

CANCER DEL ANO

CARLOS A. LAMAS AINZUAÍN * y CARLOS PAYET GARRETA **

INTRODUCCION

A pesar de que el cáncer del ano es una neoplasia poco común, la escogimos para desarrollarla como tema de este trabajo en un intento de realizar un modesto aporte al mejor conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio. Otra de las metas que hemos llevado en mente en el estudio de este mal, es poder llegar a algunas conclusiones, especialmente en lo referente al tratamiento, y tratar de sugerir un criterio uniforme para la terapéutica del cáncer del ano, dada la variedad de procedimientos empleados en diferentes centros hospitalarios, que pueden ser desde una simple escisión local hasta una resección abdominal-perineal con o sin disecciones ganglionares; pero, la principal dificultad que hemos encontrado para culminar nuestros fines, ha sido la pequeña casuística con que contábamos (60 casos) y un número aún menor de pacientes tratados con intención curativa, lo que ha limitado nuestra labor para llegar a conclusiones más valederas. ***

MATERIAL Y METODO

Material. El presente trabajo se ha realizado con 60 casos de pacientes cuyo diagnóstico final fue cáncer del ano, y que figuran en el Archivo del Departamento de Estadística del I. N. E. N., entre los años 1952 y 1963, inclusive.

* Tesis presentada para optar el grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, junio de 1965.

** Jefe del Dpto. de Abdomen del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

*** Queremos hacer mención de nuestro agradecimiento a los doctores Jorge Campos Rey de Castro, Luis Pinillos Ganoza y Enrique Tantaleán Rameña, por su valiosa ayuda.

Todos ellos tuvieron confirmación anátomo-patológica.

De los 60 pacientes examinados, 7 ya habían recibido tratamiento en otros hospitales, 6 luego de ser diagnosticados rehusaron a todo tratamiento y a los 47 restantes se les trató de diferentes formas, tanto con fines curativos como paliativos.

Método. Luego de seleccionar las historias clínicas correspondientes se procedió a obtener los datos importantes contenidos en dichas historias, las cuales fueron transcritas a un gran cuadro compuesto por 110 casillas que habían sido previamente confeccionadas con gran minuciosidad. De este gran cuadro se obtuvieron más tarde los datos necesarios para confeccionar las estadísticas, cuadros, gráficos, y toda información general, sin necesidad de recurrir nuevamente a las historias clínicas. Finalmente, nuestro trabajo comprende la casuística, lo consignado en la literatura mundial y nuestro modesto aporte en el intento de interpretar los resultados.

CONSIDERACIONES GENERALES

Incidencia. El cáncer epidermoide del ano es una enfermedad relativamente rara. Es importante señalar, que el esfuerzo inmenso puesto en la investigación del adenocarcinoma del recto, ha dado lugar a que pocos investigadores se ocuparan de esta neoplasia, siendo su literatura no voluminosa. El número relativamente pequeño de casos reportados por Gabriel (1941), Bacon (1951), Grinnell (1954), Strauss (1958), no ha permitido un análisis preciso de su patología, tratamiento y pronóstico. Nuevas estadísticas y estudios realizados por Ackerman, Pack, Turell, Morson, Fundación Curie, Hankins, Peerman, Berg, Buxton, Cattell y Williams, etc., permiten llegar a resultados más precisos.

Hay un acuerdo general entre los diferentes autores que han estudiado el carcinoma epidermoide del ano, que éste constituye menos del 5% de todos los tumores rectales y anales. Grinnell (10), en el Presbyterian Hospital de New York, encontró sólo 43 casos de carcinoma epidermoide del ano, entre los años de 1916 y 1950, y, durante el mismo período 2,341 pacientes fueron admitidos en el mismo Hospital por adenocarcinoma del intestino grueso; 1,026 de los cuales lo presentaban en el recto. Así, los tumores anales incluidos en el mismo grupo con los tumores del intestino grueso, sólo forman el 1.8%. Para Rankin y Graham (29), el 1%. Cattell y Williams (7), en un grupo de 600 casos de neoplasias malignas rectales y anales, encontró

una incidencia de carcinoma epidermoide del 1.7%. Sawyers (27) en el Hospital de la Universidad de Vanderbilt, encuentra el 2.4% de carcinoma epidermoide, en relación a todos los cánceres de colon, recto y ano. Pack (18), después de un estudio extensivo de cánceres anales y rectales, también concluyó que el epiteloma anal, fue comparativamente raro, con una incidencia de 2% a 4%. Hankins y Harding (13), encontraron que estas lesiones eran el 1% de los encontrados en el tubo gastrointestinal y el 3% de los carcinomas del intestino grueso.

En el I. N. E. N., Payet (20) ha encontrado en un estudio llevado a cabo en la casuística comprendida entre 1952 y 1963 inclusive, 150 casos de cáncer del recto y durante el mismo lapso de tiempo se encontró 60 casos de cáncer del ano, lo cual representa para este último tipo de neoplasia el 28.5% de los carcinomas anales y rectales. En relación a todos los adenocarcinomas gastrointestinales tratados en ese período, llegó al 9.0%.

ETIOLOGIA

No se conoce hasta la actualidad la etiología del carcinoma epidermoide del ano.

Sawyers (27) menciona haber encontrado en su serie, en el Hospital de la Universidad de Vanderbilt, asociación de carcinoma epidermoide del ano con lesiones benignas; 12 de sus 42 pacientes tenían hemorroides concomitante, 4 fístulas anales y en 2 había antecedentes venéreos; en 1 paciente encontró evidencia histológica de asociación definitiva del condiloma acuminado con el carcinoma epidermoide. La leucoplasia, como lesión precancerosa, juega también un rol importante en la etiología de este tumor.

La degeneración maligna de las fístulas anales es una complicación rara y cuando esto ocurre es en fístulas de larga duración (Shackelford). Las estadísticas publicadas por Rundle y Hales (26), demuestran que la mayoría de carcinomas que aparecieron en fístulas anales, eran adenocarcinomas mucoides y en una menor cantidad carcinomas epidermoides.

Se han observado carcinomas en los bordes de las fístulas de los gomas sifilíticos, o bien cuando éstos se ulceran. Las úlceras sifilíticas tienen tendencia a la malignización (Carboneto), que se explica por la irritación crónica persistente a que están expuestas. Hemos observado antecedentes de hemorroides en el 21.6% (13 pacientes), de fístulas

tula anal en el 8.6% (5 pacientes) y en 2 pacientes (3.3%), encontramos antecedentes de haber recibido radioterapia en la región anal por prurito y por rectorragias. En un porcentaje alto de pacientes (66.7%) no encontramos ningún antecedente de importancia (Cuadro 1).

**Cuadro 1.— Cáncer del Ano. Antecedentes Patológicos. 60 casos
I. N. E. N.**

Antecedentes	Nº de Pacientes	Porcentajes
Hemorroides	13	21.7%
Fístula Anal	5	8.3%
Radioterapia Previa	2	3.3%
Sin Antecedentes	40	66.7%

Sexo. La mayoría de autores están de acuerdo en que el carcinoma anal es más frecuente en mujeres. Grinnell (10), en el Presbyterian Hospital de New York encontró que el 63.2% de pacientes con carcinoma anal, eran mujeres y el 36.6% eran hombres. Porcentajes semejantes encontró Sweet (37) en el Palmer Memorial Hospital, 67.5% para mujeres y 31.1% para hombres. Ackerman, Kuehn y Sawyers en diferentes hospitales encontraron porcentajes semejantes. Sweet (31) no halló una explicación satisfactoria para el hecho de que este tumor sea más común en mujeres que en hombres, sin embargo, Ackerman (1), explica esta diferencia, por la distinta conformación sexual del hombre y la mujer. Algunos autores como Shackelford (28), encuentran el carcinoma anal en porcentajes iguales en el hombre y la mujer, y otros autores como Morson (17), del St. Mark's Hospital anotan una ligera preponderancia en hombres: 115 a 100. Gabriel (10), encontró una diferencia interesante entre los sexos, en lo que respecta a la localización del tumor y a su grado de malignidad. En sus series los epitelomas de escasa malignidad eran 2 veces más numerosos en hombres que en mujeres, los de grado medio se registraron con igual frecuencia

entre los dos sexos, y los de malignidad elevada eran mucho más numerosos en las mujeres que en los hombres (Cuadro 2).

Cuadro 2. Grados de Malignidad en Carcinoma Epidermoide del Ano.
(55 casos)
(Gabriel)

Grado de Malignidad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº Pac.	%	Nº Pac.	%	Nº Pac.	%
Poca malignidad	15	27.2	7	1.2	22	40
Malignidad Media	10	18.1	11	20	21	38.1
Malignidad Elevada	2	3.6	10	18.1	12	21.8
TOTAL	27	48.9	28	39.3	55	99.9

Al agrupar los casos de acuerdo a la localización del tumor, encontró que en los varones el carcinoma anal se presentaba principalmente en el margen anal, mientras que en las mujeres predominaba en el canal anal. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Localización Primaria de la Neoplasia en relación con el Grado de Malignidad
(Gabriel)

Grado de Malignidad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	Margen Anal		Canal Anal	
Poca Malignidad	15	3	0	4
Malignidad Media	9	1	1	10
Malignidad Elevada	0	1	2	9
TOTAL	24	5	3	23

Gabriel (18) concluye de ello, que parece claro que el carcinoma del margen anal es principalmente una enfermedad de varones (24 varones por 5 mujeres), de malignidad escasa o de grado medio, mientras que el carcinoma del canal anal, se encuentra sobre todo en las mujeres (23 mujeres por 3 hombres), y es, con preferencia, de maligni-

dad media o elevada. Morson (22) hace un estudio semejante al citado anteriormente por Gabriel (10) y llega a conclusiones parecidas, encontrando que el carcinoma del canal anal es más común en mujeres que en hombres, en una proporción de 3 a 2, mientras que el carcinoma del margen anal es 4 veces más común en los hombres.

