano (3).

También es de suma utilidad hacer la diferencia entre el Carcinoma de células escamosas del Canal anal y del ano o la margen anal, lo cual es fácil cuando el paciente se presenta en un periodo temprano de desarrollo de la enfermedad, - pero cuando consulta en un periodo tardío se dificulta y a veces se hace imposible efectuar la diferenciación. El carcinoma de células escamosas del ano, nace en la piel de la margen anal y la úlcera puede extenderse un centímetro por dentro de la parte más baja del canal anal, pero se encuentra claramente por debajo de la línea dentada, pudiendo extenderse hacia afuera sobre el periné (3, 26, 43).



CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL MARGEN ANAL

INCIDENCIA: Bacon reporta en una revisión de 21 años (1,940- 1,961) 71 ca-
 sos de Carcinoma epidermoide, haciendo una incidencia de 3.19 % Gabriel (26)
 reporta que comparado con el Adenocarcinoma del Recto, el Carcinoma de célu-
 las escamosas del canal es raro y constituye el 3 o 4 % de todos los tumores de -
 esa región. Binkley (1,949) revisó una serie de 2585 casos de tumores malignos
 del recto y canal anal, encontrando que sólo 95 de la serie eran del tipo escamo-
 so, lo cual hace el 3.6% (3). Morson en 1,959, en una revisión efectuada en el
 St. Mark's Hospital encontró 157 casos de Carcinoma de células escamosas de la -
 región anal, y en comparación con el Adenocarcinoma del recto la relación era
 de 1:28, o sea 3.5 % (26). Estas series que son grandes dan una idea precisa de
 la incidencia del Carcinoma de células escamosas del Canal anal.

SEXO: Respecto al sexo hay una ligera variación en las diferentes estadísticas -

reportadas, ya que Bacon cita al igual que Gabriel, que la incidencia es más o menos igual entre hombres y mujeres, pero el primero encuentra ligera preponderancia en mujeres, mientras el segundo la encuentra en hombres.

EDAD: Se han reportado casos en que el paciente más joven tenía 4 años (Judd y de Tar) (35) y el más viejo 94 años (Grinnell). Bacon reporta en su serie el más joven de 19 años y el más viejo de 83 años (3).

RAZA: Es más frecuente en la raza blanca que en la negra, en un porcentaje que oscila alrededor del 10.9%. Reportes de la India citan una incidencia del 27% entre los Hindúes (3).

Histológicamente la gran mayoría de los tumores de la Márgen anal presentan queratinización bien marcada, con nidos de células típicas, con bajo grado de malignidad. Algunos son más celulares con menor evidencia de queratinización y se consideran de malignidad mediana. Los del Canal anal presentan las características típicas del Carcinoma de células escamosas derivados del epitelio pavimentoso (3, 12).

LOCALIZACION: OuYang en 60 casos estudiados de Carcinoma de células escamosas, divide la localización en la siguiente forma: 26 en el Márgen anal, 6 en la línea ano-rectal, 2 a 1.5 cms, por arriba de la línea ano-rectal, 1 a 3 cms. por arriba de la línea ano-rectal, 1 a 6 cms. por arriba de la línea ano-rectal y 24 primarios del canal anal (3). Gabriel revela que en sus primeras estadísticas en 1,941 los Carcinomas de células escamosas del Márgen anal eran más frecuen-

tes que los del Canal anal (25), pero las estadísticas de Morson en 1,959 revelaron que esa frecuencia de localización se había invertido, siendo tres veces más comunes los Carcinomas de células escamosas del Canal anal que los del margen anal. En el St. Mark's Hospital se encontró mayor frecuencia de localización en los cuadrantes anteriores del canal anal. Bacon revela que de los 71 pacientes vistos, 24 presentaban el Carcinoma de células escamosas localizados posteriormente o posterolateralmente, 19 en el cuadrante anterior, 7 en el cuadrante lateral izquierdo y 3 en el derecho, 11 envolvían la mitad de la circunferencia y 7 la circunferencia completa (26).

CAPITULO # 8.

ADENOCARCINOMA DEL CANAL ANAL

En 1,934, Rosser, antiguo presidente de la Sociedad Americana de Proctología, reportó una serie de casos de Carcinoma anal, y se refirió a la posibilidad de su origen en los conductos anales. Más tarde Marino describió un caso de Adenocarcinoma de la fosa isquio-rectal, sin invasión de la mucosa rectal. Hosler y Murphy citaron dos casos de Adenocarcinoma del Canal anal y la región perineal. Posteriormente son varios autores los que han reportado casos de Adenocarcinoma del Canal y del ano propiamente. De esta información, es evidente que el Adenocarcinoma de esta región, se origina del tejido sub-epitelial comprendiendo los conductos anales, y las glándulas intramusculares que están recubiertas por tejido escamoso transicional y epitelio columnar. Claro está, que pueden servir de origen tanto a Adenocarcinomas como a carcinomas epidermoides (3, 12, 26, 63).

CAPITULO # 9.

PATOLOGIA DEL CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS.

El Carcinoma de células escamosas comunmente se origina del epitelio del Canal anal o del margen anal, presentando ligero engrosamiento y pequeñas elevaciones nodulares. Al principio es movable, posteriormente se vuelve fijo a los tejidos situados por abajo. Cuando se desarrollan bien los tumores, rompen la superficie y forman una lesión ulcerosa, evertida, de bordes enrollados, firme y de base dura. Las úlceras tienen tendencia a formar nódulos satélites y costras alrededor de la lesión primaria. Son variables en color, pero usualmente son rojo-violeta, con la base necrótica y gris, la descarga es acuosa, irritante y teñida de sangre. (3, 26)



CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL CANAL ANAL.

Histológicamente, el estudio revela columnas sólidas de epitelio escamoso - creciendo hacia el interior de la dermis y son conocidas como estacas epiteliales. Las células centrales más antiguas se degeneran y gránulos de eleidina aparecen - en el citoplasma. Se observan grupos de células aplanadas, distribuidas en ani - llos concéntricos, y conocidas como perlas epiteliales. Las últimas se convierten en masas de queratina, lo cual indica diferenciación y por consiguiente bajo gra - do de malignidad. El estroma se encuentra infiltrado por linfocitos y células plas - máticas, como resultado de la reacción inflamatoria (3, 19, 30).

GRADOS: Según la serie reportada por Kerr, se encontraron los siguientes casos de acuerdo a la clasificación de Broders: 4 de grado I, 17 grado II, 41 de grado - III y 18 de grado IV. En la serie de Gabriel hubo 22 casos de baja malignidad, - 21 de grado mediano y 12 de alto grado de malignidad Sedwick y Wainstein repor - ta que de su serie de 37 casos, el 43.7% eran del grado II. Bacon reporta que - de 62 casos de su serie de 71, 22 fueron de bajo grado, 31 de grado mediano y 9 de alto grado (3, 49).

CAPITULO # 10

SIGNOS Y SINTOMAS DEL CANCER DEL CANAL ANAL.

Cuando se trata de una lesión del Márgen anal, se encuentra una lesión con apariencia de verruga, de superficie irregular y ulcerada en su parte central. La característica más importante es la induración, la cual puede percibirse entre dos dedos o con un dedo introducido en el canal anal y otro fuera, sintiéndose de esta manera que la base es más dura. Si la lesión es vista en un periodo temprano y no tiene más de 1.5 a 2.5 cms, de diámetro, será superficial y movable; en periodos más avanzados cuando una masa grande semi-ulcerada está presente, habrá infiltración y fijeza (3, 26).



CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS DEL MARGEN ANAL.

Durante el examen clínico se deben palpar cuidadosamente las regiones inguinales, ya que el drenaje linfático del carcinoma de células escamosas del ano y región peri-anal se hace hacia los ganglios inguinales. Las características clínicas de un ganglio invadido pueden considerarse muy significativas, ya que a menudo se encuentra solitario, grande y duro al tacto. Generalmente el ganglio que primero se palpa es el ganglio de Cloquet, el cual debe ser balanceado para estimar si es movable sobre las estructuras más profundas, de las cuales la vena femoral es la más importante. En períodos tardíos los ganglios ilíacos externos pueden ser palpados por encima del ligamento inguinal (3, 29).

La frecuente falta de síntomas tempranos en el Carcinoma de células escamosas, puede producir retraso en el diagnóstico, o bien que el paciente consulte en un período bastante avanzado. (3) En general los síntomas varían de acuerdo a tamaño, localización y características de la lesión primaria. Un carcinoma de células escamosas del canal anal, puede originar síntomas similares a los de un Adenocarcinoma del recto: sangramiento, dolor, dificultad a la defecación, pudiendo presentarse más tarde cierto grado de incontinencia, debida a la infiltración y erosión del canal anal y del esfínter externo (43, 49). Bacon reporta que cierto número de pacientes se quejaban de prurito, cierto malestar en la región anal y peri-anal, lo cual era atribuido a una fisura o un hemorroide, habiendo sido tratados muchas veces por dichas entidades. En algunos casos el síntoma inicial fué la presencia de una masa (3). El dolor únicamente faltaba al principio, pero posteriormente aparecía un dolor atormentador, a veces con carácter excru-

ciante, debido a la localización entre el agarre de los músculos esfinterianos, a la infiltración y a la invasión circunanal (26). Tenesmo hubo en algunos casos. En ocasiones fué referida irradiación del dolor hacia los miembros inferiores, sacro, periné y genitales. Sangramiento fué un síntoma notable en el 63.3 % de los casos de Bacon (3). Otras molestias era deseo frecuente y evacuaciones incompletas, con heces en forma de listón, así como sensación de llenura y presión. Absesos perianales se encontraron en el 10 % de los casos (3, 16, 19).

CAPITULO # 11.

DIAGNOSTICO CLINICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La sospecha de una lesión anal maligna debe ser despertada por la historia de una enfermedad crónica y progresiva y por el hallazgo de una lesión indurada y nodular, la cual puede ser vista cuando se hace tracción lateral de los glúteos. Las lesiones tempranas aparecen como verrugas, planas, con bordes ligeramente levantados. Las tardías presentan un crecimiento más elevado, nodulares, de color gris perla, con esfacelo de la porción central y bordes enrollados y usualmente evertidos. La toma de biopsia para diagnóstico está indicada en todos los casos, pero se tomará un fragmento cuando la lesión es extensa y ulcerada, si es pequeña y no ulcerada se hará la excisión local total de la lesión. En los casos en que el dolor no permita efectuar tacto rectal, deberá recurrirse al examen bajo anestesia y se practicará seguidamente Proctosigmoidoscopia (3, 26).

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con las siguientes entidades:

- 1.) Papiloma o verruga simple.
- 2.) Ulcera simple.
- 3.) Leucoplasia con ulceración.
- 4.) Inflamación crónica inespecffica.
- 5.) Ulcera tuberculosa.
- 6.) Lesiones de tipo tuberculide.
- 7.) Chancro primario.
- 8.) Ulceración amebiana.

- 9.) Condiloma lata.
- 10.) Condiloma acuminatum.
- 11.) Esthiomene anal.
- 12.) Hemorroides externos trombosados.
- 13.) Queloides.
- 14.) Linfogramuloma venéreo.
- 15.) Fisura simple.
- 16.) Ffistulas.

(3, 7, 12, 16, 19, 26, 48, 56).

CAPITULO # 12.

MODO DE DISEMINACION

A. INVASION POR EXTENSION DIRECTA: es un medio importante de diseminación cancerosa, es efectuada a través de cordones de células cancerosas que buscan los lugares de menor resistencia. El espacio intercelular es infiltrado siguiendo los planos de clivaje anatómicos, de tal manera que todos los intersticios intercelulares pueden ser invadidos. La invasión es mucho más rápida en el tejido suave. Willis dice que la invasión es más tardía cuando se hace hacia tejidos compactos, como los tendones, los ligamentos, las fascias, y el periostio. Los espacios isquio-rectales con su tejido flojo y suave ofrecen menor resistencia. Debido a este tipo de diseminación es que fácilmente pueden ocurrir recidivas después de la resección. Por medio de este tipo de invasión pueden resultar afectados la vulva y la vagina en la mujer, las estructuras perineales, la próstata y la uretra en el hombre. Así también puede alcanzar los planos musculares glúteos y el elevador del ano, y puede extenderse hacia arriba invadiendo el recto. (3, 26)

B. DISEMINACION POR INVASION VENOSA: Las paredes de las pequeñas y grandes venas y de los senos venosos puede afectarse por la invasión de tipo infiltrante. Las células tumorales pueden penetrar la pared venosa y proliferar intravascularmente, causando engrosamiento de la pared y formación de trombos, los cuales pueden desprenderse parcial o totalmente y ocasionar metástasis distantes. (3).

