

CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL ESFÍNTER ANAL INTERNO: UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

C. Núñez-Sousa, M.C. García-Esteban, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Unidad de gestión clínica Digestivo-Cirugía. Sección Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Palabras clave: Esfínter anal interno, canal anal, tumor anal.

Introducción

Los procesos malignos del conducto y margen anal son infrecuentes constituyendo menos del 5% de todos los carcinomas colorrectales siendo, entre estos, el carcinoma epidermoide la histología más frecuente¹. A continuación presentamos un caso de una paciente diagnosticada de carcinoma epidermoide dependiente del esfínter anal interno.

Caso clínico

Paciente mujer de 47 años que es derivada desde el Médico de Atención Primaria a nuestras consultas por presentar rectorragia de características distales y tenesmo rectal. En tacto rectal se aprecia una lesión indurada en canal anal por lo que se solicita una analítica completa con marcadores tumorales de donde se destaca CEA: 16.05 ng/ml (0-4) y CA 19.9: 60.7 U/ml (0-40), estando el resto de los parámetros analíticos dentro de la normalidad.

En colonoscopia se aprecia a nivel de ampolla rectal y dependiente del esfínter anal interno una tumoración

mamelonada, dura, lechosa y friable que ocupa la mitad de la circunferencia de donde se toman muestras para estudio histológico (**Figuras 1 y 2**). El diagnóstico anatómico-patológico se informa de Carcinoma Epidermoide.

Se realiza estudio de extensión con TAC de tórax y abdomen donde se aprecia en la porción caudal del margen anal un engrosamiento parietal derecho compatible con neoplasia anal que respeta la grasa y la musculatura de la vecindad. No se aprecian metástasis a distancia ni agrandamientos ganglionares intrabdominales ni inguinales significativos.

Se comenta el caso en sesión conjunta con el Servicio de Cirugía y Oncología y dado las características de la lesión se decide tratamiento quimioterápico y radioterápico de forma conjunta.

Actualmente ha completado el ciclo de tratamiento con quimioterapia y radioterapia con buena respuesta hasta el momento pero continúa en seguimiento por las consultas de Oncología. Como consecuencia del tratamiento radioterápico ha presentado una radiodermatitis hemorrágica local Grado IV que se ha tratado con curas locales y antibioterapia con buena respuesta al tratamiento.

Discusión

Los procesos malignos del conducto y el margen anal son infrecuentes y constituyen el 2% de los cánceres del intestino grueso y el 5% de todos los carcinomas colorrectales por lo que son pocos los estudios sobre este tema.

Parece ser que podría estar asociado con la mala higiene, irritación anal crónica, infecciones por virus tales como el virus del papiloma humano (siendo este el factor de riesgo más

CORRESPONDENCIA

Cinta Núñez Sousa
Barriada Nuevo Parque Bloque 5, 6ºD
21007 Huelva
Tel.: 635654284

cinuso@hotmail.com



Figuras 1 y 2

Lesión tumoral dependiente del esfínter anal interno

frecuentemente asociado) sobre todo tipos 16, 18 y 31, herpes simple tipo I así como infección por *Chlamydia Tracomatis*². Las heridas perianales crónicas y tractos fistulosos como los de la Enfermedad de Crohn también predisponen a la aparición de este tipo de cáncer.

Desde el punto de vista histológico el carcinoma epidermoide se presenta en más del 80% de las lesiones malignas anales seguidas de otros tipos menos frecuentes como el adenocarcinoma, melanoma y linfoma. Dentro del carcinoma epidermoide existen distintas variantes tales como el carcinoma basaloide, mucoepidermoide y cloacogénico estando el pronóstico de este tipo de lesiones más relacionado con el estadio que con el tipo histológico. En cuanto a su

diagnóstico hay que tener en cuenta que son lesiones que pueden pasar desapercibidas ya que pueden confundirse con lesiones venéreas, fistulas e incluso con hemorroides y la sintomatología suele ser inespecífica en el 70-80% de los casos siendo los síntomas más frecuentes sangrado, dolor o tenesmo rectal por lo que hay que sospecharla y realizar siempre una adecuada inspección y exploración anal³. El 30% de las lesiones presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico y tienen como característica común que su diseminación ganglionar se produce tanto a nivel retroperitoneal (cadenas ilíacas) como a nivel inguinal, aunque suelen ser tardías en dependencia del estadio⁴.

Hasta hace una década la cirugía era el tratamiento de base de esta patología pero hoy en día la terapia combinada con quimioterapia y radioterapia sincrónica están obteniendo mejores resultados de supervivencia junto con menor morbimortalidad y conservación de la función esfinteriana, sexual y urinaria por lo que está desplazando al procedimiento quirúrgico. Actualmente la radioterapia combinada con 5-Fluorouracilo, mitomicina y cisplatino se considera el tratamiento de elección^{5,6}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallen M, Pla J, Iberas R, Carles J, Fabregat X. Anal carcinoma: a 14 year experiencia. *Rev Esp Enf Digestivas*, 1997; 89(1): 23-8.
2. Berry JM, Palefsky JM, Jay N, et al. Performance characteristics of anal cytology and human papillomavirus testing in patients with high-resolution anoscopy-guided biopsy of high-grade anal intraepithelial neoplasia. *Dis Colon Rectum*. 2009; 52:239-47.
3. Ryan DP, Compton CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med* 2000; 342:792-800.
4. Welton ML, Varma MG. Anal cancer. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, et al, editors. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. New York: Springer Science+Business Media, LLC; 2007. p 482-500.
5. Ajani JA, Winter KA, Gunderson LL, et al. Fluorouracil, mitomycin, and radiotherapy vs fluorouracil, cisplatin, and radiotherapy for carcinoma of the anal canal: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299:1914-21.
6. Czito BG, Willett CG. Current management of anal canal cancer. *Curr Oncol Rep* 2009; 11:186-92.