Hohm (14) en la "Mayo Clinic" de Rochester, enfoca esta diferente incidencia del sexo, pero tomando como referencia la línea pectínea, encontrando que el carcinoma es más frecuente en las mujeres (64.1%) que en los hombres (35.5%), cuando asienta en la línea pectínea o cerca de ella, en cambio las lesiones distales a esta línea, son más frecuentes en hombres (62.5%) que en mujeres (37.5%).

En nuestra revisión de cáncer anal, encontramos una mayor incidencia en el sexo femenino, donde alcanzó el 71.6% (43 pacientes) y 28.3% en el sexo masculino (17 pacientes) (Cuadro 4). Sin embargo, hay que mencionar que el I. N. E. N. atiende un mayor número de pacientes del sexo femenino; nuestros porcentajes, a pesar de estar ligeramente altos, están de acuerdo a los de la mayoría de autores (Ackerman, Sawyers, Grinnell, etc.). (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Cáncer del Ano según el sexo en 60 casos
I. N. E. N.**

Sexo	Nº de Casos	Porcentajes
Femenino	43	71.6%
Masculino	17	28.3%

Hemos estudiado también la diferencia que existe entre los sexos, y el grado de malignidad del tumor, encontrando que en los hombres predominaron los carcinomas de poca malignidad o bien diferenciados, 57% (8 pacientes), en cambio en las mujeres predominaron los tumores de malignidad media o medianamente diferenciados, 43.5% (17 pacientes). En ambos sexos los tumores de malignidad elevada o indiferenciados fueron los menos frecuentes; pero notamos que su incidencia fue mucho más alta en mujeres, 20.5% (8 pacientes) que en los hombres, 14.2% (2 pacientes) (Cuadro 5).

Al agrupar los casos de acuerdo a la localización del tumor, llegamos a las mismas conclusiones a que llegó Gabriel (10); así, encontramos que en los hombres el 94.1% se presentó el tumor en el margen anal y sólo en el 5.9% estaba en el canal, pero no encontramos los mis-

mos resultados en las mujeres, ya que en el I. N. E. N. también fueron los tumores del margen anal más frecuentes. (Cuadros 8 y 9).

Cuadro 5. Grado de Malignidad de Carcinoma Epidermoide del Ano y Canal Anal. (53 casos)
I. N. E. N.

Grado de Malignidad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº de Pac.	%	Nº de Pac.	%	Nº de Pac.	%
Poca malignidad	8	57.1%	14	35.8%	22	41.5%
Malignidad media	4	28.5%	17	43.5%	21	39.5%
Malignidad elevada	2	14.2%	8	20.5%	10	18.8%
TOTAL	14	100%	39	100%	53	100%

También coincidieron los resultados con Gabriel (10) y Morson (17) en que el carcinoma del canal anal, se produce predominantemente en mujeres. (Cuadro 6).

Un estudio interesante hizo Berg y colaboradores (4) en el Memorial Hospital de New York, recopilando 9 casos de carcinoma mucoepidermoide del ano, entre los años de 1935 y 1953. Ellos encontraron que 6 de estos carcinomas, pertenecieron a mujeres, y 3 a hombres, proporción semejante a la encontrada por otros autores. En nuestra revisión, desde 1952 a 1963, sólo encontramos 1 caso de carcinoma mucoepidermoide, el cual perteneció a una mujer.

Cuadro 6. Carcinoma del Ano de acuerdo al sexo y localización 60 casos
I. N. E. N.

Localización	Hombres		Mujeres	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Margen anal	16	94.1%	26	60.4%
Canal anal	1	5.9%	17	39.6%
TOTAL	17	28.3%	43	71.6%

Edad. La incidencia más alta de cáncer del ano ocurre en la sexta década de la vida, pero porcentajes también altos se presentan en la séptima década.

Kuehn (15) encuentra como edades extremas 27 y 89 años y como edad media 60.3. Grinnell (10), en el Prebyterian Hospital de New York, encontró 32 y 94 años como edades extremas y 57.9 como edad media.

Nosotros hemos encontrado que el mayor número de casos de cáncer al ano se ha presentado entre los 60 y 69 años 33.3%; pero entre los 50 y 59 años también hemos hallado cifras altas (30%) (Cuadro 7). Es importante anotar que en el grupo de 50 a 69 años está la gran mayoría de nuestros pacientes, que alcanzan el 63.3% (Cuadro 7). Las edades extremas encontradas por nosotros han sido 32 y 88 años, correspondiendo la menor a un hombre y la mayor a una mujer. La edad media fue de 58.2.

El decenio que mostró mayor incidencia, en nuestras estadísticas, fue comprendido entre 58 y 67 años, con el 40%.

Cuadro 7. Cáncer Anal según la edad. 60 casos
I. N. E. N.

Edades	Nº de casos	Porcentaje
30 — 39	4	6.6%
40 — 49	9	15 %
50 — 59	18	30 %
60 — 69	20	33.3%
70 — 79	5	8.3%
80 — 89	4	6.6%
Edad Media: 58.2		
Edades Extremas: 32 y 88 años		

Haciendo un estudio de la incidencia del cáncer al ano, según la edad y el sexo, en el I. N. E. N., encontramos que la década de mayor incidencia fue la de 60 a 69 años. con cifras de 40.6% y 30.2% para hombres y mujeres respectivamente.

El segundo lugar en incidencia fue la década de 50 a 59 años con cifras de 34.8% y 27.9% para hombres y mujeres respectivamente. (Cuadro 8). La edad media en los hombres fue 57 años, con edades extremas de 32 y 80 años. La edad media en mujeres fue 58.6 años, y las edades extremas 37 y 88 años (Cuadros 8 y 9).

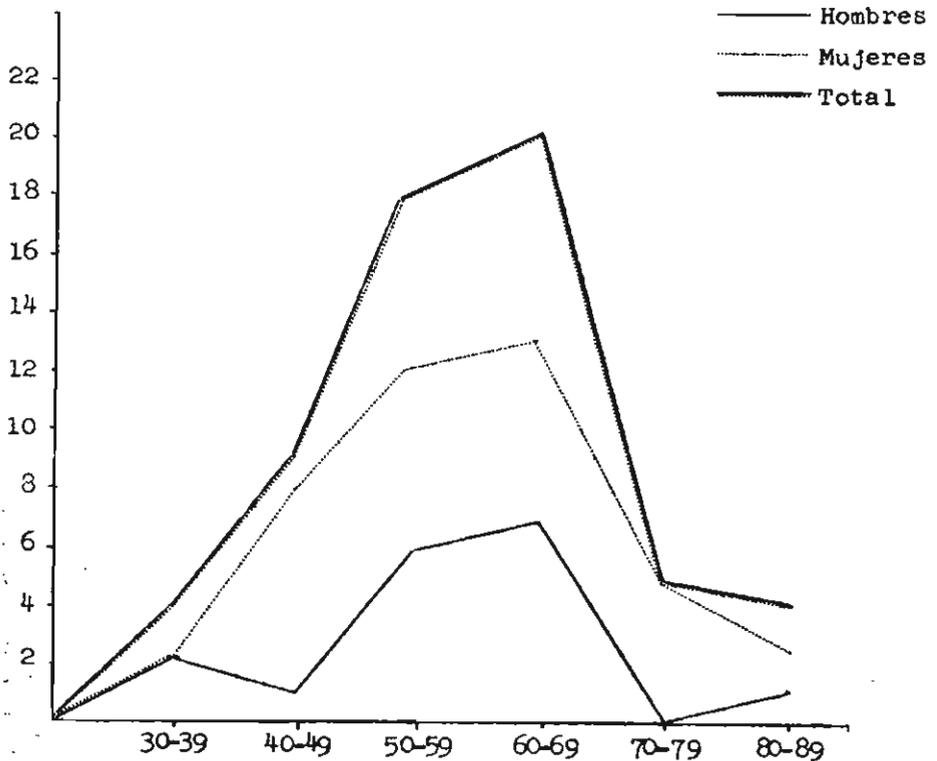
Cuadro 8. Cáncer del Ano según la edad y el sexo (60 casos). I. N. E. N.

Edad	Mujeres: 43 casos		Hombres 17 casos	
	Nº de casos	Porcentajes	Nº de casos	Porcentajes
30 — 39	2	11.7%	2	4.6%
40 — 49	1	5.8%	8	18.6%
50 — 59	6	35.2%	12	27.9%
60 — 69	7	41.1%	13	30.2%
70 — 79	0	0 %	5	11.6%
80 — 89	1	5.8%	3	6.9%

HOMBRES: Edad Media: 57 años. Edades Extremas: 32 y 80 años.

MUJERES: Edad Media: 58.6 años. Edades Extremas: 37 y 88 años.

Cuadro 9.



CLINICA

Tiempo de enfermedad.

La mayoría de pacientes con carcinoma anal acuden a la consulta antes del año de haberse iniciado sus síntomas, siendo realmente pocos los que lo hacen antes del mes. Esto es debido en parte a que en la mayoría de los casos los primeros síntomas no le producen al paciente molestias mayores, salvo que presenten dolor, especialmente al defecar. Sin embargo, debemos hacer presente que el bajo nivel educativo e ignorancia de los pacientes hospitalarios, es el principal factor en la pérdida de tiempo.