C. DISEMINACION LINFATICA: es la preocupación más importante en el manejo del cáncer del canal anal. Para su comprensión debe estudiarse bajo el punto de vista de la anatomía quirúrgica, la cual considera que hay dos rutas linfáticas de drenaje: una visceral y una parietal.

La ruta visceral sigue la misma distribución de los vasos mesentéricos inferiores y drenan el colon descendente, el sigmoide, el recto y el canal anal. Constituyen uno de los medios de invasión superior para el carcinoma de células escamosas del canal anal. Los linfáticos de la ruta visceral drenan en el grupo aórtico de ganglios linfáticos antes de unirse a la cisterna de Pecquet y al conducto torácico, y durante su trayecto interceptan con los grupos de ganglios mesentéricos que son cuatro: Epicólicos, Para-cólicos, Intermediarios y Centrales, este último forma parte de los ganglios pre-aórticos.

La ruta parietal recibe únicamente tributarias del recto distal y del canal anal y margen anal, y drena hacia el grupo ilio-pélvico de ganglios linfáticos llegando a su destino sin atravesar el mesenterio. Esta ruta parietal se subdivide en dos rutas:

A. RUTA INFERIOR: Corresponde a los canales linfáticos que toman origen en el anodermo y región peri-anal, drenando bilateralmente en los ganglios inguinales.

B. RUTA LATERAL: Esta ruta es de mucha importancia, pero drenan un segmento bien definido del intestino, comprendido entre el anodermo por abajo y la válvula media de Houston (Plicade Kohlrausch) por abajo, lo cual corresponde más

o menos a un trecho comprendido 7 cms. por arriba del canal anal y 4 cms. por encima de la línea ano-rectal. Comprende los siguientes conductos linfáticos:

- 1.- Canales que siguen los vasos hemorroidales inferiores drenando en los ganglios pubianos del grupo ilíaco externo.
- 2.- Canales que siguen los vasos hemorroidales medios y drenan en los grupos ilíacos internos y externos.
- 3.- Canales que acompañan a los vasos sacros laterales o medianos y drenan en los ganglios ilíacos internos y en los ganglios ilíacos comunes.
- 4.- Canales que siguen la curvatura del sacro y drenan en los ganglios del promontorio.
- 5.- Canales que siguen el septum recto-genital y drenan en los ganglios ilíacos internos.

En general estas dos rutas, inferior y lateral, son tributarias de los grupos ilio-pélvicos de ganglios linfáticos (3).

CAPITULO # 13.

METASTASIS DEL CANCER DEL CANAL ANAL.

- A. EXTENSION LOCAL: Las principales estructuras que se encuentran tomadas por extensión en casos de Carcinoma de células escamosas del Canal anal son en orden de frecuencia: Septum recto-vaginal, Vulva, vagina, Próstata, Uretra, fosa isquio-rectal, base de la vejiga, sacro, cérvix y vesículas seminales (3, 26).
- B. INVASION GANGLIONAR: La invasión de los ganglios hemorroidales superiores y de los mesentéricos inferiores es menor en el Carcinoma epidermoide del canal anal que en el adenocarcinoma del recto. Los ganglios que son tomados en el Cáncer del canal, con más frecuencia son los de la región inguinal, de esto Bacon reporta el 28% de los casos con metástasis inguinales, MacQuarrie de la Clínica Mayo del 15 a 18 % de los casos tratados por ellos en un periodo de 24 años. Cuando se tomaba como medida profiláctica la disección ganglionar inguinal en el mismo tiempo o pocas semanas después de la resección abdomino-perineal, siendo esta radical, se encontró según reporte de Bacon, Grinnell y otros, que aproximadamente el 23% tenían tomada la cadena hemorroidal superior, 29% los ganglios pélvicos y alrededor del 35% para los ganglios inguinales, en este último caso, en todos los pacientes los ganglios inguinales eran palpables. (3,26)
- C. INVASION VENOSA: Bacon reporta que 62 pacientes, cuyos registros clínicos permitieron una revisión amplia y detallada, sólo en 6 casos se encontró evidencia de invasión venosa, lo cual hace el 9.7 %. (3)

D. METASTASIS A DISTANCIA NO COMUNES:

HIGADO: Bacon reporta una incidencia del 2.9%. Otros reportes también indican casos aislados y únicos en diferentes series. Estas metástasis pudieron llegar únicamente por vía de la Vena porta, partiendo desde los plexos hemorroidales.

PULMONES: Son sumamente raras. De ellas hay referencias de Keyes, Sweet, McQuarrie y Buie, Stearns, Richards y una reportada por Bacon.

PENE: Es sumamente raro, en la Literatura mundial sólo existe un caso reportado por McCrea y Bacon. (3, 12, 19, 29).

CAPITULO # 14

CARCINOMA DE CELULAS BASALES DEL CANAL ANAL

Es una lesión rara, se han encontrado 63 casos reportados en la Literatura Mé
dica. Bacon reporta una incidencia de 5.3 % . (3) En el Hospital de St. Mark's
en una revisión de 28 años sólo se encontraron 9 casos (Morson) (26).

INCIDENCIA.

Sexo: Aparece más en hombres que en mujeres, en los pocos casos reportados
se ha encontrado una relación de 3:1 entre hombres y mujeres (3, 10)

Edad: La mayoría han sido encontrados entre los 55 y 65 años según Bacon, -
pero Gabriel cita como edad promedio 69.4 años (26).

Localización: Todas las lesiones de tipo de células basales se encuentra en -
el margen anal o directamente en el Canal anal (3, 52).

PATOLOGIA:

Al principio se le encuentra como un pequeño nódulo, el cual crece lenta -
mente, luego se ulcera, teniendo apariencia rodente, con base irregular, con bor
des evertidos y a veces enrollados. Generalmente presenta induración. Histopa
tológicamente se encuentran nidos de células poligonales, empacadas estrechamen
te, con células hipercromáticas y núcleos regulares. Puede haber mitosis y las cé
lulas pueden estar colocadas radialmente o en forma de empalizadas. (3)

VARIANTES:

Las variaciones histopatológicas son frecuentes debido a lo variable que es el

epitelio de la región del Canal anal. La más importante es la llamada BASOES - CAMOSO O LESION BASALOIDE, el cual presenta características de ambos carcinomas, de células escamosas y de células basales. Wittoesch y colaboradores reconocen pequeños carcinomas de células basaloideas, los cuales son considerados altamente malignos. Todas estas variantes se han encontrado en el canal anal, y los verdaderos carcinomas de células basales se han encontrado en la margen anal. (3, 26)

METASTASIS.

El carcinoma puro de células basales invade por extensión directa y las metástasis distantes son rarísimas. Los carcinomas basaloideos si presentan metástasis a distancia.

SINTOMAS:

Prácticamente son las mismas que las del Carcinoma de células escamosas y - lo que más molesta al paciente es una úlcera o una masa. (3, 13, 53)

TRATAMIENTO:

El carcinoma puro de células basales puede ser tratado por amplia excisión - local si el tamaño lo permite. Cuando es muy grande el tumor puede hacerse una resección abdomino-perineal. No es aconsejable la radioterapia cuando la lesión puede ser extirpable y no es de gran valor. Cuando se trata de un tumor de tipo - basoescomoso o basaloide la conducta es diferente, debiéndose practicar la Resección radical abdomino-perineal seguida por linfadenectomía pélvica y disección de los ganglios inguinales de 10 a 14 días después. (3, 26)

CAPITULO # 15.

MELANOMA DEL CANAL ANAL

Es un raro tumor de alta malignidad que puede presentarse en la región recto anal. Generalmente se origina de la porción epidermoide del canal anal.

INCIDENCIA:

Es sumamente raro, lo cual puede demostrarse por las series de Carcinomas del canal, en las cuales se encuentra pocos casos. Quan, White y Deddish del Memorial Centre of New York encontraron únicamente 21 casos de Melanoma maligno entre 4,500 casos de tumores malignos de la región ano-rectal, lo cual da una incidencia de 0.5% o sea 1 por 200. En el St. Mark's Hospital, de 1,938 a 1,959 se vieron 15 melanomas malignos en un total de 3,535 adenocarcinomas del recto, y 122 casos de carcinoma de células escamosas del canal anal y la margen anal, lo cual hace una incidencia de 0.4 %. (26)

HALLAZGOS CLINICOS Y SINTOMAS.

Se presenta en pacientes que han pasado los 50 años por lo general. Es invariablymente un tumor de tipo protuberante, que a veces se presenta como un largo pólipo, con apariencia de tumor sub-mucoso negro, que sugiere el diagnóstico de hemorroides internos trombosados. Generalmente el tumor es firme como cuero, pero puede ser elástico, pero nunca tiene la dureza del carcinoma de células escamosas. La superficie del tumor puede ulcerarse, acompañándose de ligero sangramiento. Esto puede ser el síntoma predominante en algunos casos. Generalmente se originan próximos a la línea dentada, por lo que fácilmente invaden la parte baja del recto. Algunos no son francamente pigmentados. Lo más fre -

cuenta es que el paciente se queje de sangramiento, descarga y dolor. Puede acompañarse de la protrusión de una masa polipoide. Cuando el tumor se encuentra ligeramente por arriba de la línea ano-rectal dá síntomas irritativos, pudiendo presentarse irregularidad de la función intestinal y tenesmo. El aumento del tamaño de los ganglios inguinales puede ser descrito por el paciente o encontrado durante el examen físico. (3, 26)



MELANOMA MALIGNO DEL CANAL ANAL

DIAGNOSTICO.

Puede resultar muy difícil debido a la rareza con que se presenta, por lo que comúnmente no se piensa en esa entidad y porque los síntomas son similares a los de una serie de entidades más comunes que afectan dicha región. Se debe pensar en Melanoma maligno del canal anal cuando se presente la sintomatología descrita acompañado de un tumor en la región del canal anal y más aún si presenta un

cuarto o la mitad del tumor notablemente de color oscuro y opaco.

El pronóstico es malo y empeora cuando se practica una operación local errónea por pólipos o hemorroides.

Generalmente se piensa en biopsia para hacer diagnóstico correcto, pero si existe la remota posibilidad diagnóstica de melanoma maligno del canal anal, la biopsia debiera posponerse, pues es sabido, como describió Raven, que el melano-blasto es una célula activa que presenta movimiento amiboideos y puede ser fácilmente separada del tejido del cual se ha originado, siendo capaz de pasar a los linfáticos y vasos sanguíneos produciendo metástasis distantes en hígado, pulmón y cerebro, o producir metástasis generalizadas en la piel y en el esqueleto. (26,6,11)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

La conducta a seguir cuando se sospeche melanoma maligno del canal anal, es mejorar el estado general del paciente hasta donde sea posible, prepararlo para la operación radical y en la sala de operaciones practicar biopsia por congelación, si esta resultara positiva para melanoma efectuar la resección radical abdomino-perineal dentro de las 24 horas siguientes a la toma de la biopsia, pero preferentemente se hará dentro de las 4 horas siguientes. La radioterapia no está indicada porque el Melanoma no es radiosensible. Hay que recordar que si se toma un fragmento muy pequeño para biopsia, puede ser insuficiente para diagnóstico, ya que deberán hacerse cortes seriados por la posibilidad de que exista un melanoma amelanótico. Lo único que puede y debe intentarse en casos de melanoma malig-

no del canal anal es la resección abdomino-perineal de tipo radical. El pronóstico es malo, pero a pesar de esto, los casos tratados con cirugía radical en fase temprana, han tenido sobrevivencia de 3 a 5 años según Bacon y Gabriel, pero esto es sumamente variable. (26, 11, 3)

CAPITULO # 16.

TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CANAL ANAL.

