

# Tratamiento del Carcinoma Anal

---

## 1. INTRODUCCIÓN

---

El cáncer de ano es una entidad poco común aunque en las últimas décadas se ha producido un incremento en su incidencia. Representa sólo el 4% de los tumores del tracto digestivo inferior. La gran mayoría son carcinoma de células escamosas (75-80%), menos frecuentes son los carcinomas basaloideos o cloacogénicos y raros los adenocarcinomas y melanomas.

## 2. CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

---

Es importante hacer una distinción dentro de la región anal entre *canal anal* y *margen anal* puesto que la historia natural de los tumores que asientan en estas regiones es distinta (Figura 2).

### **Canal anal:**

Se extiende desde el anillo anorrectal (línea dentada) hasta la línea anoperineal (anal verge).

La línea dentada es una estructura importante porque refleja el cambio de epitelio escamoso a epitelio transicional, el cual es reemplazado en su nivel superior por el epitelio columnar del recto.

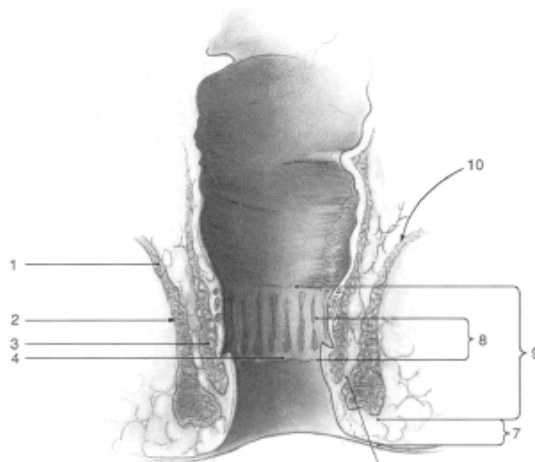
Los tumores que afectan la línea anoperineal deben ser tratados como tumores del canal anal.

### **Margen anal:**

Es la zona del periné que rodea la línea anoperineal (línea difícil de delimitar a partir de la cual surge el vello del periné).

Los tumores originados en el margen anal y más distalmente son clasificados junto con los tumores de piel y por tanto son tratados como éstos.

Dichos tumores raramente afectan a los ganglios linfáticos y muestran menor diseminación a distancia que los tumores del canal anal.



**Figura 2.** Anatomía canal anal. 1. Anillo anorrectal; 2. Esfínter externo; 3. Esfínter interno; 4. Línea dentada; 5. Borde anal; 6. Línea interesfinteriana (Hilton); 7. Margen anal; 8. Zona transición; 9. Canal anal quirúrgico; 10. Elevador ano

## 3. VIAS DE DISEMINACIÓN

---

### **Linfática:**

- La piel perianal, la línea anoperineal y el canal anal distal a la línea dentada drenan fundamentalmente a los ganglios linfáticos inguinales superficiales, ganglios femorales y ganglios del sistema iliaco externo.
- El área de alrededor y la zona superior de la línea dentada drena a los ganglios pudendos internos, hipogástricos y obturadores del sistema iliaco interno.
- El canal anal proximal drena a los ganglios linfáticos perirectales y hemorroidales superiores del sistema mesentérico inferior.

**Sistémica:**

- Generalmente metastatizan a hígado y pulmón.
- 

#### 4. DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE EXTENSIÓN

---

- Historia clínica.
- Exploración física.
- Proctoscopia:
  - Localización, tamaño, extensión y relación con la línea dentada.
  - Biopsia incisional del tumor.
- Evaluación de los ganglios linfáticos inguinales:
  - Si son clínicamente positivos: *PAAF*.
  - Si la citología obtenida no es diagnóstica o muestra enfermedad benigna: *Biopsia excisional de 1 o 2 ganglios linfáticos inguinales*.
- Radiografía de tórax.
- TAC abdominopélvico.
- Hemograma y bioquímica completa.
- Ecografía transanal.

#### 1. ESTADIAJE

---

Ver ANEXO 1

#### 6. TRATAMIENTO

---

Hasta 1970, el tratamiento convencional para el cáncer de ano era la AAP. Nigro y colaboradores cambian esta práctica, estando avalado en la actualidad el tratamiento RTQT por varios ensayos randomizados.

**Tratamiento del margen anal:**

- *Tumores localizados (I-II)*.
  - Excisión local (margen libre de 1 cm).
  - Indicaciones de RT postoperatoria:
    - \*Margen insuficiente: Irradiación del tumor.
    - \*Tumores > 5 cm : Irradiación de cadenas inguinales.
- *Tumores avanzados (III-IV)*.
  - AAP.
  - RTQT: Mismo esquema que canal anal.

**Tratamiento del canal anal.**

- Tumores superficiales, bien diferenciados y menores de 2 cm => **EXCISIÓN LOCAL**.
- Tratamiento estándar => **RTQT**.
  - QT**:
    - 5 FU en infusión continua.  
1000 mg/ m<sup>2</sup>/ día; días 1 a 4 y 29 a 32.
    - Mitomicina C en bolus.