En el presente trabajo hemos encontrado que sólo el 3.8% de los pacientes llegaron a la primera consulta con un tiempo de enfermedad menor de 1 mes, el mayor número de éstos se presentaron a la primera consulta con un tiempo de enfermedad que variaba entre 1 y 12 meses, alcanzando éstos el 77.8%. Este porcentaje se descompone en el 42.3% para los pacientes con un tiempo de enfermedad de 1 a 6 meses y el 36.5% para los que tenían un tiempo de enfermedad de 7 a 12 meses. El 3.8% de los pacientes tenían un tiempo de enfermedad de 13 a 18 meses y el 1.9% de 19 a 24. Hubo 7 pacientes (13.4%) cuyo tiempo de enfermedad era mayor a los 2 años y 1 fue asintomático (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Cáncer del Ano. Tiempo de enfermedad
I. N. E. N.**

Tiempo de enfermedad	Tratamiento		Rehusaron Tratamiento	Total	Porcentajes
	Curativo	Paliativo			
Hasta 1 mes	2	0	0	2	3.8%
De 1 a 6 meses	10	9	1	20	38.5%
De 7 a 12 meses	7	11	1	19	36.5%
De 13 a 18 meses	0	1	1	2	3.8%
De 19 a 24 meses	0	1	0	1	1.9%
Más de 24 meses	4	1	2	7	13.4%
Asintomático	1	0	0	1	1.9%
TOTAL	25	23	5	52	

En este grupo no hemos considerado a 8 pacientes, 7 porque cuando llegaron a ser examinados en el I. N. E. N., ya habían recibido tratamiento en otro hospital, no figurando en la historia clínica el tiempo de enfermedad previo al tratamiento dado y el otro porque no figuraba este dato en su historia.

En el Cuadro 10 podemos observar que la mayoría de pacientes que recibieron tratamiento curativo tuvieron un tiempo de enfermedad menor de 6 meses (12 casos), en cambio la mayoría de los que recibieron paliación tuvieron un tiempo de enfermedad de 7 a 12 meses (11 casos). Un número considerable de pacientes llegaron con lesiones increíblemente avanzadas. (Figs. Nos. 1, 2, 3, 4a y 4b).



Figura 1

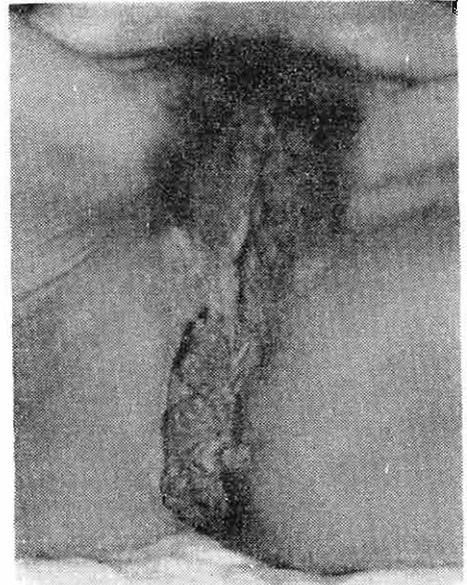


Figura 2

SINTOMATOLOGIA

Síntomas Iniciales. Considerando que la sintomatología del cáncer del ano, durante sus primeras etapas puede pasar inadvertida, demoras en la interpretación de síntomas sugestivos de cáncer anal, o exámenes inapropiados o incompletos redundarán en un diagnóstico tardío. Los síntomas varían si el tumor en su etapa inicial está en el

margen anal o en pleno canal anal. Los primeros son visibles y suelen ser palpados por el paciente, generalmente producen rectorragia por roce. Los endofíticos o del canal usualmente producen rectorragia por el pasaje de las materias fecales y el dolor es un síntoma precoz.

En nuestra revisión de 60 casos de cáncer anal en el I. N. E. N., la rectorragia constituyó el primer síntoma que se observó con más frecuencia, alcanzando el 31.6% (19 pacientes), al igual que lo encontrado por otros autores; sin embargo, es interesante anotar que si bien un número regular de pacientes no presentaron la rectorragia como primer síntoma, la presentaron posteriormente en el curso de la enfermedad en un 62.0%. El tumor anal fue la primera manifestación de la enfermedad en el 30.0%. Otro síntoma que se encontró con relativa frecuencia, fue el estreñimiento (18.3%); este síntoma se presentó con algunas variantes dignas de señalar, por ejemplo, en algunas oportunidades se trató de un sujeto estreñido crónico, que súbitamente nota que se acentúa su estreñimiento, otras veces se trató de un estreñimiento progresivo o de un estreñimiento súbito en pacientes que antes no lo habían tenido. En un porcentaje mucho más bajo se encontró tenesmo, como primer síntoma (8.3%) y en igual porcentaje observamos dolor en el ano. La adenopatía inguinal se presentó como primer síntoma en el 6.66% de los casos, síntoma tardío muy importante tenerlo en cuenta.

**Cuadro 11. Cáncer del Ano. Primeros signos y síntomas 60 casos
I. N. E. N.**

Signos y Síntomas	Nº de Pacientes	Porcentajes
Rectorragia	19	31.6%
Tumor en el Ano	18	30.0%
Estreñimiento	11	18.3%
Tenesmo	5	8.3%
Dolor en el ano	5	8.3%
Tumor inguinal	4	6.6%
Heces adelgazadas	3	5.0%
Diarrea	1	1.6%
Dolor al defecar	1	1.6%
Prurito anal	1	1.6%
Sensación de peso en el periné	1	1.6%
Sensación de cuerpo extraño en el ano	1	1.6%
Asintomático	1	1.6%

Encontramos adelgazamiento de las deposiciones en el 4.8% de los casos y, por último, con porcentajes iguales de 1.6% encontramos diarrea, dolor al defecar, prurito anal, sensación de peso en el periné, sensación de cuerpo extraño en el ano. Ausencia de síntomas también se observó en el 1.6% (Cuadro 11).

Síntomas de período de estado. El síntoma más frecuente producido por el carcinoma anal, es la rectorragia, (Ackerman, Grinnell, Schackelford, etc.). Esta puede aparecer mezclada con las deposiciones, cubriendo las mismas o también manchando las prendas interiores o el papel higiénico. En todos los casos la sangre es rutilante, pero en cantidades generalmente pequeñas. La presencia de rectorragia en el carcinoma anal, es usualmente por ulceración del tumor. La rectorragia profusa ha sido extremadamente rara en nuestros casos de acuerdo con Peerman (21), y su forma de presentación es usualmente como pequeñas hemorragias rectales, que se presentan en forma repetida. Lesiones benignas del ano, como fisuras, hemorroides, condilomas, fístulas, etc., pueden originar rectorragias, siendo lesiones más comunes que el carcinoma anal, por lo que un adecuado examen con proctoscopia y biopsia deben hacerse sin pérdida de tiempo. La rectorragia fue el síntoma de estado más frecuentemente encontrado en nuestra revisión, la cual se presentó en porcentaje bastante elevado (83.3%), mayor que el anotado por Sawyers (27) 62% y por Kuehn (25) 63% (Cuadros 12 y 13).

Cuadro 12. Síntomas del período de estado por Carcinoma Epidermoide del ano

Presbyterian Hospital de New York (Sawyers) Año: 1963

Síntomas	Nº de casos	%
Rectorragia	26	62 %
Dolor Rectal	19	45 %
Tenesmo	6	14.2%
Sensación de peso perineal	5	11.9%
Pérdida de peso	4	9.5%
Diarrea	1	2.2%
Tumor Inguinal	1	2.2%

Sawyers (27) observó que algunos de sus pacientes tuvieron sólo un síntoma, pero que la mayoría presentaron 2 ó más y ninguno fue asintomático. Nosotros encontramos la rectorragia, asociada al estre-

ñimiento en casi la mitad de los pacientes (48.3%). La rectorragia asociada a la pérdida de peso, en 25 pacientes (41.6%) (Cuadro 14). El dolor en el ano, ya sea espontáneo o al defecar, también es un síntoma frecuente, 31.6%. Diferentes autores (Kuehn, Sawyers, Shackelford, Smith, etc.), anotaron cifras cercanas al 50%. Asociado a la rectorragia, pérdida de peso y estreñimiento lo observamos en 10% de nuestros pacientes.

Otro síntoma sumamente importante en el cáncer anal, es el cambio de hábito intestinal, el cual raramente es súbito, la mayoría de las veces es lento y progresivo, especialmente cuando se trata del estreñi-



Figura 3

miento, éste fue generalmente progresivo y en raras ocasiones de presentación súbita. También, pero más raramente, suelen presentarse diarreas únicamente o alternando con períodos de constipación, como un reflejo de alteraciones en la fisiología del colon (Peerman).

Nosotros encontramos que el cambio del hábito intestinal, era un síntoma muy frecuente en el carcinoma anal, (63.3%), pero este alto porcentaje, que ocupa el segundo lugar era debido casi exclusivamente al estreñimiento, el cual alcanza un 53.3%, encontrándose diarreas sólo en el 10%. En realidad esto es fácilmente explicable, ya que en estos casos, el estreñimiento se origina por obstáculo mecánico del tu-

mor al paso de las deposiciones, en cambio la diarrea se origina como un trastorno secundario, por irritación del colon y recto generalmente. Otros síntomas ocurrieron en porcentajes inferiores: adelgazamiento de las deposiciones (25%), tenesmo (18.3%), prurito en el ano (13.3%), sensación de peso en el periné (11.6%), pujo (11.6%), diarreas (10%) y dolor en el hipogastrio (3.3%). (Cuadro 13).

Cuadro 13. Cáncer del Ano. Síntomas. 60 casos. I. N. E. N.

Síntomas	Nº de casos	Porcentajes
Rectorragia	50	83.3%
Estreñimiento	32	53.3%
Pérdida de peso	27	45.0%
Dolor espontáneo en ano	19	31.6%
Dolor al defecar	17	28.3%
Heces adelgazadas	15	25.0%
Tenesmo	11	18.3%
Prurito en el ano	8	13.3%
Sensación de peso en periné	7	11.6%
Pujo	7	11.6%
Diarreas	6	10.0%
Dolor en el hipogastrio	2	3.3%

Como habíamos mencionado anteriormente, la mayoría de pacientes con carcinoma anal presentan varios síntomas asociados (Cuadro 14). Nosotros encontramos como síntomas asociados más frecuentes, la rectorragia y el estreñimiento (48.3%), luego rectorragia y pérdida de peso en el 41.6% de los pacientes, y la asociación de estreñimiento y pérdida de peso en el 30%.