Un carcinoma de células escamosas del canal anal o de la márgen anal, progresa más o menos rápidamente si no es tratado, pudiendo presentar marcado deterioro del estado general del enfermo. De aquí que sea necesario el diagnóstico precoz para decidir tratamiento y lograr mayor efectividad. En gran proporción los tumores del canal anal son de tipo más anaplásico que los del márgen anal, por lo que el pronóstico tiende a ser peor.

Respecto al tratamiento del Cáncer del Canal anal hay diferencia en lo que indica Bacon del Temple University Medical Center, de Filadelfia y lo que dice Gabriel del St. Mark's Hospital de Inglaterra. Bacon no hace distinción alguna respecto al tratamiento del carcinoma del canal anal y de la márgen anal, tratando todos los casos por Resección abdomino perineal y en la mayoría de los casos con radiación post-operatoria, practicando posteriormente disección inguinal bilateral (Según referencia del Dr. Julio R. Pineda (46), esto último como tiempo suplementario ha sido abandonado de la práctica rutinaria o profiláctica). Bacon (3) también relata el tratamiento con radiación, pero limitando su uso como tratamiento primario cuando los pacientes tienen riesgo operatorio muy pobre, cuando el paciente no acepta el tratamiento quirúrgico, como tratamiento paliativo en casos avanzados e inoperables, secundado por una Colostomía y como tratamiento adjunto cuando hay duda de erradicación completa de la enfermedad por medios quirúrgicos. La dosis promedio que se recomienda es de 7000r divididas en

radiación interna por medio de agujas y radiación externa. Tiene los inconvenientes de las lesiones secundarias consecutivas a la radiación, tales como Proctitis, Dermatitis y Estenosis. Gabriel (26) considera que el tratamiento del Carcinoma de células escamosas de la Márgen anal está en relación al tamaño de la lesión al tiempo de duración de la enfermedad, de tal manera que si las condiciones lo permiten prefiere la Excisión local con diatermia, empleando un márgen del 1 a 3 cms. a los lados y disecando la lesión hacia arriba, en dirección al Canal anal. Si la lesión es muy grande y de mucho tiempo de evolución indica la resección abdomino perineal. Para el carcinoma del canal anal recomienda únicamente la resección abdomino-perineal, indicando la disección inguinal únicamente si las metástasis ganglionares son evidentes, de lo contrario considera injustificado dicho procedimiento por todas las dificultades y problemas secundarios que pueden tener. Así mismo considera que los ganglios pequeños en la región inguinal no son indicación quirúrgica, debiendo efectuarse ésta únicamente cuando los ganglios son de 2 cms. de diámetro o más y son duros al tacto, presentando aún movilidad y teniendo intacta la cápsula. Respecto a la radio terapia, Gabriel considera que es un tratamiento que dá poca confianza y seguridad, ya que los resultados no han podido ser exactamente precisados por la dificultad en determinar la dosis exacta de radiación necesaria y por la dificultad técnica de espaciar adecuadamente las agujas, agregando que el canal anal es extremadamente radiosensible, por lo que después del tratamiento con radiación son muy frecuentes las radionecrosis con ulceración, que son extremadamente dolorosas. Cuando sea necesario aplicar radiación, el mejor método es el del Supervoltaje o con Cobalto 60

ya que producen menores lesiones secundarias. (3, 26, 64).

Una razón poderosa para no efectuar la disección ganglionar inguinal de rutina como tratamiento profiláctico, es el hecho que los estudios microscópicos de las piezas quirúrgicas revelan que primero hay invasión a los ganglios hemorroidales superiores, y que el promedio de metástasis a la ingle oscila alrededor del 35% y la disección radical no tiende a prevenir metástasis.

Los resultados obtenidos después del tratamiento quirúrgico han sido muy variables en relación a los años de sobrevivencia, de acuerdo a los reportes encontrados, así en la Clínica Mayo de una serie reportada obtuvieron 62.5% de sobrevivencia de 5 años, Gabriel tiene un reporte de 51% y otro de 30% de sobrevivencia de 5 años, Sedwick y Wainsteis 28 %, Starns 22 % y Bacon reporta supervivencia relativa de 5 años en un porcentaje que oscila entre el 41 y 47 %, teniendo casos también de 10 años de cura quirúrgica. (3, 26, 35)

TRATAMIENTO PALIATIVO.

COLOSTOMIA: Es de mucha utilidad en los casos inoperables de Carcinoma del ano, particularmente cuando el esfínter anal se encuentra invadido. (26)

NEURECTOMIA PRESACRA: La resección de los nervios presacros ha tenido buen resultado para aliviar el dolor visceral provocado por la invasión maligna a los órganos pélvicos, pero no ayuda nada cuando hay invasión a tejidos somáticos como el sacro, y en estos casos se puede utilizar la inyección intratecal de alcohol. Otro método para aliviar el dolor es la cordotomía, pero esta se empleará para casos muy desesperados y avanzados, estando contraindicada en pacientes de edad avanzada y con metástasis abdominales (26).

CAPITULO # 17.

OBJETIVOS DEL PRESENTE TRABAJO.

Con el estudio del Cáncer del canal anal y del Márgen anal en Guatemala, -
perseguiamos hacer un análisis de la Patología de la región, ante la necesidad de
una mejor investigación clínico patológica regional, ya que en algunos casos es
menospreciada, no tomando en cuenta que no siempre las enfermedades son de ti-
po benigno, y que aún estas pueden degenerar a malignas.

Además tratamos de completar los estudios efectuados anteriormente sobre -
Cáncer de Colon y Recto, para tener datos estadísticos más o menos completos so-
bre las malignidades de tan importante región y poderlos comparar con los estudios
practicados en otros países, que cuentan con mejores medios de investigación que
nosotros.

También tratamos de dar a conocer una de las enfermedades que pasa inadver-
tida para un buen número de estudiantes de Medicina y de Médicos, enfocando el
problema desde sus orígenes embriológicos, anatómicos, histológicos y clínicos, -
proporcionando datos sobre tratamiento y finalmente dar a conocer los casos en -
contrados en Guatemala en un periodo de quince años.

CAPITULO # 18.

CANCER DEL CANAL ANAL EN GUATEMALA

A.- CONSIDERACIONES GENERALES :

El cáncer del Canal anal en Guatemala, es una entidad digna de tomarse en cuenta, ya que es más frecuente de lo que comunmente se piensa, lo cual será francamente demostrado en el capítulo referente a los datos estadísticos, por lo que estamos obligados a pensar en dicha enfermedad siempre que encontremos cualquier anomalía del Canal anal, ano propiamente y margen anal. Creemos que el Cáncer de dicha región es bastante desconocido en nuestro medio, por lo que algunos de los casos han sido descubiertos por el Patólogo al informar una pieza quirúrgica, obtenida de una operación equivocada por diagnóstico erróneo, pero esto ha sucedido también en otros países, porque el diagnóstico diferencial se torna a veces sumamente difícil y confuso.

Es de considerar también, la deficiencia de muchos de los Records clínicos, ya que en muchos se encuentran estudios incompletos o faltan notas sobre la evolución del caso, lo cual algunas veces es debido a la dificultad de controles posteriores al paciente, porque radica en algunos de los Departamentos de la República y no cuenta con medios para trasladarse a los Centros hospitalarios de la Capital el día en que se le cita.

Como notaremos en la presentación de los casos, algunos sólo se relatan con los escasos datos de la Orden de Anatomía Patológica y el informe del estudio microscópico, lo cual es debido a que algunas piezas fueron enviadas de los Departamentos y los datos clínicos no fué posible obtenerlos, otros porque no aparecie-

ron sus fichas clínicas y algunos tratados en Sanatorios Privados, también están incompletos debido a que por razones ajenas a mi voluntad, no fué posible entrevistar a los médicos tratantes.

B. MATERIAL Y METODOS.

El material para el presente trabajo se obtuvo, como mencionamos anteriormente de las revisiones efectuadas en tres laboratorios de Patología, y basándonos en el hecho que al Laboratorio de Patología del Hospital General y al Instituto de Cancerología son referidos pacientes vistos primariamente en los centros hospitalarios departamentales, cuando hay sospecha de enfermedad maligna, o bien sólo envían piezas anatómicas obtenidas por biopsia o intervención quirúrgica y que lo mismo sucede con los pacientes tratados en Clínicas y Laboratorios privados departamentales, los cuales en su mayoría son enviados al Laboratorio Particular de Patología, nos atrevemos a considerar el presente trabajo sobre la República de Guatemala.

Se revisaron en el Hospital General de Guatemala, redondeando números 80,500 informes microscópicos de anatomía patológica, en el Laboratorio Privado de Patología un poco más de 18,300 lo que hace un total de 98,800. En el Instituto de Cancerología, gracias a que en dicho centro se lleva un archivo analítico de acuerdo a la clasificación internacional, se revisó únicamente lo que se refiere a Cáncer del canal anal y margen anal, encontrando 4 casos, de los cuales tres fueron referidos para control y complementar estudios o para radioterapia del Hospital General y sólo uno no se encontraba en los obtenidos del Laboratorio de Patología del Hospital General.

De acuerdo al diagnóstico microscópico, se escogieron los casos, los cuales fueron estudiados en sus papeletas de Hospitalización del Hospital General, entrevistando posteriormente a los Médicos tratantes, igual procedimiento se siguió, hasta donde fué posible, con los casos seguidos en Clínicas y Hospitales privados.

Es de hacer notar que de acuerdo a los datos vertidos en su Tesis de graduación por el Doctor Carlos Escobar V., quién en una revisión de 22 años, reporta 19 casos de Cáncer anal, la incidencia a aumentado, ya que nosotros encontramos 25, en una revisión de 15 años.

CAPITULO # 19.

PRESENTACION DE LOS CASOS ENCONTRADOS EN GUATEMALA.

1.- M.A.G.S., R.M. 23905-56 A.P. 69586.

66 años de edad, originaria y residente en Aldea Los Cerritos, Chiquimulilla, -
Departamento Santa Rosa. Raza Ladina. Sexo femenino.

A su ingreso refirió prurito anal de 3 meses de evolución, presentando pocas semanas después pequeña pápula que ha aumentado de tamaño, acompañada de dolor y estreñimiento. Al examen de la región se encontró lesión fungosa, que ocupa todo el cuadrante derecho del ano, dura, de color rojizo, a dos cms. por arriba de esta, en el Canal anal se encontró otra masa pequeña de iguales características. Se practicó excisión local de las masas, reportando el patólogo que los fragmentos de la masa anal, presentan un Carcinoma de células escamosas GII. Posterior a este informe se completó tratamiento con radiación, dosis total 6000r. Un añodespués la paciente re-ingresó por presentar ardor, dolor local en el ano y estreñimiento. Al examen se encontró Proctitis post-radiación y estrechez anal, por lo cual se practicó colostomía sigmoide. Presentó hernia incisional, por lo que se practicó Hernioplastia. 6 años después se practicó cierre de colostomía, la paciente no presentaba recurrencia de enfermedad.

2.- F.C.O. R.M. 00421-65 AP. 3952-65, 4465-65 y 5073-65.

66 años de edad, originario de San Lucas Tolimán, residente en la Capital. Raza ladina. Sexo masculino.

Refirió 15 años de sangramiento escaso al defecar, tenesmo y prurito anal. Siete

meses después notó presencia de pequeñas masas peri-anales, que sangraban fácilmente y daban lugar a formación de secreción purulenta. Estreñimiento que cedía parcialmente con laxantes. Con el tiempo las masas crecieron, teniendo aspecto de coliflor, le impedían la posición sentada. En los ocho últimos años presencia de orificios en regiones glúteas que dan salida a material purulento. Al examen de la región se encontró tejido exuberante, de color amarillo rojizo, sangra fácilmente, ocupa completamente el orificio y se extiende por todo el margen anal. En regiones glúteas presencia de orificios que drenaban abundante material purulento y seroso. Es de hacer notar que el paciente durante la evolución tan prolongada de su enfermedad fué tratado por varios facultativos con medicamentos locales. Ya hospitalizado se tomó biopsia de la masa fungoide, la cual fué informada como Carcinoma de células escamosas bien diferenciado Grado II, por lo que se preparó rápidamente al paciente y se le practicó resección abdomino-perineal. La pieza fué informada por patólogo, después del estudio microscópico, donde se confirma el diagnóstico de la biopsia, encontrando el Recto libre de enfermedad y los bordes quirúrgicos libres. No se encontraron ganglios linfáticos tomados. 5 semanas después se practicaron fistulectomías, siendo el tejido escindido enviado a examen, no se encontró evidencia de malignidad. Hasta esta fecha lleva 18 meses de sobrevida.