10 mg / m<sup>2</sup>; días 1 y 29.

**-RT:**

- 30,6 Gy (1,8 Gy/ día) sobre pelvis + ganglios inguinales.
- 45 Gy (1,8 Gy/ día) sobre pelvis menor + ganglios inguinales.
- Boost 5,4 Gy (1,8 Gy/ día) sobre región macroscópicamente afecta si N+ o persistencia tumor primario.

**-Valoración a las 6 semanas:**

- Respuesta clínica completa: Seguimiento.
- No respuesta completa:

1) RTQT

\*RT:

9 Gy (1,8 Gy/día) sobre área macroscópicamente afecta.

\*QT:

5 FU (1000 mg/m<sup>2</sup>/día) ic durante 4 días.  
CDDP (100 mg/m<sup>2</sup>) día 2.

\*Valoración a las 6 semanas:

Respuesta completa: Seguimiento.

No respuesta completa: AAP.

2) Valoración cada 6 semanas:

\*Regresión tumoral: Seguimiento.

\*Enfermedad estable o progresión: AAP.

Nota: Existe controversia acerca de la necesidad de realizar biopsia a las 6 semanas de finalizar el tratamiento inicial. Datos del Princess Margaret Hospital sugieren una regresión lenta y continua del tumor de 3 a 12 meses después de finalizar el tratamiento. Basado en estos datos un n° importante de investigadores abogan por utilizar una actitud más conservadora y no recomiendan hacer la biopsia postratamiento. En el ensayo del Intergroup, de 25 pacientes con biopsia positiva después de finalizar el tratamiento inicial y que son sometidos a RTQT de rescate, 55 % muestran una respuesta completa 6 semanas más tarde (12 semanas después de completar el tratamiento inicial). No está por tanto claro si la RC es resultado de la terapia de rescate o de la adición de 6 semanas más en la regresión tumoral. Así recogemos en nuestro protocolo estas 2 opciones.

## 7. SEGUIMIENTO

---

### **Periodos:**

- Primer y segundo año: cada 3 meses.
- Tercer a quinto año: cada 6 meses.
- Posteriormente de forma anual.

### **Pruebas a realizar:**

- Exploración física y anoscopia.
- TAC abdominopélvico en el primer año.

### **Revisión:**

- Los pacientes tratados con cirugía se revisarán en el Servicio de Cirugía.
- Los pacientes tratados con RTQT se revisarán en el Servicio de Oncología Radioterápica.

## 8. REFERENCIAS

---

1. Minsky BD, Hoffman JP, Kelsen DP. Cancer of the anal region. In: DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2001:1319-1342.
2. Cummings BJ. Anal cancer. In: Perez CA, Brady LJ, eds. *Principles and Practice of Radiation Oncology*, Third Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998:1511-1524.
3. Bartelink H, Roelofsen F, Eschwege F et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy alone in the treatment of locally advanced anal cancer: results of phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Radiotherapy and Gastrointestinal Cooperative Groups. *J Clin Oncol* 1997; 15: 2040–2049.
4. Flam M, John M, Pajak TF et al. Role of mitomycin in combination with fluorouracil and radiotherapy, and of salvage chemoradiation in the definitive nonsurgical treatment of epidermoid carcinoma of the anal canal: results of a phase III randomized intergroup study. *J Clin Oncol* 1996; 14: 2527–2539.
5. Fleming ID, Cooper JS, Henson DE et al., eds. *AJCC Cancer Staging Manual*, Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:91-95.
6. Cummings BJ, Keane TJ, O'sullivan B et al. Epidermoid anal cancer: treatment by radiation alone or by radiation and 5-fluorouracil with and without mitomycin c. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21: 1115–1125.
7. Leichman L, Nigro N, Vaitkevicius VK et al. Cancer of the anal canal. Model for preoperative adjuvant combined modality therapy. *Am J Med* 1985; 78: 211–215.
8. Arnott SJ, Cunningham D, Gallagher J et al. Epidermoid anal cancer: results from the UKCCCR randomised trial of radiotherapy alone versus radiotherapy, 5-fluorouracil, and mitomycin. *Lancet* 1996; 348: 1049–1054.
9. Rich TA, Ajani JA, Morrison WH et al. Chemoradiation therapy for anal cancer: radiation plus continuous infusion of 5-fluorouracil with or without cisplatin. *Radiother Oncol* 1993; 27: 209–215.
10. Peiffert D, Seitz JF, Rougier P et al. Preliminary results of a phase II study of high-dose radiation therapy and neoadjuvant plus concomitant 5-fluorouracil with CDDP chemotherapy for patients with anal canal cancer: a French cooperative study. *Ann Oncol* 1997; 8: 575–581.
11. John M, Pajak T, Flam M et al. Dose acceleration in chemoradiation for anal cancer: preliminary results of RTOG 92-08. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995; 32(suppl 1):157.