Cuadro 14. Cáncer del Ano. Síntomas Asociados. 60 casos. I. N. E. N.

Síntomas	Nº de casos	Porcentajes
Rectorragia y estreñimiento	29	48.3%
Rectorragia y pérdida de peso	25	41.6%
Estreñimiento y pérdida de peso	18	30.0%
Rectorragia, estreñimiento y pérdida de peso ...	17	30.7%
Rectorragia, pérdida de peso, estreñ. y dolor anal	6	10.0%



Figura 4a



Figura 4b

Gran metástosis ganglionar ulcerada.

La pérdida de peso es un síntoma tardío en el carcinoma anal (Sawyers, Ackerman, Grinnell) y diferentes autores lo encontraron en porcentajes relativamente bajos, sin embargo, en nuestras estadísticas este síntoma estuvo presente en el 45% de los pacientes; se debe a que un regular número de nuestros pacientes llegaron al I. N. E. N. con la enfermedad en estado avanzado. (Ver figuras Nos. 1, 2, 3, 4a y 4b).

EXAMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares que se les realizó a los pacientes con cáncer del ano, fueron de 2 tipos: a) laboratorio, b) radiológicos. En la revisión de la literatura mundial sobre cáncer del ano, no hemos encontrado referencias a este respecto, debido probablemente a que no juegan ningún rol importante en el diagnóstico, evolución clínica o pronóstico de esta enfermedad; pero de todas maneras vamos a resumir brevemente los datos encontrados. Con respecto a los exámenes auxiliares de laboratorio, hemos revisado lo referente a hematíes, hemoglobina, proteínas totales y fraccionadas y grupo sanguíneo. En cuanto a los exámenes radiológicos, tomamos en cuenta las radiografías de pulmones, colon con enema opaco y huesos.

De los 48 pacientes que fueron tratados, en sólo el 16.6% la hemoglobina estaba por debajo de 10 grs. y los glóbulos rojos en menos de 3'500,000. En las proteínas no encontramos alteraciones de importancia y el grupo sanguíneo predominante fue el 0 positivo (47.9%).

Radiológicamente en ningún caso se encontró metástasis óseas, en un caso muy avanzado encontramos metástasis pulmonares.

El examen que si fue de utilidad y valió para precisar el límite superior del tumor fue la radiografía de colon con enema opaco, que fue positiva en todos los casos que el carcinoma del ano había invadido el colon.

DIAGNOSTICO DEL CANCER ANAL

La mayoría de pacientes acuden a la consulta médica por presentar rectorragia, disconfort anal o cambio de hábito intestinal, y el diagnóstico se hará con una simple inspección clínica de la región anal. Sin embargo, es necesario tomar una biopsia del tumor, para confirmar el diagnóstico clínico y diferenciar un carcinoma epidermoide del ano, de un adenocarcinoma del recto que ha invadido la región anal; además el examen debe incluir un tacto rectal con el objeto de descubrir

una reciente lesión submucosa y además una exploración endoscópica de la ampolla rectal, para establecer el límite superior del tumor. En sus primeros estadios el cáncer epidermoide del ano se presenta como una lesión verrucosa más bien plana y sus bordes con escaso relieve. Más tarde estas lesiones se vuelven nodulares, de color gris nacarado y se ulceran. Generalmente se observa hipertonicidad del esfínter anal, lo cual dificulta el examen, pudiendo de esta forma enmascarar el hallazgo de una lesión del canal anal o de la línea pectínea. Debe incluirse siempre la exploración de ambas regiones inguinales, por la frecuencia con que este tipo de neoplasia da metástasis a los ganglios de esta región, y de ser posible debe completarse el estudio, con una biopsia por aspiración de los ganglios infartados cuando el diagnóstico es dudoso. En nuestra casuística encontramos 4 pacientes cuyo primer síntoma de carcinoma anal fue hipertrofia ganglionar en la ingle, sin ninguna otra manifestación y en uno de ellos el diagnóstico fue demorado a pesar de tener una biopsia positiva a carcinoma metastásico en un ganglio inguinal, por falta de un simple examen de la región anal. (Fig. 4b).

ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomía Macroscópica. El carcinoma anal en sus primeros estadios suele presentarse como un pequeño nódulo localizado en el margen anal, en el canal anal o en la región perianal. Este nódulo puede estar ulcerado o no y en la mayoría de los casos se acompaña de una evidente infección secundaria (24). En los estadios más avanzados de esta enfermedad, la tumoración puede afectar simultáneamente el margen y el canal anal y extenderse hacia el recto o hacia la región perianal, siendo en su gran mayoría ulcerada y sangrante (24). Algunas veces el carcinoma del ano se extiende hacia el recto internamente por debajo de la mucosa rectal, la cual puede permanecer intacta en sus primeros estadios ulcerándose posteriormente en el recto, simulando un tumor de esta región.

El tamaño del tumor varía con el tiempo de evolución del proceso, pudiéndose encontrar desde pequeños carcinomas menores de 1 cm. de diámetro, hasta grandes tumoraciones que sobrepasan los 10 cm., completamente ulcerados, sangrantes, fistulizadas y con áreas necróticas (18). (Figs. Nos. 1, 2, 3, 4a y 4b).

De acuerdo al tamaño del tumor, Courtial (1) los dividió en 3 grados:

- 1) Grado I: Tumores menores de 2 cm.
- 2) Grado II: Tumores de 2 a 5 cm.
- 3) Grado III: Tumores mayores de 5 cm.

Según esta clasificación hallamos que en el 6.6% (4 casos), el tumor era Grado I, en el 28.3% (17 casos) era Grado II y en la mayoría de los pacientes el tumor era Grado III, 61.6% (37 casos). Hubo 2 pacientes no clasificados. Otras características del tumor fueron:

- a) Visible en 35 pacientes (66.0%).
- b) Oculto en 13 pacientes (24.5%).

Esto es debido a que un gran porcentaje de estos tumores son del margen anal y a que además muchos carcinomas del canal anal invaden el margen del ano.

También observamos:

- a) Tumoración dura en 24 pacientes (40%).
- b) Tumoración blanda en 8 pacientes (18.3%).
- c) Tumoración ulcerada en 31 pacientes (51.6%).
- d) Tumoración no ulcerada en 7 pacientes (11.6%).

En el 10% de pacientes el tumor se había fistulizado.

Anatomía Microscópica. Debido a que el canal anal posee variedades diferentes de epitelio y a que este epitelio está sujeto a traumatismos e irritación crónica, especialmente cuando existen hemorroides, fístulas, etc., se origina cierta inestabilidad epitelial y metaplasia, causando alguna confusión en la nomenclatura, habiéndosele dado diferentes nombres como carcinoma epidermoide, carcinoma escamoso, acantoma del ano, etc. para el mismo tumor.

El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el carcinoma epidermoide. En los casos que hemos revisado, 59 fueron carcinomas epidermoides y 1 carcinoma mucoepidermoide.

El cuadro histológico del carcinoma epidermoide es característico, apreciándose el epitelio superficial con acantosis y proliferando profundamente hacia la dermis. Hay hiperqueratosis más o menos intensa. La capa basal no suele estar indemne, apreciándose reacción inflamatoria relativamente intensa, por lo regular linfocítica. Las células neoplásicas epiteliales presentan grados variables de diferenciación, yendo desde el epitelio anaplástico con muchas imágenes mitóticas, hasta el epitelio escamoso relativamente bien diferenciado, que presenta abundantes perlas epiteliales y a veces queratinización de células ais-

ladas. Por lo regular cuanto más abundantes son las imágenes mitóticas y mayor la anaplasia, tanto mayor la frecuencia de metástasis y por ende la malignidad del tumor. Los tumores pueden clasificarse en bien diferenciados, medianamente diferenciados o indiferenciados, según la proporción entre las células diferenciadas y atípicas. En los bien diferenciados suele haber mucha hiperqueratosis y en los indiferenciados casi todas las células son anaplásticas y atípicas. Otro factor muy importante en el grado de malignidad de estas células, es su propiedad de elaborar queratina, siendo las células que no elaboran o elaboran poca queratina, de un grado mayor de malignidad, encontrándose generalmente estas células en los tumores del canal anal, en cambio los tumores del margen anal están constituidos por células que elaboran queratina, lo que les da un grado menor de malignidad. La clasificación del tumor por grados de malignidad tiene limitaciones netas y varía algo según diversos anatomopatólogos. Encontramos en la mayoría de los casos que el carcinoma fue bien diferenciado, en el 46% (23 pacientes); en el 34% (17 pacientes), el carcinoma era medianamente diferenciado y en el 20% (10 pacientes) el carcinoma fue indiferenciado. En 10 pacientes no se estableció el grado de diferenciación celular.

El carcinoma epidermoide del ano y canal anal, se origina en las células pavimentosas de la piel del margen anal y porción terminal del canal anal; pero este carcinoma puede también originarse en la mucosa que se encuentra a nivel de las válvulas semilunares en el intervalo de las columnas de Morgagni; esta mucosa difiere mucho por su aspecto exterior, así como por su estructura del revestimiento cutáneo de la región anal, sin embargo, no es todavía una típica mucosa rectal, sino una zona de transición. Cuando el carcinoma aparece en esta zona, es de tipo celular no queratinizante, semejando a tumores del cervix o faringe, donde el epitelio es escamoso no queratinizante. Estos carcinomas semejan al carcinoma de la vejiga y son muchas veces llamados "carcinomas de células transicionales", sin embargo, una cuidadosa investigación demuestra un intento a la formación de queratina o perlas epiteliales ocasionalmente. Hamperl y Hellweg (1957) mencionan haber encontrado carcinomas mucoepidermoides en el canal anal; posteriormente Morson (17), en su serie de 157 casos, encuentra 23 de tipo, y Berg y colaboradores (4) encuentran en una revisión de 126 cánceres anales vistos en el Memorial Hospital de New York, 9 mucoepidermoides.