3.- J.L.deL.A. R.M. 03857-63 A.P. 93525 y 93819.

77 años de edad, originario de Barberena, residente en Escuintla. Raza ladina. -
Sexo masculino.

Refirió historia de un mes de prurito, ardor y dolor en región glútea derecha, más intenso en margen anal, presentando posteriormente pequeñas masas que producen secreción purulenta. El examen local reveló lesión ulcerativa del margen anal, con secreción purulenta, nodulaciones alrededor del ano, de color rojizo. Descamación cutánea en región glútea derecha. La ulceración media 10 x 4 cms. presentaba también adenopatía inguinal bilateral. Biopsia de la ulceración reveló carcinoma epidermoide de células escamosas bien diferenciado, G I. Se practicó resección abdomino-perineal, siendo confirmado el diagnóstico, pero al examen de la región afectada por el tumor, se demostró que la malignidad era Grado II. Recto y sigmoides libres de enfermedad. Ganglios linfáticos no invadidos. No se sabe tiempo de sobrevivida, paciente no regresó a controles.

4.- P.G.V. R.M. 61511-59 AP. 90931, 93380, 94020, 1393-64 y 4493-65.

63 años, Originario de El Salvador, residente en Guatemala. Sexo masculino. Raza ladina.

Historia de tres semanas de dolor en región anal, presentando ulceración que sangra desde hace una semana. Al examen de la región sólo se encontró al tacto rectal una irregularidad a nivel de la unión ano-rectal. Lo demás normal. Se efectuó biopsia a ese nivel, reportando mucosa rectal normal y características compatibles con carcinoma de células escamosas de la región del canal anal. No aceptó tratamiento quirúrgico, por lo que se dió alta. Un año después regresó por presentar masas sangrantes a nivel del ano, lo cual producía estreñimiento y dolor.

Al tacto rectal se comprobó masa dura y fija a 2-3 cms. por arriba del ano. Nue

va biopsia fué informada como carcinoma escamo-transicional del recto. Se le practicó resección abdomino perineal, presentó complicaciones post-operatorias, retención urinaria y flegmón urinoso, por lo que se efectuó cistostomía supra-púbica. El informe de la pieza quirúrgica (recto-sigmoide) confirmó diagnóstico de carcinoma de células escamosas G II, el recto sigmoide no presenta invasión, los ganglios están normales. Se dió egreso y un año después regresó por sensación de masa en región perineal, se tomó biopsia y se encontró recurrencia de enfermedad, por lo cual se administró radiación con cobalto 60. Presentó estrechez uretral, por lo que fué referido al especialista, practicaron dilataciones uretrales y resección del cuello vesical hipertrofiado. El informe microscópico de estos fragmentos fué normal. Pocos días después el paciente falleció. Sobrevida de tres años.

5.- D.E.R. R.M. 17830-60 AP. 1137-64.

75 años, originaria y residente en la Capital. Sexo femenino. Raza ladina. Refirió historia de dos meses de evolución consistente en prurito y dolor anal, que aumenta durante la noche, ulceración en el ano, que sangra ocasionalmente. Exámen local reveló ulceración rojiza, dura y dolorosa de 2 cms. de diámetro. Por ingresos anteriores se comprobó que se le dió de alta un año antes con Dx. T.B. Pulmonar, T.B. renal derecha, T.B. vesical, Hidronefrosis izquierda y Diabetes mellitus. Biopsia de la ulceración anal reveló carcinoma de células escamosas G II del ano. Por su estado general se practicó colostomía y se efectuó tratamiento con implantes de agujas de cobalto 60 para una dosis de 4000r y 2000r por radiación externa. Un año después habiendo mejorado su estado general y en con -

diciones más favorables se practicó plastia de colostomía y a la exploración se encontró invasión al recto, siendo inoperable. La paciente está viva, dos años de sobrevida.

6.- C.deE. L.P. 61-8315 Sexo femenino.

Evacuaciones diarreicas y sangramiento por el recto de 6 meses de evolución. Masa en el canal anal de más o menos 12 cms.

Informe de Biopsia: Carcinoma escamo-transicional del ano GII-III. No pudimos obtener más datos.

7.- M.G.v de S. LP. Letra S. Sexo femenino.

Biopsia de lesipon anal: Carcinoma de células escamosas G II-III del ano. No tenemos más datos.

8.- F.L. L.P. 61-8744

47 años de edad. originaria de E.U.A., residente en Guatemala. Sexo femenino. raza Blanca.

Paciente a la que en un examen rutinario de control, se le encontró al examen ffsico, una pequeña verruga a 1 cm. del ano, hacia el glúteo izquierdo, la cual -fué reseçada con electro-disección. El informe de patología dice así: Los cortes histológicos de la piel muestran una poliferación marcadamente atípica del epitelio escamoso, el cual aparece en ciertas zonas queratinizado. La hiperplasia -del epitelio escamoso se caracteriza por pérdida de la polaridad de las células, -abundantes mitosis, algunas células marcadamente anaplásicas, pero con relativa

buena conservación de la basal. En el corium superior se encuentra una marcada reacción inflamatoria, caracterizada especialmente por linfocitos. También se observa un marcado engrosamiento de la capa granulosa de la epidermis. El aspecto histológico corresponde a una enfermedad de Bowen. Diagnóstico: Enfermedad de Bowen. Dos años de control sin recurrencias.

9.- E.deL.E. R.M. 19572-57 AP. 64351

63 años de edad, originario y residente en Tejutla, San Marcos. Sexo Masculino. Raza ladina.

Refirió historia de 15 meses de evolución, consistente en ulceración en región inter-glútea, la cual atribuye a traumatismo, actualmente ha aumentado de tamaño produciendo prurito y dolor. Al examen de la región presentaba lesión ulcerativa de más o menos 15 cms. de diámetro en región interglútea, con tejido cicatricial en la parte inferior y adenopatía inguinal bilateral. Biopsia de la ulceración fué informada como "Carcinoma de células escamosas del margen anal". Al paciente se le dió tratamiento con radioterapia, dando una dosis total de 6000r, pero fué en una forma irregular, ya que el paciente no se presenta a su tratamiento. Posteriormente se le dió egreso, no se sabe evolución.

10. M.E. de G. L.P. 61-9349 Sexo femenino. Raza ladina.

62 años de edad, originaria y residente en Guatemala, presentó masa granulomatosa infiltrante en el Canal anal. Biopsia de la lesión reportó carcinoma epidermoide de células escamosas Grado II. No fué posible obtener más datos.

11. G.G. de S. R.M. 33039-58 AP. 70934.

66 años de edad, originaria y residente en Fraijanes, Guatemala. Sexo femenino.

Raza ladina.

Paciente con historia de tres años de evolución, consistente en hemorragia vaginal y leucorrea y ulceración en margen anal izquierda. Biopsias revelaron: Ca. de Cérvix GIII y Carcinoma de células escamosas GII del margen anal. Se efectuó excisión amplia de la ulceración del margen anal. Tratamiento con teleterapia, Co 60 en barras y ovoides, dosis total 6720 mg.-h. Se desconoce evolución.

12. A.P.S. R.M. 11673-61 AP. 84594.

Historia de un año de evolución, de ulceración en margen anal, la cual ha aumentado de tamaño progresivamente, desde hace un mes pequeña masa dura en región inguinal, pérdida de peso. Al examen local, lesión ulcerada y proliferada, infiltrante en la margen posterior del ano y piel del perineo. Adenopatía inguinal izquierda, ganglio duro de 3x2 cms. Biopsia de la lesión reveló Carcinoma de células escamosas del ano GII. Se le dió tratamiento con radiación tanto a la ulceración del margen anal como a la metástasis inguinal. Ocho meses después fué tratada por Dermatitis post-radiación, y un mes después se presentó refiriendo dolor en el ano, estreñimiento y heces acintadas, presentando la ulceración perineal cicatrización parcial y ganglio supraclavicular aumentado de tamaño. Se practicó laparotomía exploradora, encontrando invadidos los ganglios peri-ilíacos y peri-aórticos y metástasis hepáticas. Se efectuó colostomía transversa. La paciente falleció pocos días después. Tiempo de sobrevivida: nueve meses.

La paciente tenía 70 años de edad, originaria de Quezaltenango, residente en la

capital. Sexo femenino. Raza ladina.

13. T.R. de P. R.M. 44406-59 AP. 72571 y 86959.

83 años de edad, originaria de Antigua, residente en la Capital. Sexo femenino - Raza ladina.

Lesión ulcerativa de un año de evolución, que se extiende del ano a la vulva. - Biopsia de la ulceración reveló Carcinoma basocelular pigmentado del ano, por lo que fué tratada con radioterapia. Tres años después ingresó por lesión ulcerativa perineal, de la cual se tomó biopsia siendo informada así: Carcinoma basocelular variedad sólida, pero se observan áreas compatibles con Carcinoma epidermoide. (Puede tratarse de una forma de Carcinoma intermedio); se inició nuevamente tratamiento con radioterapia, pero a los pocos días falleció. Sobrevida: tres años.

14. M.G de Q. R.M. 14035-60 AP. 87333.

55 años de edad, originaria de Guatemala, residente en Chimaltenango. Sexo: - femenino. Raza ladina.

Historia de 20 años de evolución de pequeña masa localizada en el ano, la cual - desde hace un año produce dolor y secreción sero-purulenta. Al examen local masa de 4 cms. de diámetro, la cual ocluye parcialmente la luz, permite la entrada del dedo, invasión al canal anal. Biopsia reveló Carcinoma de células escamosas GII del margen anal. Tratamiento resección abdomino perineal. Resultado satisfactorio. Tres años después re-ingresó por otras molestias, practicándosele Colpotomía posterior, Corrección de cistocele y operación de Leforte, posteriormente - se le practicó histerectomía vaginal. No se encontró recurrencia del Carcinoma

del Margen anal. Sobrevida: cuatro años.

15.- M.P.V. R.M. 00762-61 AP. 82348 y 86860

45 años de edad, originaria y residente en Escuintla, Sexo femenino. Raza ladina.

Historia de un año de evolución, consistente en dolor en el ano y sensación de masa a ese nivel. Al examen local se encontró lesión con aspecto de coliflor en el pliegue inter-glúteo y estenosis cicatrizal. Biopsia de la masa reportó diagnóstico de Adenocarcinoma G II-III del ano. Se le practicó Colostomía y se dió Terapia con Cobalto 60. 4 meses después presentó ulceración del ano y vulva, la cual produce ardor y dolor, se tomó Biopsia la cual fué informada como reacción inflamatoria crónica inespecífica, sin evidencia de malignidad. No se sabe evolución actual.

16. S.P. L.P. 64-15339.

Paciente de 50 años de edad, originario y residente en el Quiché sexo masculino. Raza ladina.

Biopsia de masa del margen anal, la cual presenta más o menos 1.6 x 1 cms. de diámetro, irregular, con aspecto de coliflor. Diagnóstico microscópico: Adenocarcinoma del margen anal y condiloma acuminatum. No se sabe evolución del paciente.

17. E.C.T. R.M. 02848-57 AP. 61487.

60 años de edad, Originario de Antigua, residente en Chiquimula. Sexo masculino. Raza ladina.

Refirió que desde hacía dos años venía observando con cierta frecuencia sangre - en heces, desde hace nueve meses estreñimiento, acompañado de presencia de masa a nivel del ano, la cual produce secreción sero-sanguinolenta y ardor. Pérdida de peso: 35 libras. Al examen se encontró adenopatía inguinal bilateral. Tumefación circular que toma 3/4 del esfínter anal, rojiza, que invade el recto y produce secreción sero-sanguinolenta. El enema opaco reveló lesión muy sugestiva de neoplasia rectal. La biopsia de la lesión fué informada así: Adenocarcinoma del recto con extensión al ano. Paciente no aceptó ningún tratamiento, pidió alta, no se sabe de él.

18. M.A. Jalapa. AP. 42090.

50 años de edad. Sexo femenino. Presentaba tumefacción perianal de bordes - irregulares, dura y que produce abundante secreción. El informe de anatomía patológica dice: los cortes histológicos muestran un neoplasma maligno, formado - por estructuras glandulares anaplásticas, bordeadas por células cuboidales altas, - con pérdida de la membrana basal y que aparecen infiltrando profundamente el tejido fibroso. También se encuentran fragmentos de epitelio escamoso, con la ordenación corriente y cuyo corion presenta el mismo tipo de células tumorales. Dx. Adenocarcinoma del recto con extensión anal. No se sabem más datos.

19. I de G. L.P. 56-1706. Sexo Femenino. Raza ladina.

Biopsia de masa rectal: los cortes histológicos muestran un tumor maligno de tipo glandular, formado por glándulas anaplásticas, irregulares y tapizadas por células cuboidales altas, con numerosas mitosis y algunas monstruosas. El tumor aparece-

invadiendo los tejidos peri-anales y en cierta región se extienden hasta el corium vecino al epitelio escamoso. Dx. Adenocarcinoma del recto GII con invasión anal. No se obtuvieron más datos.

20. A.L.G. R.M. 03182-61 AP. 82900 y 83563.

17 años de edad. Originario y residente en San Antonio Suchitepequez. Sexo masculino. Raza ladina.

Historia de dos meses de sensación de masa a nivel del ano. Dolor al defecar. Diarrea con pujo y tenesmo, moco y sangre, olor fétido de 15 días de evolución.

Al examen físico se encontró adenopatía inguinal izquierda, dolor en ambas fosas ilíacas y región peri-umbilical. En región peri-anal, masa dura negro grisácea, dolorosa de 10 x 8 cms. no permite efectuar tacto rectal. La lesión de tipo vegetante, parcialmente ulcerada. Biopsia fué informada como Carcinoma coloi-de rectal con invasión al ano. Se planeó resección abdomino perineal, pero a la exploración se encontró invadido el sigmoide, mesenterio y el hilio hepático. Se efectuó colostomía. El paciente falleció pocos días después.

21. M.L.L. R.M. 17630-58 AP. 68912.

90 años de edad, originaria y residente en Asunción Mita. Sexo femenino. Raza ladina.

Historia de masas localizadas en el ano, las cuales sangran con facilidad y en diversas ocasiones han sido tratadas localmente como hemorroides. Al examen físico paciente en mal estado general, con adenopatía inguinal derecha ganglio de 4 x 4 cms., duro, fijo. En el ano masas en coliflor, oscuras, cargadas de pig -

mento, fuertemente sangrantes, dolorosos, se extiende hasta 10 cms. por arriba de la línea dentada. Se tomó biopsia de las masas, siendo reportada como Melanoma maligno del ano. Un mes después falleció la paciente sin haber recibido tratamiento dado su mal estado general.

22. J.B. y B. San Marcos. AP. 99245.

80 años de edad, originaria y residente en San Marcos. Sexo femenino. Raza ladina.

Historia de tres semanas de estreñimiento, tratada con laxantes, posteriormente salida de masa blanda, dolorosa, oscura, se diagnosticó hemorroides trombosados, pieza enviada a Patología, reveló Melanoma Maligno de alta malignidad. No se sabe evolución de la paciente.

23. A.V. Jalapa. AP. 77378.

65 años de edad. Originaria y residente en Jalapa. Sexo femenino. Raza ladina.

Un año de masa localizada en el ano, no dolorosa. Biopsia de dicha lesión fué informada como Melanoma maligno de alta malignidad, originado en el ano y con extensión al recto. No se saben más datos.

24. R.J. de C. Antigua. AP. 82460.

40 años de edad, originaria y residente en Antigua. Sexo femenino. Raza ladina. Biopsia de masa anorectal, fué informada como melanoma de alta malignidad del ano. La paciente fué referida al INCAN, pero ya no se presentó por lo que se desconocen los demás datos.

25. De este caso no se pueden proporcionar mayores datos, ya que la papelería del paciente no apareció después de infructuosa búsqueda. Los Médicos tratantes informaron que el paciente, sexo masculino, fué tratado quirúrgicamente por Hemorroides, la pieza enviada a estudio microscópico fué informada como Melanoma de alta malignidad. Rápidamente el paciente se deterioró físicamente falleciendo pocas semanas después. A la autopsia se encontraron metástasis hepáticas y cerebrales (46,62).

CAPITULO # 20.

DATOS ESTADISTICOS.

Estos los proporcionamos en forma de cuadros, alternando con las estadísticas de Bacon, Gabriel, McQuarrie y otros autores, para facilitar su comparación, aunque en algunos casos nuestros cuadros tienen variantes por lo incompleto de la mayoría de nuestros estudios.

BACON (1940-1961).

Tipo de Neoplasma Maligno	número de pacientes	
Carcinoma de células escamosas (Epidermoide).....	71	
Carcinoma de células basales.....	4	(3.6%)
Melanoma Maligno.....	2	
Linfosarcoma.....	2	
Sarcoma neurogénico (Neurile noma maligno)	1	
Adenocarcinoma mucosoide del recto con invasión directa del canal anal.....	<u>22</u>	
TOTAL	102	(3)

MCQUARRIE (1920-1944)

Tipo de Neoplasma maligno	número de pacientes	
Carcinoma de células escamosas.....	117	
Carcinoma de células basoesamosas.....	10	(93.5%)
Melanoepiteliomas.....	7	= 5%
Carcinoma de células basales.....	<u>2</u>	= 1.5%
TOTAL	136	(40)

GUATEMALA (1951-1965)

Carcinoma de células escamosas.	11	=	44%
Melanoma maligno.....	5	=	16%
Carcinoma escamo-transicional.....	1	=	4%
Carcinoma basocelular pigmentado.....	1	=	4%
Enfermedad de Bowen.....	1	=	4%
Adenocarcinoma del ano.....	2	=	8%
Adenocarcinoma del recto con extensión directa al Canal Anal.....	3	=	12%
Carcinoma coloide del recto con invasión al Canal anal...	1	=	4%
TOTAL.....	25		

OUYANG Y BACON.

Localización	número de casos
Margen anal.....	28
Canal anal.....	29
Línea ano-rectal	10
1.5 cms. arriba línea ano-rectal	2
3 cms. arriba línea ano rectal	1
6 cms. arriba línea ano-rectal	1
TOTAL	71 (3)

además de acuerdo al tercio del canal Anal afectado, se puede localizar en alto, medio y bajo (3, 40).

GABRIEL (1941).

Localización.		número de casos
Canal Anal		26
Márgen anal		<u>29</u>
TOTAL		55
Proporción por sexo	Hombres	Mujeres
Canal Anal	3	23
Márgen Anal	<u>24</u>	<u>5</u>
TOTAL		27 28 (26)

MORSON (1959)

Localización		número de casos
Canal anal		103
Márgen anal		38
Inzieterminado		<u>16</u>
TOTAL		157
Proporción por sexo	Hombres	Mujeres
Canal anal	44	59
Márgen anal	<u>31</u>	<u>7</u>
TOTAL		75 66 (26)

GUATEMALA (1951-1965)

Canal anal.....	10
Márgen anal	8
Ano propiamente	3
Recto con extensión al canal anal	<u>4</u>
TOTAL	25

Proporción por sexo	Hombres	Mujeres
Canal anal	3	7
Márgen anal	2	6
Ano propiamente.....	1	2
recto con extensión al Canal Anal.....	<u>2</u>	<u>2</u>
TOTAL	8	17

McQUARRIE

Grados de acuerdo a clasificación de Broders, 127 casos de Carcinoma de Células escamosas y basoescamosas.

Grado I	9		
Grado II	40		
Grado III	55	Grados I y II =	40 %
Grado IV	23	Grados III y IV =	60 % (40)

GUATEMALA (1951-1965)

Grados de acuerdo a la clasificación de Broders para 18 casos de Carcinoma de células escamosas y adenocarcinomas.

Grado I	1	
Grado II	14	Grados I y II = 83.3 %
Grado III	3	Grados III y IV = 16.6 %
Grado IV	0	

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS EN RELACION A -
LAS LESIONES MALIGNAS DEL INTESTINO GRUESO POR VARIOS AUTORES:

Autor	Serie Total maligni- dad I.G.	No. casos Ca. del ca- nal anal	Porcentaje
Gabriel	1700	55	3.3 %
Duie and Brust	2939	51	1.7 %
Raiford	352	10	2.8 %
Cattell and Williams	600	10	1.7 %
Meland	260	17	6.0 %
Sweet	802	38	4.7 %
Binkley	2535	95	3.6 %
Morson	157	3.5 %
Bacon and OuYang(1956)	1633	47	2.8 %
Grinnell	1026	49	1.8 %
Bacon and Nuguid(1961)	2160	71	3.2 % (3)

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DEL CANAL ANAL Y DEL MARGEN ANAL EN
GUATEMALA EN RELACION A LA PATOLOGIA MALIGNA TOTAL DEL INTES-
TINO GRUESO (1951-1965).

Serie Total de Malig nidad I. G.	No. de casos de malignidad del margen y canal anal	Porcentaje
248	25	10.4 %

INCIDENCIA POR LA EDAD DEL PACIENTE.

Judd y de Tar	Paciente más joven	4 años (35)
Grinnell	Paciente más viejo	94 años
Bacon	Paciente más joven	19 años
	Paciente más viejo	83 años (3)
Morson y Gabriel	Edad promedio	53.5 años (26)
En Guatemala	Paciente más joven	17 años
	Paciente más viejo	90 años
	edad promedio	60.5 años

INCIDENCIA POR SEXO

Bacon	Canal anal 4:3	en favor de las mujeres
	Márgen anal 4:1	en favor de los hombres
	de 71 casos	41 mujeres y 30 hombres (3)
En Guatemala	Canal anal: Mujeres 9 y hombres 5	
	Márgen anal: Mujeres 8 hombres 3	
	de 25 casos: Mujeres 17 hombres 8	
	Relación de 2:1 en favor de las mujeres	

MALIGNIDAD ASOCIADA CON PATOLOGIA ANO-RECTAL BENIGNA.

BACON

Malignidad asociada con hemorroides.....	13	
Malignidad asociada con fistula	11	
Malignidad asociada con verrugas anales	1	
Malignidad asociada con leucoplasia	2	
Malignidad asociada con fisura	2	
Malignidad asociada con prociencia	2	
Malignidad asociada con linfogranuloma esthioménico.....	<u>2</u>	
TOTAL	38	(3)

MALIGNIDAD ASOCIADA CON PATOLOGIA ANO-RECTAL BENIGNA EN
GUATEMALA.

Malignidad asociada con hemorroides	3	
Malignidad asociada con fistula	1	
Malignidad asociada con condiloma acuminatum..	<u>1</u>	
TOTAL	5	

LOCALIZACION DEL CARCINOMA DEL CANAL POR CUADRANTES.

BACON and NUGUID

Posterior	24	
Anterior	19	
Lateral izquierdo	7	
Lateral derecho	3	
Media circunferencia	11	
Circunferencia total	<u>7</u>	
TOTAL	71	(3)

McQUARRIE

	Hombres	Mujeres	Total
Anterior	14	22	36
Posterior	16	31	47 (40)

En Guatemala, desafortunadamente no podemos hacer este estudio por cuadrantes debido a lo incompleto en la descripción al respecto de las lesiones del Márgen y Canal Anal en cuanto a su localización exacta.

INCIDENCIA DE EXTENSION LOCAL, INVASION LINFATICA Y METASTASIS
DISTANTES SEGUN REPORTES DE DIVERSOS AUTORES Y DE LOS ENCONTRA-
DOS EN GUATEMALA.

Autor	Total de casos	Invasión local	Ganglios <u>in</u> <u>gu</u> <u>ina</u> <u>les</u> .	Ganglios <u>p</u> <u>el</u> <u>v</u> <u>icos</u>	Hígado	Pulmones	Cerebro
Grinnell	49	9	4	..	2		
Sweet	77	36	13	..	2	1	
Keyes	27	..	4	19	4	1	
Morson	157	..	42.9 %	35.9 %	
Bacon, Nuguid & OuYang	71	14	15	18	2	1	(3)
En Guate.	25	4	5	4	3	0	1

SIGNOS Y SINTOMAS QUE REFIRIERON LOS 25 PACIENTES DE NUESTRA SERIE.