El carcinoma mucoepidermoide difiere de las características histológicas usuales del carcinoma epidermoide anal y debe ser reconocido con seguridad y sin métodos de coloración especiales; su estructura es el clásico modelo mucoepidermoide que se encuentra en las glándulas salivales y cánceres pulmonares, en la mayoría de los casos se localiza generalmente en la parte alta del canal anal. En el I. N. E. N., de 60 casos revisados de cáncer anal, sólo uno fue mucoepidermoide, el cual se desarrolló en una mujer de 67 años, sus síntomas iniciales fueron estreñimiento progresivo y rectorragia, acudiendo a la consulta 8 meses después de haberse iniciado sus síntomas. El tumor era de 5 cm. de diámetro, duro y ulcerado, e invadía el recto, no dio metástasis inguinales. Fue tratado por resección abdomino-perineal con fines curativos, previa radioterapia con Cobalto 60 en la región anal hasta 3,200 rad; pero el paciente falleció 12 meses después debido a la misma enfermedad.

Vías de propagación y metástasis. El cáncer anal se propaga por extensión local y por vía linfática principalmente, puede hacerlo también por vía sanguínea ocasionalmente y, por lo general, en los períodos finales de la enfermedad (18).

Extensión local. La extensión local o propagación directa es la forma de diseminación más importante (24), hileras o cordones de células malignas proliferan por las zonas de menor resistencia, a lo largo de los planos de clivaje anatómicos infiltrando los tejidos vecinos (30). La invasión es más rápida en los tejidos laxos donde existen muchos intersticios reales y potenciales. Cuando la invasión alcanza tejidos más compactos, tales como tendones, ligamentos, fascias, periostio y estructuras semejantes, es demorada por un corto período de tiempo, en cambio el adenocarcinoma del recto, presenta diferencias evidentes en cuanto a su extensión local, ya que ésta es detenida por varios planos de fascias densas de la pelvis (24).

Las células tumorales del carcinoma anal invaden fácilmente los tejidos laxos de los espacios isquiorrectales, así como los espacios grasos comprendido entre los músculos del esfínter. Superficialmente, hacia el tejido subcutáneo, la infiltración se produce con facilidad debido a su poca resistencia.

El carcinoma epidermoide del canal anal no se caracteriza por un crecimiento rápido, pero las hileras o cordones de células neoplásicas pueden extenderse a distancias considerables entre los tejidos contiguos, pudiendo alcanzar los órganos genitales externos en la

mujer, incluyendo vagina y vulva y en el hombre preferentemente las estructuras perineales, inclusive la uretra, vejiga, próstata y en los casos más avanzados puede estar tomado el sacro y coxis (24). Con frecuencia la neoplasia puede llegar a infiltrar los elevadores del ano y el recto.

La extensión hacia arriba (recto) es tal vez la más importante por su frecuencia y explica cómo una gran mayoría de carcinomas del ano se presentan como tumores rectales (18). Esto es debido a que la línea de menor resistencia para la invasión de células neoplásicas, parece estar hacia arriba en la capa submucosa del canal anal, en cambio hacia abajo la invasión es frenada por la musculatura anal, habiendo por consiguiente una mayor resistencia para la extensión del tumor hacia abajo que hacia el recto (18). En la casuística del I. N. E. N., de los 60 casos vistos, 7 ya habían recibido tratamiento en otro hospital, restan 53 casos sobre los cuales vamos a referirnos. La propagación del tumor detectada clínicamente, fue la siguiente:

1) Extensión local:

a) Al recto	40 casos (75.5%)
b) Al periné	13 casos (24.5%)

2) Metástasis a ganglios inguinales ..	14 casos (26.4%)
--	------------------

La metástasis a los ganglios inguinales en todos estos casos, fueron confirmados histológicamente.

Morson (17) encuentra también que el carcinoma del ano se extiende preferentemente hacia arriba.

Haciendo un estudio de 16 piezas resecaadas por una intervención abdominal-perineal encontramos que la propagación local fue la forma más frecuente de extensión del carcinoma anal con los siguientes porcentajes:

1º Recto	81.3%
2º Vagina	31.2%
3º Región perianal	31.2%
4º Grasa perirrectal	12.5%
5º Elevadores del ano	6.2%

La extensión linfática tanto a los ganglios mesentéricos como a los ganglios inguinales, fue inferior que la propagación local encontrada en el recto, vagina y región perirrectal, alcanzando el 25% tanto para los ganglios inguinales como para los ganglios mesentéricos.

En ningún caso se encontró metástasis a distancia por vía hemática.

La mayoría de autores están de acuerdo en que la extensión linfática del cáncer anal no es tan frecuente como la propagación local (12), (15), sin embargo, es importantísima en el manejo de esta neoplasia. Grinnell (12) encontró que las metástasis linfáticas más frecuentes eran a los ganglios mesentéricos por la ruta ascendente de los vasos mesentéricos inferiores, encontrándola en 7 de 25 pacientes con resección abdomino-perineal (28%). Por otro lado Kuehn (15) encontró extensión linfática en un porcentaje superior (47%) al encontrado por Grinnell (12). Hasta hace pocos años la opinión general era que el carcinoma del ano producía con frecuencia metástasis a los ganglios inguinales (13), sin embargo, Grinnell (12) demostró que si bien se producen metástasis a ese nivel, no son tan frecuentes, y sólo se producen al final de la enfermedad; de esto se desprendió otra observación muy importante, que cuando los pacientes llegaron a la primera consulta con ganglios inguinales metastásicos, las posibilidades de curación eran nulas. Esto lo estudiamos también en el I. N. E. N. observando que 28 pacientes (53.8%) llegaron a la primera consulta con adenopatía inguinal manifiesta y todos ellos murieron antes de los 5 años de la intervención quirúrgica. Por otro lado, estudiando las piezas extirpadas por intervenciones abdomino-perineales, encontramos que los 3 pacientes en que hubo metástasis a los ganglios mesentéricos murieron por la misma enfermedad entre 1 y 3 años después de ser operados; en cambio, de 3 pacientes que presentaron metástasis inguinales, 2 han sobrevivido 5 años libres de enfermedad, luego de la resección abdomino-perineal, a pesar que el vaciamiento ganglionar inguinal fue hecho cuando aparecieron las metástasis (dissección inguinal terapéutica) y fue realizada entre los 6 y 8 meses luego de la resección abdomino-perineal.

TRATAMIENTO, PRONOSTICO Y RESULTADOS

La elección del tratamiento es hasta la actualidad motivo de controversias, debido a que no son muchos los casos reportados en la literatura, y ser diversos los tratamientos empleados. Para decidir cuál de estos es el más apropiado, ya sea quirúrgico, por radiación o combinados, debe tenerse en cuenta numerosos factores sumamente importantes relacionados con las características del tumor, metástasis, edad del

paciente, etc. y sólo después de haber valorado todos estos factores se llegará al tratamiento más apropiado, que puede ir desde la cirugía conservadora o radioterapia, hasta la resección abdomino-perineal con disecciones ganglionares.

Métodos de tratamiento

Los métodos de tratamiento más frecuentemente usados han sido radioterapia, cirugía o combinación de ambos. En los últimos años se ha iniciado el tratamiento con sustancias químicas en etapas avanzadas de la enfermedad y que está aún en etapa experimental.

Radioterapia. No existe un tratamiento uniforme para el carcinoma anal. Las primeras experiencias con radioterapia fueron hechas aplicando superficialmente radium por medio de moldes especiales (Binkley, Bacon), método que ofrecía la ventaja de curación sin colostomía permanente, sin embargo, en las series de Roux-Berguer, de 18 pacientes que fueron tratados por este método, 7 necesitaron posteriormente colostomía por presentar estenosis anales. En la Fundación Curie entre los años de 1929 y 1939, el procedimiento más utilizado fue el uso combinado de radioterapia externa y el implante de agujas de radium. En la actualidad se utiliza radioterapia externa sola o combinada con cirugía o implantación de radium, siendo el objetivo administrar una dosis total de 5,000 a 7,000 rds. con una técnica fraccionada y prolongada.

Radio Intersticial. Para este tratamiento se emplean agujas de radium, que se implantan con el paciente bajo anestesia general, raquídea o de preferencia local. Las dosis empleadas por este método llegan a 6,000 u 8,000 roentgen gamma, pero cuando se utiliza el tratamiento combinado con radioterapia externa, la dosis de radium intersticial debe bajarse a 3,000 ó 5,000 roentgen gamma. El radium debe aplicarse por 3 a 7 días con un promedio de 5 días, de poco uso actual y reemplazado por irradiación de contacto.

Aplicaciones Intracavitarias de Radio.

Aplicaciones Rectales. Las aplicaciones del radium intrarrectales, no ofrecen mucha seguridad, ni son bien toleradas. Frecuentemente los pacientes no pueden evitar la necesidad de defecar y la mucosa rectal es expuesta a una dosis alta de radiación. Sólo debe emplearse en casos seleccionados y en los que existe una indicación especial.

Cuando se decida utilizar este tratamiento, debe ser realizado con aplicadores especiales de goma. La mucosa rectal en estos casos recibe una dosis aproximada de 4,000 roentgen gamma en un período de 4 a 5 días.

Aplicaciones Vaginales. Este método es utilizado generalmente cuando el carcinoma anal se ha extendido al tabique recto-vaginal, cuando ha tomado las paredes laterales y anteriores del ano. Para llevar a cabo este tratamiento se utilizan aplicadores vaginales que son mucho mejor tolerados que los conos rectales.

Otra técnica que en ciertos casos da buenos resultados, es utilizando moldes perineales y aplicadores vaginales, lo cual permite dar una irradiación cruzada.