Sensación de masa	14
Dolor.....	8
Sangramiento	7
Ulceración	6
Prurito	4
Estreñimiento	4
Ardor	2
Tenesmo	2
Diarrea	2

DATOS SOBRE TRATAMIENTO EMPLEADO Y SOBREVIDA.

Judd and de Tar

Tratamiento	número de pacientes	cinco años de sobre vida por ciento
Radiación	19	31.5
Excisión local	9	62.5
Excisión local más radiación	24	33.3
Resección radical	45	36.3

SWEET

Tratamiento	número de pacientes	cinco años de sobre vida por ciento.
Cirugía o radiación	77	16.3
Resección abdomino perineal	43	25.0

Tratamiento	número de pacientes	cinco años de sobre vida por ciento
Nuguid		
Excisión local	20	no recurrencia en 12 de 1 a 13 años.
Excisión local más radiación	4	no recurrencia en 3.
Resección abdómino perineal	3	Recurrencia a los 6, 9 y 19 meses.

Tratamiento	número de pacientes	Resultados
Resección abdómino perineal más radiación	1	Recurrencia 1 año - después.
Colostomía más radiación	2	Sobrevida de 6 meses y 6 años.
Colostomía más excisión posterior	2	sobrevida de 3 semanas y 3 años
Radiación	1	No recurrencia en 8 años.

BACON.

TRATAMIENTO	número de pacientes	Resultados.
Excisión local	1	8 años sobrevida
Resección abdómino perineal	2	19 meses y 6 1/2 años de sobrevida
Radiación y disección de ganglios inguinales	1	sobrevida 9 meses (3)

EN GUATEMALA.

Tratamiento	número de pacientes	Resultados
Excisión local y radio <u>terapia</u>	1	sin control
Electro-disección	1	2 años sin recu - rrencia.
Excisión local, colostom <u>ía</u> y Radiación	1	6 años sin recu - rrencia.
Colostom <u>ía</u>	1	falleció en el post operatorio.
Radiación	3	1: Sin control 1:2 años sin recu - rrencia. 1:3 años de sobre_ vida
Colostom <u>ía</u> y Radiación	3	1: sin control 1:9 meses sin recu - rrencia. 1:2 años sobrevida con recurrencia.
Resección abdómino perineal	4	1 sin control 1.18 meses sin re - currencia 1.3 años sin recu - rrencia. 1.4 años sin recu - rrencia.
Sin tratamiento por div. causas	3	
Se desconoce tratamiento	9	

CAPITULO # 21.

SUMARIO.

El canal anal se deriva en sus dos tercios superiores del Endodermo, y en su tercio inferior del ectodermo, de allí que se encuentre recubierto por piel verdadera y piel modificada, lo cual hace posible la aparición de diversos tipos histológicos de patología maligna, siendo el más común el Carcinoma de células escamosas (Epidermoide). Hay que considerar que existen factores predisponentes en el Cáncer del Canal Anal y margen anal, tales como irritaciones crónicas, papilomatosis anal, fístulas de larga duración, enfermedad de Bowen, Kraurosis y leucoplasia, enfermedad anal extramamaria de Paget y lesiones post-radiación. Se han reportado una incidencia de 3.19 %, 3 o 4 %, 3.5 o 3.6 %, pero en nuestro medio es de 10.4 %. Se presenta más o menos igual en los dos sexos, pero con predominancia a favor de las mujeres. Generalmente se encuentra en pacientes que han pasado la quinta o sexta década, pero puede aparecer a edades más tempranas. Generalmente se presenta una masa que al crecer tiene tendencia a romperse, ulcerándose, teniendo la base dura y los bordes enrollados, usualmente de color rojo-violeta y la base necrótica y gris. Los síntomas más frecuentes son sangramiento, dolor, estreñimiento, prurito, ardor, heces en forma de listón. El diagnóstico diferencial debe hacerse practicamente con todas las lesiones que pueden presentarse en el Canal anal. El Diagnóstico definitivo se hace por el examen microscópico. Puede dar metástasis a distancia, invadir los ganglios y extenderse por vecindad. El tratamiento puede ser quirúrgico por excisión local o resección abdominal perineal, con radiación o no, o bien sólo radiación. Se preferirá la -

resección abdomino perineal, dejando la radiación para casos muy especiales. No hay curación, solo sobrevida post-tratamiento, la cual tiene un promedio de 5 años, pero hay casos reportados con más de 10 años de sobrevida, sin recurrencia de la enfermedad.

CAPITULO # 22.

CONCLUSIONES.

1. El canal anal tiene origen endodérmico en sus 2 tercios superiores y ectodérmico en su tercio inferior.
2. Por estar cubierto por verdadera piel y piel modificada, puede dar origen a diversas malignidades, tales como: Carcinoma de células escamosas, de células basales, transicionales, adenoacantoma, cilindroma, adenocarcinoma, linfosarcoma, melanoma maligno, melanoma amelanótico, hemangio endotelio, mioblastoma y rhabdomiosarcoma.
3. Se consideran como enfermedades pre-cancerosas a las irritaciones de larga duración, las fístulas de evolución prolongada, la Enfermedad de Bowen, Leucoplasia y Kraurosis, enfermedad anal extramamaria de Paget y Lesiones por radiación.
4. El diagnóstico diferencial debe hacerse con casi todas las enfermedades que afectan la región, teniendo en mente en nuestro medio las ulceraciones por Amebiasis.
5. Cuando se traten quirúrgicamente los hemorroides, deberá enviarse siempre la pieza a examen microscópico, ya que puede tratarse de melanoma maligno.
6. Cuando se sospeche en el diagnóstico Melanoma maligno no deberá hacerse biopsia inmediatamente, será mejor hacer biopsia por congelación y de acuerdo a resultado proceder a excisión local o Resección abdomino perineal si se confirma diagnóstico de Melanoma.

7. El diagnóstico clínico puede resultar sumamente difícil, porque la sintomatología es similar a la de diversas enfermedades benignas, por lo cual está indicada la Biopsia para diagnóstico.
8. El tratamiento indicado es la resección abdomino-perineal, pero casos de Carcinoma de células escamosas del margen anal, si son de poca duración y la lesión es pequeña se podrá efectuar excisión local y posteriormente tener un estricto control sobre el paciente. La radiación sólo deberá utilizarse cuando el estado general del paciente no permita la cirugía o cuando el paciente no acepte tratamiento quirúrgico.
9. No deberá hacerse disección de ganglios inguinales de rutina, ya que esto no ofrece curación ni impide las metástasis y sólo puede producir impedimentos en los miembros inferiores.
10. El cáncer del canal anal es una enfermedad digna de tomarse en cuenta en Guatemala, ya que los estudios comparativos nos demuestran una incidencia mayor que en otros países, ya que de acuerdo a nuestra revisión se presenta en 10.4 % de la patología maligna de Colon y recto.
11. El melanoma maligno ocupa un lugar preponderante en nuestro medio, ya que lo encontramos en un 16 %, de la serie de 25 casos.
12. En Guatemala se encuentra mayor la incidencia para la localización en el Canal anal que en el margen anal, aunque la diferencia es poca.
13. En relación al sexo, en Guatemala igual que en el extranjero se encuentra más o menos igual, pero con preponderancia en las mujeres.

14. De los casos encontrados en el período de 15 años, el 83.3 % corresponden a los grados I y II de la clasificación de Broders.
15. En Guatemala la edad promedio en que se presenta el Cáncer del Canal Anal y del margen anal es de 60.5 años.
16. Los signos y síntomas preponderantes que refirieron los pacientes de nuestra serie fueron: sensación de masa, dolor, sangramiento, ulceración, prurito y estreñimiento.
17. No podemos efectuar datos comparativos exactos respecto al tratamiento y evolución, porque nuestra serie es muy pequeña y los casos no se han seguido adecuadamente.
18. Los laboratorios de patología, archivo y demás dependencias hospitalarias son deficientes en cuanto a organización, lo cual dificulta estudios como el presente, debido a ausencia de clasificaciones y locales adecuados.
19. Las historias clínicas y los exámenes físicos son deficientes en alto porcentaje, lo cual disminuye grandemente el análisis de los casos.
20. En esta serie se habla de Guatemala en General, debido a que las principales fuentes de información fueron el Laboratorio de Patología del Hospital General, donde se encuentra el mayor número de informes de pacientes tratados y a donde llegan las piezas quirúrgicas y fragmentos de biopsia que son removidos en los Hospitales Departamentales; el Laboratorio de Patología particular (Drs. Martínez Durán, Vizcaíno Gámez, Tejada Velenzuela y Rosal)

que es donde se examinan la mayoría de las piezas quirúrgicas y de biopsia - de la Clientela Privada y a donde son enviadas las que se obtienen en Clínicas y Sanatorios Privados Departamentales; finalmente, porque la otra fuente es el Instituto de Cancerología de Guatemala, a donde son referidos la mayoría de los pacientes con sospecha de Cáncer para su estudio o para tratamiento si se ha confirmado el diagnóstico.

CAPITULO # 23.

BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society: Cancer a manual for practitioners, 3d. ed. 1956. pp. 1-9.
2. Anderson, W.A.D.: Tratado de Patología. 3a. ed. Buenos Aires, Editorial Interamericana, 1962. pp. 442, 501-529, 922-929.
3. Bacon, Harry E.: Cancer of the Colon, Rectum and Anal Canal, Philadelphia, Montreal, J. B. Lippincott Company, 1964. pp. 1-42, 64-71, 322-372, 403-414.
4. _____ and Porfirio Mayo Recio : Surgical Anatomy of the Colon, Rectum and Anal Canal. Philadelphia. Montreal. J.B. Lippincott Company, 1962. pp. 55-62, 91-95, 101-104, 110-111.
5. Becker, G.L. and H.E. Bacon: Extramammary Paget's disease, Epidermotropic Carcinoma of the anal region: Report of a case and Review of the Literature. Colon & Rectum 6:449, 1963.
6. Berkley, T.L.: Melanoma of the anal canal. Colon & Rectum 3:159, 1960.
7. Böhm, Curt: Differential diagnosis of hemorrhoids. Colon & Rectum 3:73, 1965.
8. Boyd, William: Tratado de Patología General y Anatomía Patológica. 2a. ed. Argentina, Librería y Editorial Bernades, S.R.L., 1959. pp.256-319.
9. Buie, L.A. and J.C. Brust: Malignant anal lesions of epithelial origin. Lancet 53:565, 1933.
10. Dunstock, W.H.: Basal cell carcinoma of anus. Amer. J. Surg. 95:322, 1953.
11. Burns, Francis J.: Melanoma of the rectum: Report of a case. Colon & Rectum 3-241, 1960.
12. Canonico, A.N.: Cancer of anal canal. Western J. Med. 63:742, 1955.
13. Case, T.C. and G.E. Caldwell: Basal cell carcinoma of the anus. Am. J. Surg. 91:342, 1956.

14. Davis, Loyal: Tratado de Patología Quirúrgica. 7a. ed. México, Editorial Interamericana S.A., 1961. pp. 675-690.
15. Del Regato, Juan A. y Lauren V. Ackerman: Cáncer: diagnóstico, tratamiento y pronóstico, México, UTHEA, 1951.
16. Denny, Ralph C. and Paul M. Vickers: Squamous cell carcinoma of the anal canal. *Colon & Rectum* 2:173, 1959.
17. Difiori, Mariano: An atlas of human histology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1960. pp. 82-85.
18. _____: Diagnóstico histológico. Buenos Aires, El Ateneo, 1963. pp. 296-287.
19. Dillard, B.M. et al.: Epidermoid cancer of anal margin and a canal. *A.M.A. Arch. Surg.* 86-772, 1963.
20. Dukes, C.E.: The etiology of cancer of the Colon and Rectum. *Colon & Rectum* 2: 27, 1959.
21. Edwards, Monte: Bowen's disease: Report of a case. *Colon & Rectum* 8: 297 . 1965.
22. Ewing, James: Oncología, 4a. ed. Barcelona, Salvat Editores S.A. 1948, pp. 1-10.
23. Farreras Valenti, P. y M. Dalman Ciria: Nueva clínica del Cáncer. Barcelona, Ediciones Toray S.A. 1964. pp. 25, 283.
24. Friedberg, M.J. and O. Derlin: Condiloma acuminatum: its association with malignancy. *Colon & Rectum* 6: 352, 1963.
25. Gabriel, W.B.: Squamous cell carcinoma of the anus and canal anal: An analysis of 55 cases. *Proc. Roy. Soc. Med.* 34: 139, 1941.
26. _____: The principles and practice of rectal surgery, 5th. ed. Springfield, Charles C. Thomas, 1963. pp. 1-34, 658-598, 708-712.
27. Gordon, B.S.: Unsuspected lesions in anal tissue removed for minor conditions. *A.M.A. Arch. Surg.* 73: 741, 1956.
28. Green, W.W. and F. W. Epstein: Perianal extramammary Paget's disease. *Surgery* 23: 44, 1951.
29. Griffin, O.D.: Epidermoid carcinoma of the anus. *Amer. J. Surg.* 88 : 707, 1954.

30. Grinvalsky, H. T. and E. B. Helwig: Carcinoma of anorectal junction, Histological considerations. *Cancer* 9: 430, 1956.
31. Grodsky, L.: Bowen's disease of the anal region. *Amer. J. Surg.* 88: 710, 1954.
32. Grosberg, S.J. and G.A. Gellin: Granular cell myoblastoma of the perianal area: Report of a case. *Colon & Rectum* 8: 340, 1965.
33. Ham, Arthur W.: *Tratado de Histología*. 3a. ed. México, Editorial Interamericana S.A., 1958. pp. 543-550.
34. Hollinshead, W.H.: Embriology and anatomy of the anal canal and rectum. *Colon & Rectum* 5:13, 1962.
35. Judd, E.S. and B.E. de Tar Jr.: Squamous cell carcinoma of the anus: - Results of treatment. *Surgery* 37: 220, 1955.
36. Key, S.: Mucoepidermoid carcinoma of the anal canal and its relations to - the anal ducts. *Cancer* 7: 359, 1954.
37. Langman, Jan: *Embriología médica, desarrollo humano normal y anormal*. México, Editorial Interamericana S.A. 1964. pp. 231-233.
38. Long, Esmond R.: *A history of Pathology*. New York, Dover Publications Inc. 1965, pp. 24, 42, 64, 71, 94.
39. McGregor, J.K. and T.C. Jewett: Perianal rhabdomyosarcoma in an infant. *Colon & Rectum* 8: 52, 1965.
40. McQuarrie, H.B. and L.A. Buie: Ephetelioma of the anus. *Post. Grad. Med.* 7: 402, 1950 (Original no consultado).
41. Narbaitz, Roberto: *Embriología*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1963. pp. 112-116.
42. Nelson, Thomas F.: Perianal Paget's disease. *Colon & Rectum* 3:135, 1960.
43. Nesselrod, J. Peerman: *Proctology in general practice*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1950. pp. 232-233.
44. Nuguid, Teodoro P. and H.E. Bacon: Squamous cell carcinoma of the anal - canal following multiples hemorrhoidectomies. *Colon & Rectum*. 3: 219, 1960.

45. Pérez Tamayo, Ruy: Principios de Patología. México, La Prensa Médica Mexicana, 1959. pp. 97-142.
46. Pineda, Julio R.: Reporte de un caso de Melanoma del Canal Anal. Guatemala, Hospital General. Comunicación personal, Junio de 1966.
47. Quiroz Gutierrez, Fernando: Tratado de Anatomía Humana. 4a. ed. Argentina, Editorial Porrua S.A., 1962. pp. 116-174.
48. Rankin, F.W., J.A. Barger and L.A. Buie: The Colon, Rectum and Anus. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1935. pp. 509-575.
49. Richards, J.C., O.H. Deahrs and L.B. Woolner: Squamous cell carcinoma of the anus, anal canal and rectum. Surg. Gynec. Obstet. 114: 474, - 1962.
50. Rosser, C.: The etiology of anal cancer. Am. J. Surg. 11: 323, 1930.
51. Ruiz-Moreno, Fidel: Carcinoma in situ of the anal canal: Report of a case. Colon & Rectum 7: 213, 1964.
52. Sames, P.: Basal cell Carcinoma of the anal canal. Proc. Roy. Soc. Med. 54: 519, 1961.
53. Schilla, F.W.: Basal cell carcinoma of the anal area. Colon & Rectum. 2: 210, 1959.
54. Schönbauer, L. and E. Schmidt-Überreiter: Exogenous causes of the cancer: Alimentations and carcinogenesis. Wien. Med. Wsch. 106: 32, 1956.
55. Shropshar, G.: Anatomic basis of the anorectal disease. Colon & Rectum 7: 399, 1964.
56. Schwatz, A.: Anorectal fistula and cancer. Colon & Rectum. 6: 305, - 1963.
57. Silver, S.: Hormones and cancer. J. South. Med. Surg. 107: 137, 1945.
58. Simpson, C.L.: Radiation in a carcinogenic agent. Cancer 3: 156. 1958.
59. Straus, R.: Extramammary Paget's disease of the anus. Am. J. Proc. - 15: 36, 1964.

60. Testut, L. y A. Latarjet: Tratado de Anatomía Humana. III Meninges, Sistema nervioso periférico. Organos de los sentidos. Aparatos de la respiración y fonación. Glándulas de secreción endócrina. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1954. pp. 226-406, 443-454.
61. _____: Tratado de Anatomía Humana. IV. Aparatos de la digestión y Urogenital. Peritoneo. Barcelona, Salvat Editores S.A. 1954. pp. 497-539, 1159, 1200, 1343, 1357.
62. Toledo, Alfonso: Reporte de un caso de Melanoma del canal anal. Guatemala, Hospital General. Comunicación personal, Junio de 1966.
63. Turell, Robert: Diseases of the Colon and Anorectum. Philadelphia, W. B. - Saunders Company, 1959. pp. 1019-1027.
64. Watson, T.A.: Treatment of cancer of the anus. Radiology 77: 733, 1961.
65. Web, Alan T.: Occult Paget's disease of the anus: Report of a case. Colon & Rectum 3: 237, 1965.
66. Winne, B.E. and H.E. Bacon: Myoblastoma of the canal anal. Colon & Rectum 4:206, 1961.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RESUMEN

del Trabajo de Tesis Titulado

CÁNCER DEL CAVAJAL ANUAL EN GUATEMALA

(Revisión de 1951 a 1965)

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala

por

FRANCISCO ROLANDO IRIARTE CASTRO

en el acto de su investidura de Médico y Cirujano

Guatemala, Septiembre de 1966.

Embriológicamente debemos considerar un origen doble para el Canal Anal pues los dos tercios superiores se derivan del Endodermo, mientras el tercio inferior lo hace del Ectodermo, esto permite que histológicamente esté recubierto por verdadera piel y por piel modificada. Anatómicamente, el Canal anal representa la porción terminal del Intestino Grueso, iniciándose como continuación del recto, por debajo de la línea ano-rectal y finalizando en el ano, que representa su orificio terminal. Su longitud varía de 1.5 a 4 cms, considerándose promedio 3.5 cms. Puede dilatarse hasta tres centímetros durante la defecación. La línea ano-rectal marca el punto donde el recto telescopa con el canal anal, y es donde se verifica un cambio abrupto de membrana mucosa por arriba, a piel modificada por abajo, lo cual forma un borde cerrado denominado línea dentada, línea pectínea o unión mucocutánea. El canal anal se encuentra fijado en su lugar por: 1.- Esfínteres ano-rectales a su alrededor 2.- Cuerpos ano-coccígeos por detrás 3.- Cuerpos perineales por delante. 4.- Por el diafragma pélvico que a ese nivel toma origen 5.- Por su continuidad con el recto. El canal está irrigado prácticamente por la arteria hemorroidal inferior. El drenaje venoso está formado por el plexo hemorroidal inferior o externo, el cual se anastomosa con los plexos hemorroidales medios y superior, que forman la vena hemorroidal superior, la cual contribuye a la formación de la vena mesentérica inferior. Los linfáticos son divididos en intramurales y extramurales.- La inervación de la región es muy compleja, ya que comprende ramas procedentes de los nervios perineales, nervios hemorroidales inferiores, nervios esfinterianos anteriores, nervios coccígeos, cuarto nervio sacro, nervio pudendo y ramas procedentes del sistema simpático.- Lewis y Brener demostraron que en la zona circular o columnaris y abriéndose en las bocas de las criptas de Morgagni, existen de 6 a 8 largos conductos tubulares, los cuales pueden ser rectos o tortuosos, y fueron llamados Conductos anales.

Dado la variedad histológica que presenta el Canal anal, diversas formas de tumores malignos pueden originarse a partir de él, siendo la variedad más común el Carcinoma epidermoide de células escamosas, pudiendo encontrarse malignidades del tipo Mucopidermoide, Epitelioma baso-escamoso, Carcinoma de células basales, Adenocarcinoma, Cilindroma, Adenocarcinoma atípico, Linfosarcoma, Melanoma maligno y Melanoma amelanótico, Hemangiendotelioza y Rabdoidosarcoma. También se encuentran enfermedades de tipo pre-canceroso como la Enfermedad de Bowen, la Leucoplasia y la Kraurosis y la Enfermedad anal extracanalicular de Paget.

Se han considerado como factores predisponentes en la Enfermedad maligna del Canal anal, a lesiones de tipo benigno tales como fistulas de larga duración, Hemorroides, Proctitis hipertrofica crónica, Irritaciones crónicas locales. El Condiloma acuminatum no presenta tendencia a la degeneración maligna.

La Enfermedad de Bowen se encuentra relacionada con las capas superficiales de la piel, orofaríngea, genitales y región anal. Se encuentra igual en hombres y mujeres, entre los 50 y 80 años. Microscópicamente se encuentra proliferación de la r d de Malpighio, división cariokinética y mitosis con agrupamiento del núcleo y vacuolización de las células. - Hipertrofia de la capa córnea e hiperqueratosis y para queratosis con células que no han tenido proceso de cornificación, pero con núcleo rodeado por membranas o espacios claros, edema de todas las capas epidérmicas y a veces formación de una costra en la superficie.

Las lesiones son indolores y de varios años de duración, las pápulas son pequeñas, de color café, que gradualmente se vuelven costrosas, engrosadas y algunas veces ulceradas.

El diagnóstico definitivo se hace únicamente con el examen microscópico de la lesión. Se deberá diferenciar con el Epitelioma, la Sífilis, Queratosis arsenical, Queratosis senil, Dermatitis seborreica, Lupus vul

que y Psoriasis.

De los casos encontrados en la Literatura mundial, se han reportado degeneraciones malignas, algunas de tipo invasivo, uno de los cuales presentó metástasis a distancia y muerte.

El tratamiento es la Excisión local dando un amplio margen.-

La Kraurosis es una atrofia esclerosante progresiva de los tejamentos mucocutáneos, la cual gradualmente conduce a estenosis. En el Canal anal su incidencia es muy rara. La Leucoplasia del ano puede ser precursora del carcinoma de células escamosas, a pesar de que su degeneración maligna es sumamente difícil.

Los tratamientos con medicamentos locales o parenterales son paliativos, la excisión quirúrgica deber* indicarse únicamente en casos avanzados.-

Hay que considerar a las lesiones por radiación como precancerosas, pero esto se ha reportado con más frecuencia a los órganos genitales. La incidencia es baja.-

La Enfermedad Extraordinaria Anal de Paget se origina en las glándulas apócrinas del Canal anal, con invasión a la epidermis, dejando partes de piel normal. Esta lesión se encuentra con más frecuencia en personas de edad avanzada y más en las de sexo femenino. Aparece como una lesión coque mateoide de la piel o como una lesión crónica y pediculada. Puede ser eritematosa o gris blanquea, a veces con costras y ulceración. Al microscopio se encuentran células grandes, ovoides, poliédricas, pudiendo estar en la epidermis o en la capa basal. El núcleo es grande y vesicular, hay mitosis y el histoplasma es abundante y claro.