El aplicador vaginal puede ser un molde con o sin blindaje de plomo para proteger la uretra. La dosis utilizada para el carcinoma del ano es usualmente entre 2,000 y 4,000 roentgen gamma, en tratamiento combinado, siendo la aplicación ininterrumpida por 4 a 6 días. La aplicación puede ser aumentada a 3,500 roentgen gamma si el tratamiento es sólo por implante anal y un aplicador vaginal. En la Fundación Curie la técnica que más frecuentemente se emplea es la aplicación vaginal con irradiación externa por medio del molde perineal o telerradium.

Irradiación Externa por Radium.

Molde Perineal. Es aconsejable usar los moldes perineales, para carcinoma del margen anal y para carcinomas del canal anal que se han extendido a poca distancia en el recto. La dosis que se debe emplear para este tipo de neoplasia, por molde perineal es de 3,500 a 4,000 roentgen gamma para el tratamiento del implante solo y de 2,500 a 3,000 roentgen gamma si se añade la aplicación vaginal. Estos moldes son difíciles de mantener y la cantidad de radium que contienen peligrosas para el paciente y para el personal que labora con ellos, por consiguiente el uso de este método ha sido descontinuado, utilizándose actualmente en lugar de este método la terapia por telerradio o terapia roentgen.

Telerradium. Hay 2 técnicas para la aplicación de telerradium, una sigue solamente una puerta perineal y otra, más recomendada, es la técnica de fuegos cruzados, la cual utiliza una puerta de entrada perineal y otra sacra. La mayoría de las unidades de telerradium dan una dosis de profundidad no muy diferente a la del aparato de roent-

genterapia, vecina a los 200 Kv., siendo sus aplicaciones semejantes a la de la roentgenterapia convencional. Los resultados obtenidos son casi los mismos para ambas formas de irradiación del carcinoma anal.

Roentgenterapia. Terapia roentgen intracavitaria (terapia de contacto). Para utilizar este tratamiento es necesario dilatar el ano con el dedo lubricado y un rectoscopio adecuado que se introduce sin anestesia. Si el tumor no es mayor de 2,5 cm. de diámetro es suficiente utilizar un campo. La dosis empleada es de 2,000 por cada aplicación dándose 2 veces por semana, hasta llegar a 10,000 ó 20,000 r. La dosis total es determinada por la apariencia microscópica y macroscópica del tumor (biopsia). Para este tratamiento se utilizan también conos con el objeto de reducir la extensión en superficie de la irradiación y para aumentar la dosis aplicada en la tumoración, con protección de los órganos vecinos, igual protección se puede efectuar con láminas de plomo cortadas "ad-hoc". La dificultad de este método reside en aplicar el rectoscopio exactamente encima del tumor, debiéndose controlar su posición, durante la aplicación. Es aconsejable administrar roentgenterapia de contacto, simultáneamente con irradiación externa de voltaje medio. Los dos primeros meses deben realizarse exámenes frecuentes para aplicar dosis adicionales a las zonas irradiadas insuficientemente. Generalmente el canal anal se recobra completamente sin dejar estenosis, retracción o esclerosis, pero puede aparecer necrosis tardía. El dolor resultante de esta complicación se trata con Procaína al 1% y cantidades aplicadas dentro de la mucosa. Cuando la necrosis es grave y el dolor constante, es necesario, en muchas oportunidades realizar una colostomía.

Roentgenterapia externa por alto voltaje o supervoltaje. En carcinomas del ano, rara vez se aplica este tipo de tratamiento como único método de irradiación, siendo usualmente combinado con agujas de radium intersticial, o con irradiación intrarrectal con aplicador de radium o preferentemente con roentgenterapia de contacto. La terapia de supervoltaje debe ser aplicada con las siguientes técnicas:

- a) Utilizando 1 solo punto de entrada a través del periné.
- b) Utilizando 2 puntos de entrada, por el periné y la región sacro-coxígea.
- c) Utilizando 3 puntos de entrada, sumándoles a los anteriores un punto de entrada anterior.

En los dos procedimientos últimos, los haces de irradiación son dispuestos en ángulos rectos, siendo el lugar de convergencia el tumor y no la piel perineal. Se deben aplicar tratamientos diarios, administrándose por cada campo 250 rads. La dosis total fluctúa entre 5,000 y 6,000 roentgenrads. Si es asociada con terapia de contacto o se implanta radium intersticial, se baja la dosis a 3,000 ó 4,000 rads.

Complicaciones en el tratamiento por radioterapia.

Las complicaciones producidas por la radiación pueden ser tempranas o tardías.

Complicaciones Tempranas. Estos tipos de complicaciones con el tratamiento de radioterapia son poco frecuentes y cuando ocurren son infecciones en tumores generalmente grandes, que pueden ser evitadas con el cuidado propio a todo herida y el uso de antibióticos.

Complicaciones Tardías. El tratamiento por radioterapia puede curar el carcinoma del ano, sin producir complicaciones y con una restitución "ad integrum" de los tejidos anales y rectales; sin embargo, pueden producirse también ciertas complicaciones tardías como:

- a) Discromías, telangiectasias y atrofia de la piel y mucosas.
- b) Incontinencia rectal, debida principalmente a la destrucción parcial del esfínter anal.
- c) Hemorragias, no son graves, y cuando ocurren están asociadas a congestión de la mucosa. Cuando la hemorragia ocurre 6 a 12 meses después de concluido el tratamiento, es debida a la presencia de telangiectasias por necrosis profunda. En estos casos la hemorragia es más seria.
- d) Una úlcera superficial del ano, aparece ocasionalmente meses o aún años después de concluido el tratamiento. Estas úlceras son pequeñas, superficialmente dolorosas, duran algunas semanas desapareciendo después sin dejar complicaciones o con una leve estenosis.
- e) *Necrosis Grave.* Ocurre en algunas oportunidades destruyendo el esfínter debido a la excesiva dosis de irradiación, produciendo incontinencia. En casos más graves hay una intensa reacción perianal fibrosa que ocurre semanas o meses después de concluido el tratamiento, aunque la dosis no haya sido excesiva y llegando a infiltrar la reacción fibrosa el mismo esfínter anal con producción de estenosis

anal, la cual es sumamente dolorosa, especialmente en el momento de defecar, pudiendo ser necesaria una colostomía. Otras veces la afectada es la fascia isquiorrectal, la cual pierde su extensibilidad, afectando el orificio anal. Además puede causar neuralgias con dolor permanente en la posición de sentado y durante la defecación.

Todas estas complicaciones, afortunadamente raras, son generalmente el resultado de dosis excesivas de radioterapia.

Sin embargo, no existe margen de seguridad entre dosis capaces de destruir el cáncer, y dosis que causen accidentes. La radiosensibilidad tiene variaciones individuales que no pueden ser pronosticadas. Cuando los tratamientos son más prolongados con dosis muy altas, hay mayor riesgo de que se produzcan estas reacciones.

Indicaciones de Colostomía antes y después de la radioterapia.

a) Colostomía previa a la radioterapia. Este método debe emplearse en los siguientes casos:

1) Cuando el paciente presenta disturbios funcionales causados por el tumor, como dolor intolerable durante la defecación, obstrucciones debido a la estenosis anal o infección seria del tumor, debe realizarse la colostomía previa a la irradiación con el fin de aliviar al paciente.

2) Otras indicaciones son el prevenir complicaciones y poner en descanso al segmento terminal del intestino, facilitando la terapia de radiación.

b) Colostomía Tardía. Después de la radioterapia la colostomía debe practicarse en 3 circunstancias:

1) Disturbios de la función anal, que puede ser estenosis, incontinencia, o ambas.

2) Fracaso de la radioterapia y con posibilidades quirúrgicas para el paciente.

3) Fracaso de la radioterapia, aumento del tumor anal, siendo en este caso la paliación el único fin de la colostomía.

Radioterapia en las Metástasis Ganglionares.

Metástasis a los ganglios pélvicos. No se debe indicar la radioterapia a los ganglios pelvianos, si no se ha demostrado la presencia de metástasis a ese nivel, debido a que las metástasis ganglionares son muy difíciles que respondan a la radioterapia. También pueden producirse fibrosis pélvica, necrosis extensas, así como también lesiones

óseas, secuelas que se pueden evitar al emplear supervoltaje y dosis apropiadas.

Metástasis Inguinales. En estos casos se debe emplear la radioterapia sólo cuando los ganglios son demasiado grandes para extirparlos quirúrgicamente y sólo con fines paliativos. En estos casos como la adenopatía inguinal es superficial se puede aplicar radioterapia externa a una distancia bien corta de la piel y en dosis de 5,000 a 6,000 rad., pudiendo también combinarse con agujas de radium.

Cirugía

El tratamiento quirúrgico seguido para el carcinoma del ano, va desde una simple excisión local sin colostomía hasta una operación abdómino-perineal seguida de disección inguinal bilateral, ya sea profiláctica o terapéutica.

Excisión Local. Este método se ha empleado con éxito en tumores pequeños, de bajo grado de malignidad, localizados en el margen anal y que no fueron infiltrantes, o en pacientes en los cuales la cirugía radical representó un riesgo razonable. Las ventajas de este tratamiento, son evitarle al paciente el trauma físico de la intervención radical y psíquico, derivado de una colostomía definitiva. Los factores en contra de este método se derivan de las frecuentes recidivas por incompleto tratamiento, además no permite observar si hay metástasis internas.

Resección Abdómino-Perineal. Es actualmente el método más frecuentemente empleado en el tratamiento del cáncer anal y el que mejores resultados ha dado; permite un amplio campo operatorio, lo que facilita la extirpación de la neoplasia, así como zonas potencialmente invadidas por el tumor y la disección de los ganglios linfáticos. La resección abdómino-perineal ha sido empleada en diversas formas. En sus inicios se realizaba en 2 tiempos. Posteriormente esta técnica se modificó y las etapas perineal y abdominal se realizan al mismo tiempo, sean sucesivas o simultáneas. Se ha utilizado también en forma combinada con radioterapia generalmente en el pre-operatorio. También se ha utilizado este método seguido o no de disecciones ganglionares, lo cual ha llevado a numerosas controversias. La resección abdominoperineal debe incluir una extirpación amplia de la piel perianal, la excisión del coxis, la pared vaginal posterior, y los tejidos vecinos que puedan estar invadidos.