Tratamiento: Excisión local amplia.-

El Carcinoma de células escamosas del Canal anal, es una enfermedad de baja incidencia en los países nórdicos, Bacon reporta 3.19 %, Gabriel 3 a 4 %, Binkley 3.6 % y Morson 3.5 %- Nosotros encontramos una incidencia de 10.4 %-

Respecto al sexo, se presenta más o menos igual en hombres y mujeres, con ligera preponderancia sobre las féminas. La edad es variable, generalmente es después de la 50. década, pero hay un caso reportado en un niño de 4 años y algunos en pacientes de 90 o más años. Es más frecuente en la raza blanca que en la negra.

El Adenocarcinoma del Canal anal se origina del tejido sub-epitelial comprendiendo los conductos anales y las glándulas intermusculares.-

El Carcinoma de células escamosas del Canal anal al principio es móvil, posteriormente se vuelve fijo. Cuando el tumor desarrolla bien, rompe su superficie, se ulcera, presentando bordes enrollados y base dura. Generalmente son de color rojo-violeta, con la base necrótica y gris, la descarga es acuosa teñida de sangre e irritante. Histológicamente se encuentran columnas sólidas de epitelio escamoso creciendo hacia el interior de la lámina. Las células centrales se degeneran y aparecen gránulos de elcidina en el citoplasma. El estroma se encuentra infiltrado por linfocitos y células plasmáticas. Pueden encontrarse los cuatro grados de la Clasificación de Broders.

La característica más importante de la lesión es la induración, la cual se percibe fácilmente entre dos dedos. Hay que tener en cuenta que las primeras metástasis son generalmente a los ganglios inguinales.- Los síntomas más frecuentes son masa, ulceración, sangramiento, dolor, prurito, trastornos intestinales, tenesmo y ardor.

El diagnóstico deberá sospecharse ante la presencia de una lesión con las características mencionadas anteriormente, debiendo hacerse diagnóstico diferencial con las siguientes lesiones: Papiloma o verruga simple, Leucoplasia con ulceración, Inflamación crónica inespecífica, Úlcera tuberculosa, Lesiones de tipo Tuberculide, Chancro primario, Ulceración anabiana, Condiloma lata, Condiloma acuminata, Estriamiento anal, Hemorroides externos trombosados, quistes, Linfogranuloma venéreo, Fisuras simples y Fístulas.-

El Carcinoma de células escamosas del Canal anal o del Mújeca anal, se disemina por invasión por extensión directa, por invasión venosa y -- por diseminación linfática.- De acuerdo a esto las metástasis pueden ser por extensión local al septum recto-vaginal, vulva, vagina, próstata, U-
retra, fosa isquio-re tal, base de la vejiga, sacro, cérvix y vesículas
seminales. Los ganglios tomados con mayor frecuencia son los inguinales,
pero se han visto casos donde se toman todos los ganglios pélvicos y en
algunos supraclavculares. La invasión venosa es relativamente poco frec-
uente. Metástasis a distancia se han observado en hígado, pulmones y --
hueso, nosotros tenemos un caso de Melanoma Maligno que presentó metástas-
is cerebrales.

El Carcinoma de células basales del Canal anal y del Mújeca anal, -
es una lesión bastante rara, que se presenta con más frecuencia en hombres.
La mayoría han sido encontrados en pacientes entre 55 y 65 años.

La lesión se presenta como un nódulo de crecimiento lento, el cual
se ulcera teniendo aspecto rojento, con base irregular y bordes overt-
dos. Generalmente presenta induración. Al microscopio se encuentran nidos
de células poligonales, apacadas estrechamente con células hipercrómáti-
cas y núcleos regulares. Puede haber mitosis. Una variante de este tumor
es el llamado Base-escamoso o lesión basaloide el cual es altamente malé-
ligno.

Metástasis no son frecuentes en el Carcinoma de células basales, pe-
ro sí frecuentes en las lesiones basaloideas.

El tratamiento del Carcinoma de Células basales puede ser la exci-
sión local amplia, pero si la lesión es muy grande se efectuará resección
abdomino perineal, cuando la lesión es de tipo basaloide o basoesamoso,
se efectuará resección radical abdomino perineal, seguida por linfadenec-
tomía pélvica y disección de ganglios inguinales de 10 a 14 días después.

El Melanoma maligno de la región rectoanal es sumamente raro, esto lo demuestra la estadística del Memorial Centre of New York, donde se encontró el 0.5 % en una serie de 4300 casos de malignidad ano-rectal.- Otra serie del St. Mark's Hospital revela el 0.4 %.- En nuestro medio es más elevado, ya que lo encontramos en el 16% en una serie de 25 casos.

Invariablymente es un tumor de tipo protuberante, que sugiere el aspecto de hemorroides trabucados, pero es firme y puede tener cierta elasticidad, nunca tiene la dureza del Carcinoma de células escamosas.- Algunos son francamente pigmentados. Generalmente hay presencia de una masa polípode, sangrante y dolor. Puede haber irregularidad en la función intestinal y tenesmo.

Quando se sospeche Melanoma maligno de la región ano-rectal, deberá procederse con rapidez y cautela, se preparará al paciente lo mejor posible para cirugía mayor, y en sala de operaciones se procederá a efectuar biopsia por congelación, si el diagnóstico es positivo se efectuará resección abdominal perineal, si no es melanoma, excisión local. El pronóstico es malo, pero de los casos tratados con cirugía radical en fase temprana se han obtenido sobrevividos de 3 a 5 años.

El tratamiento del Carcinoma de células escamosas del Canal anal varía respecto al Carcinoma de células escamosas del margen anal. En caso de lesión maligna del canal anal se procederá siempre con la resección abdominal perineal, si es del margen anal, lesión pequeña y de poco tiempo de duración se efectuará excisión local amplia, teniendo posteriormente estrecha vigilancia sobre el paciente, pero si la lesión es grande o de largo tiempo de duración se efectuará resección abdominal perineal. No se hará disección de ganglios inguinales de rutina, ya que esta operación no es preventivo ni curativo de las metástasis y puede ocasionar complicaciones incapacitantes en los miembros inferiores. La radiación no es tratamiento satisfactorio, debiendo emplearse únicamente en casos inge-

publes, como medida paliativa, o cuando el paciente no acepta el tratamiento quirúrgico.

El pronóstico del Cáncer del Canal anal es sombrío, ya que no se puede aceptar el término de cura total, sólo el de cura relativa o sobrevida, siendo esta en promedio de 5 años.-

Con el presente trabajo tratamos de completar los estudios efectuados anteriormente sobre Cáncer de Colon y recto y dar a conocer la patología maligna de la región del Canal anal, ya que por muchos es olvidada y en nuestro medio es de suma importancia, dado a la incidencia con que se presenta.

El material obtenido para este trabajo consistió en la revisión de 98,800 informes de anatomía patológica del Hospital General y del Laboratorio Privado de Patología, así como de los casos tratados en el Instituto de Cancerología. En total la revisión se efectuó de 1951 a 1965, haciendo un periodo de 15 años. Luego se revisaron las papirinas de los casos encontrados y se efectuaron entrevistas personales con los médicos tratantes.

En total encontramos 240 casos de Malignidad del Intestino Grueso - en 15 años de revisión, de ellos 25 corresponden al Canal anal y várgen anal, haciendo una incidencia del 10.4%.-

Los diferentes tipos de malignidad que encontramos en la serie de 25 casos son los siguientes:

Carcinoma de células escamosas	11 = 44%
Melanoma maligno	5 = 16%
Carcinoma escamo-transicional	1 = 4%
Carcinoma basocelular pigmentado	1 = 4%
Enfermedad de Bowen	1 = 4%
Adenocarcinoma del ano	2 = 8%
Adenocarcinoma del recto con extensión al canal anal	3 = 12%

- 9 -

Carcinoma coloidal del recto con extensión al canal anal	<u>1</u> = 4%
TOTAL	25.

Localización y Proporción por sexo fué la siguiente:

Canal anal	10
Mirgen anal	8
Ano propiamente	3
Recto con extensión al canal anal	<u>4</u>
TOTAL	25

	Hombres	Mujeres
Canal anal	3	7
Mirgen anal	2	6
Ano propiamente	1	2
Recto con extensión al canal anal	<u>2</u>	<u>2</u>
TOTAL	8	17

Relación de 2:1 en favor de las mujeres.

Clasificación de Broders:

Grado I	1	
Grado II	14	Grados I y II = 83.3 %
Grado III	3	
Grado IV	0	Grados III y IV = 16.6%

Edad promedio encontrada en Guatemala fué 66.5 años, siendo el paciente más joven de 17 años y el más viejo de 90 años.-

Se encontraron 3 casos asociados con hemorroides, 1 con con Condiloma acuminatum y 1 con fistulas.-

Los síntomas y signos más frecuentes que revelaron los pacientes fueron: Masa, dolor, sangramiento, Ulceración, Prurito, Estreñimiento y ardor.-

Datos sobre tratamiento y resultados obtenidos en Guatemala:

Tratamiento	Número de pacientes	Resultados
Excisión local y radioterapia	1	Sin control
Electrodiseción	1	2 años sin recurrencia
Excisión local, Colostomía y radiación	1	6 años sin recurrencia
Colostomía	1	falleció en el post. o
Radiación	3	1: Sin control 1: 2 años sin recurrencia 1: 3 años de sobrevida
Colostomía y radiación	3	1: sin control 1: 9 meses sin recurrencia 1: 2 años sobrevida con rec
Resección abdomino perineal	4	1: sin control 1: 18 meses sin recurrencia 1: 3 años sin recurrencia 1: 4 años sin recurrencia
Sin tratamiento por diversas causas	3	
Se desconoce tratamiento	9	

Este trabajo nos reveló datos muy importantes respecto al Cáncer del Canal Anal y Míxton anal en Guatemala y datos generales en cuanto al estado de organización de las dependencias hospitalarias consultadas y forma en que se efectúan la mayoría de las historias clínicas y exámenes físicos de los pacientes.

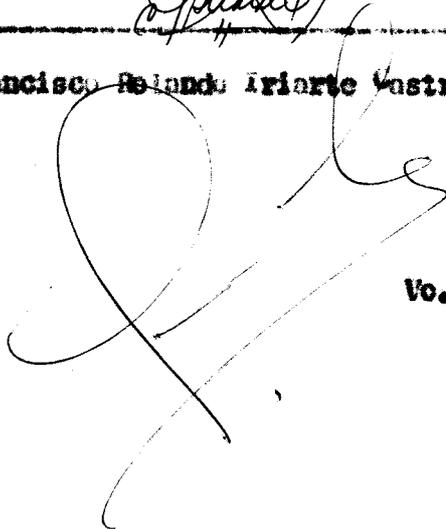
Concluimos pues, recalcando la importancia del órgano ceto y endodérmico del canal anal, lo cual da los diferentes hallazgos microscópicos en cuanto a malignidad de la región, y la posibilidad de lesiones de tipo pro-cancerosas. Recordar las enfermedades benignas de la región en relación al diagnóstico diferencial, teniendo muy en cuenta en nuestro medio las ulceraciones orobiancas. Nunca se hará biopsia de la lesión, fuera de sala de operaciones y con el paciente preparado para cirugía radical, cuando se sospeche helo-

zona maligna de la región recto-anal.- El tratamiento de elección es quirúrgico, ya sea por excisión o en casos de "carcinoma de la márgen anal, siempre que este sea pequeño y de corto tiempo de evolución, y en el resto de los casos con "resección abdominal perineal. Tener en mente en nuestro medio el carcinoma de células escamosas del Canal anal y del márgen anal, ya que de la patología maligna, encontrada en un periodo de 15 años, en el intestino grueso representa el 10,4 %.

Otra conclusión que deberá tomarse en cuenta, es la de tratar que los laboratorios de patología de nuestros hospitales, tengan clasificados sus archivos, de acuerdo a las normas internacionales, para facilitar estudios como el presente y poder tener estadísticas propias para comparativas con las del extranjero. También deberá hacerse énfasis en la toma de los datos de historia de los pacientes, así como en el taller exactamente lo encontrado al examen físico, para que los estudios posteriores puedan ser exactos y competir con los de otros países.-



Francisco Belando Ariarte Castro



Vo.Bo.

Dr. Julio R. Vinoda

ACUSADOR

Y

REVISOR