Proctectomía Perineal. Este método ha sido utilizado también como tratamiento del carcinoma anal, pero con resultados muy poco satisfactorios, siendo suplantado desde el año 1943 por la resección abdomino-perineal que permite una extirpación más amplia.

Colostomía. Se emplea únicamente con fines paliativos o en presencia de estenosis anales como complicación del tratamiento con irradiación.

Disecciones Ganglionares. Las disecciones ganglionares por carcinoma del ano pueden ser profilácticas o terapéuticas. Algunos autores como Ackerman (1), opinan que la primera no es recomendable; este autor presenta una serie de 41 resecciones abdomino-perineales en las cuales el examen clínico en ambas regiones inguinales era negativo y no se practicó la disección de las ingles en el acto quirúrgico, posteriormente sólo 3 de estos pacientes con el carcinoma primario controlado presentaron adenopatías inguinales palpables; a estos 3 pacientes se les sometió posteriormente a una disección terapéutica y los 3 fueron curados; en otras palabras, pudieron haberse hecho 38 disecciones innecesarias. Cuando hay adenopatías manifiestas en una región inguinal, sólo debe hacerse la disección de ese lado, ya que hay pocas posibilidades que la otra ingle esté tomada. Sin embargo, Cattell y Williams (7) y Bacon (3), opinan que luego de la resección del tumor primario, debe hacerse la extirpación rutinaria de los ganglios inguinales. Pack (18), recomienda una técnica combinada con vaciamiento ilio-inguino-crural en continuidad con la resección abdomino-perineal. Todos ellos aconsejan una disección radical extendida sobre el ligamento inguinal, para incluir los ganglios ilíacos, así como los femorales e inguinales. Cattell (7) también realizaba la disección inguinal como medida paliativa para quitar el dolor y evitar la ulceración. En cambio Gabriel y Binkley (10) no aconsejaban disección a menos que los ganglios fueran grandes.

Quimioterapia.

Hay muy pocos casos reportados en la literatura con este tratamiento y los resultados disponibles hasta el momento son desalentadores por lo que no es aconsejable por ahora el uso de estas drogas. En Diciembre de 1947 se introdujo por primera vez una droga de uso parenteral en el tratamiento del cáncer anal, producida por los Laboratorios Lederle; esta droga es una vitamina química de nombre Teropterin, la

cual es derivada del ácido fólico. Se observó que con esta droga el dolor calmaba dramáticamente y los pacientes se sentían aliviados.

TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN EL I. N. E. N.

De los 60 casos atendidos 47 fueron tratados en este hospital, 7 vinieron después de haber sido tratados en otros hospitales y 6 rehusaron a todo tratamiento después de haber sido diagnosticados. De las 47 pacientes tratadas 21 decidieron tratamiento con fines curativos y 26 sólo paliación (Cuadro 15).

Cuadro 15. Carcinoma de Ano. (I. N. E. N.)

Total de Pacientes	60 pacientes
Tratados	47 pacientes
a) Con intención curativa	21 pacientes
b) Con intención paliativa	26 pacientes
Tratados en otros hospitales	7 pacientes
Rehusaron tratamiento	6 pacientes

Los pacientes tratados recibieron diferentes clases de tratamiento, desde la radioterapia y cirugía conservadora hasta procedimientos quirúrgicos radicales con disecciones ganglionares (Cuadro 16).

Cuadro 16. Tipos de tratamiento empleados en el I. N. E. N.

Tratamiento empleado	Con intención curativa	Paliativos	Total
Radioterapia	0	14	14
Resección abdomino-perineal	12	2	14
Radioterapia pre-operatoria y resección abdomino-perineal	6	0	6
Colostomía y radioterapia	0	5	5
Colostomía	0	3	3
Escisión local	2	0	2
Escisión local más radium	1	0	1
Proctectomía perineal	0	1	1
Radioterapia más disección inguinal ...	0	1	1
TOTAL	21	26	47

Para considerar la clase de tratamiento empleado sólo se ha tomado en cuenta el primero que recibió el paciente, aunque posteriormente haya recibido otros, salvo los casos en que el tratamiento fue simultáneo desde el inicio.

TRATAMIENTO CON INTENCION CURATIVA

Para evaluar los resultados de este tratamiento de una manera conveniente sólo hemos considerado a los pacientes que reunieron las siguientes condiciones:

- 1) Diagnóstico histológico definitivo de carcinoma epidermoide o mucoepidermoide del ano.
- 2) Tratamiento empleado con fines curativos únicamente.
- 3) Pacientes que sobrevivieron el período post-operatorio y salieron de alta.

Los pacientes que reunieron estas condiciones fueron 19, que representan el 40.4% de los casos tratados en el I. N. E. N., ya que 2 pacientes murieron en el post-operatorio inmediato.

Estos 19 pacientes fueron a su vez divididos en 2 grupos: a) tratados antes de Enero de 1960 y b) tratados antes de Enero de 1962 (Cuadro 17).

Cuadro 17. Tratamiento Curativo (I. N. E. N.)

Número de pacientes	60
Número de pacientes tratados	47
Tratados con intención curativa	21
Muertos en el post-operatorio	2
Total de pacientes tratados con intención curativa que hemos evaluado	12
a) Pacientes tratados antes de Enero de 1960	9
b) Pacientes tratados entre Enero de 1960 y Diciembre de 1962 ..	3

PACIENTES TRATADOS CON INTENCION CURATIVA ANTES DE ENERO DE 1960 EN EL I. N. E. N.

Estos pacientes fueron 9, cuyo resumen de sus historias clínicas exponemos a continuación:

Caso Nº 1

(H. Clínica Nº 25065). Paciente con un carcinoma localizado en el margen y canal anal que tomaba únicamente el cuadrante superior y que había infiltrado la grasa peri-rectal y la pared posterior de la vagina. El tamaño del tumor era de 4 cm. e histológicamente bien diferenciado. A esta paciente se le trató con una resección abdómino-perineal. Luego de 6 meses de operada la paciente presentó adenopatías inguinales derechas de caracteres clínicos neoplásicos, por lo que fue sometida a una disección terapéutica de ganglios inguinales e ilíacos derechos, los cuales fueron positivos en el informe anatómo-patológico. La paciente en la actualidad está viva y aparentemente libre de enfermedad 6 años después de operada.

Caso Nº 2

(Historia Clínica Nº 56059). Paciente con un tumor que tomaba el margen y canal anal, e invadía el recto en 4 cm. El tumor medía 6 cm., era medianamente diferenciado, y había infiltrado los músculos elevadores del ano, pero no había dado metástasis linfáticos. Este tumor tomaba el cuadrante posterior y lateral del ano. La paciente fue tratada con radioterapia (Cobalto 60) hasta 2,000 r. en el pre-operatorio y seguida de resección abdómino-perineal. 5 años después de operada la paciente está libre de enfermedad.

Caso Nº 3

Historia Clínica Nº 36734). La resección abdómino-perineal con vaciamiento ganglionar ilíaco y obturatriz de ambos lados, histerectomía y vulvectomía, se realizó en una paciente con un tumor de 3 cm. localizado en la margen del ano y que 5 cm. por encima de la línea pectínea había dado una metástasis de 7 cm. Tomaba los cuadrantes anterior, lateral y posterior del ano. 15 días después de la operación radical se le hace una biopsia inguinal, que fue positiva. El carcinoma era bien diferenciado. La paciente falleció 1 año después de operada.

Caso Nº 4

(Historia Clínica Nº 21531). Paciente con un tumor de 8 cm., que tomaba piel peri-anal, margen y canal anal y que se extendía al recto en 6 cm. El tumor era bien diferenciado. Se le practicó resección abdómino-perineal, más histerectomía y extirpación de pared posterior y lateral de la vagina. Luego de resecada la pieza se encontró metástasis linfáticas mesentéricas e infiltración de la vagina. La paciente falleció a los 42 meses por la misma enfermedad.

Caso Nº 5

(Historia Clínica 66407). Paciente con un tumor localizado en la región perianal y margen anal de 1.5 cm. de diámetro mayor. El carcinoma era bien diferenciado. Se le hizo escisión local y biopsia inguinal derecha que fue negativa. El paciente estuvo libre de enfermedad por 10 años. Actual-

mente ha sido sometido a neumonectomía por carcinoma epidermoide del pulmón; sin embargo, no creemos nosotros que sea metastásico.

Caso N° 6

(Historia Clínica 25814). Tumor de 12 cm. que toma región peri-anal, margen anal, canal anal e invade recto 7 cm. El tumor es bien diferenciado. Se le practicó una resección abdomino-perineal más histerectomía y colostomía, no encontrándose metástasis internas. 10 meses después se le realiza disección ilio-inguinocrural terapéutica, dando estos ganglios como resultado carcinoma epidermoide grado II. La paciente tiene más de 5 años de tratada estando viva y sana.

Caso N° 7

(Historia Clínica 35877). Paciente con un tumor de 3 cm. localizado en el margen del ano y que se introduce 1 cm. en el canal anal. Histológicamente, medianamente diferenciado. Se le hizo una resección abdomino-perineal más la extirpación de la pared posterior de la vagina. No se encontraron metástasis internas, ni linfáticas. La paciente está viva y sana 7 años después de operada.

Caso N° 8

(Historia Clínica 48179). Paciente con un tumor bien diferenciado que toma el canal anal en 1 cm. e invade el recto en 5 cm. Hacia abajo infiltra la piel peri-anal en 2 cm., se le practicó resección abdomino-perineal más extirpación de la horquilla vulvar y pared posterior de la vagina. La paciente se perdió de vista 2 años después de operada.

Caso N° 9

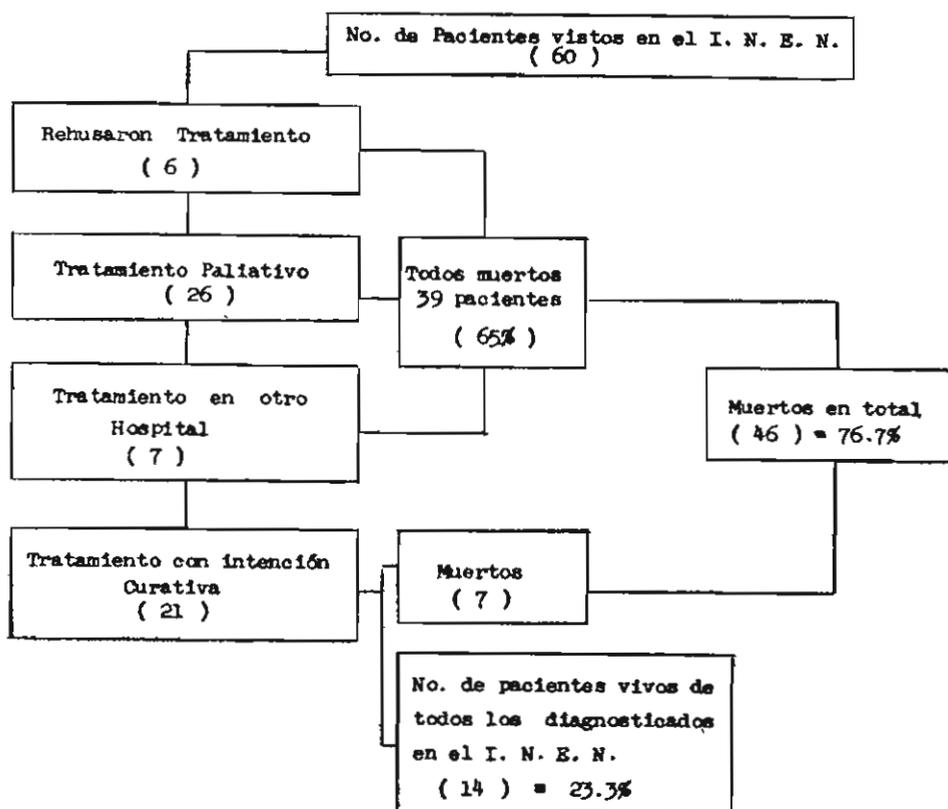
(Historia Clínica 29542). Paciente con un tumor bien diferenciado de 10 cm., que toma el margen, canal anal e invade el recto en más de 5 cm. Se le realiza a la paciente una resección abdomino-perineal, con extirpación de la pared posterior de vagina y horquilla vulvar. Biopsia de ganglios ilíacos y mesentéricos negativos. La paciente tiene más de 5 años libre de enfermedad.

RESULTADOS

De los 60 pacientes que fueron vistos entre Enero de 1952 y Diciembre de 1963 inclusive, 46 han fallecido o están perdidos de vista, lo que representa el 76.7% (Cuadro 17). De estos 46 pacientes muertos, 6 habían rehusado a tratarse, 7 fueron tratados en otros hospitales, 26 recibieron como tratamiento sólo paliación y 21 fueron tratados con intención curativa. Los 14 pacientes restantes, o sea el 23.3% se encuentran vivos, 6 de ellos (10%), tienen una sobrevivida de 5 años o más, 1 está vivo y sin signos de enfermedad más de 3 años luego de operado y 7 viven pero tienen aún menos de 3 años de tratados (Cuadro 17).

El número de pacientes que recibieron tratamiento curativo antes de Enero de 1962 fueron 14, 10 de los cuales hemos detallado anteriormente, a los cuales agregaremos 4 más tratados entre Enero 1960 y Diciembre de 1961. A todos estos pacientes sólo les valoraremos una sobrevida de 3 años, ya que los 4 últimos citados no tienen aún 5 años de operados. De este total de 14 pacientes excluirémos a 2 que murieron en el post-operatorio inmediato, 1 en el grupo de los 10 primeros y 1 en el grupo de los 4 últimos, quedándonos 12 pacientes para valorar. Los detalles de los 9 pacientes tratados antes de Enero de 1960 los omitiremos aquí porque ya fueron descritos y sólo mencionaremos a los 3 pacientes tratados después de Enero de 1960 hasta Diciembre de 1961 inclusive. (Cuadro 18).

Cuadro 18.



Caso N° 10.

(Historia Clínica 61494). Tumor de 6 cm., que se encuentra por encima de la línea pectínea, que mide 6 cm. fija al sacro. Histológicamente bien di-

ferenciado y que toma el cuadrante lateral del recto. Es tratado con radioterapia pre-operatoria en dosis de 3,000 r. y luego resección abdomino-perineal e histerectomía total. No se encuentra metástasis linfáticas. La paciente murió antes de los 3 años.

Caso Nº 11.

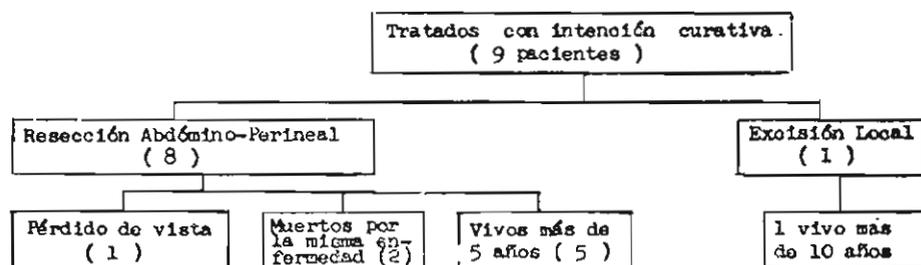
(Historia Clínica 62260). Paciente con un tumor localizado en el canal anal y que invade al recto en 3 cm. Tamaño 4 cm. Histológicamente indiferenciado. Es tratado con radioterapia pre-operatoria hasta 3,000 r. y luego resección abdomino-perineal. El paciente se encuentra vivo 3 años después de operado.

Caso Nº 12.

(Historia Clínica 66407). Paciente con un tumor de 6 cm. que toma el margen, canal anal y el recto en 4 cm. que toma sólo el cuadrante anterior del ano, histológicamente mucoepidermoide indiferenciado. Es tratada con radioterapia preoperatoria hasta 3,000 r. y luego resección abdomino-perineal ampliada a horquilla vulvar y pared posterior de vagina. La paciente murió a los 14 meses por la misma enfermedad.

De los 9 pacientes tratados con intención curativa antes de Enero de 1960, 8 fueron tratados con resección abdomino-perineal y 1 por excisión local. De los 8 pacientes tratados por resección abdomino-perineal, 1 se perdió de vista 2 años después de tratado, 2 murieron por la misma enfermedad a los 2 y 3 y medio años después de tratados y 5 viven más de 5 años libres de enfermedad. El único paciente tratado por excisión local esta vivo en la actualidad, 10 años después de su tratamiento (Cuadro 19).

Cuadro 19.



La supervivencia de 5 años cuando se empleó tratamiento con intención curativa fue 66.6% (6 de 9 pacientes), la cual es bastante elevada para este tipo de tratamiento comparado con el encontrado por otros autores como Dillard (8) que encuentra el 58%, Grinnell (12) 52.4%, Sawyers (27) el 33%, pero el número de casos en el I.N.E.N. fue muy pequeño, para que este resultado fuera más valedero. El tratamiento radical nos dio una supervivencia de 5 años en el 63.2% (5 de 8 pacientes).

El tamaño del tumor como lo han demostrado muchos autores como Courtial (18), Sweet (31), etc., juega un rol muy importante en la selección del tratamiento y pronóstico del cáncer anal. Los tumores los hemos dividido siguiendo a Courtial (18), de acuerdo a su tamaño, en 3 grados:

- a) Grado I: Los carcinomas menores de 2 cm.
- b) Grado II: Carcinomas de 2 a 5 cm.
- c) Grado III: Carcinomas mayores de 5 cm.

El mayor porcentaje de los tumores en esta serie fueron del Grado III (61.6%), y los resultados fueron mejores cuando los tumores fueron del grado I y II; pero es importante mencionar que se obtuvo un alto porcentaje de curas de 5 años (50%) para tumores mayores de 5 cm. (Cuadro 20).

Cuadro 20. Pacientes con supervivencia de más de 5 años, de acuerdo al tamaño del tumor. Tratamiento con intención curativa antes de Enero 1960. Cáncer del Ano I. N. E. N.

Tamaño del Tumor	Grado I	Grado II	Grado III
	Carcinoma menor de 2 cm.	Carcinomas de 2 a 5 cm.	Carcinomas mayores de 5 cm.
Nº de pacientes tratados	1	2	6
Nº de pacientes curados	1	2	3
Porcentajes	100%	100%	50%

Otro factor importante de considerar es el grado de malignidad del tumor, el cual está en razón inversa con la supervivencia (COURTIAL). Por lo pequeña de la serie presentada por nosotros, esto no ha sido claramente evidenciado, pero el 57.1% de pacientes con tumores de bajo grado de malignidad o bien diferenciados supervivieron 5 años o más, el cual es un porcentaje bastante elocuente (4 de 7 pacientes).

Localización del Tumor. Para evaluar el pronóstico del cáncer del ano de acuerdo a la localización del tumor, clasificaremos a éste siguiendo a Kuehn (15) en 4 grados:

- Grado I.** Tumor localizado únicamente en el margen anal.
- Grado II.** Tumor que toma el margen y el canal anal.
- Grado III.** Tumor sólo del canal anal.
- Grado IV.** Tumores del canal anal y línea pectínea.
- Grado V.** Tumores que invaden el recto.

**Cuadro 21. Supervivencia de acuerdo a la localización del tumor
I. N. E. N.**

Localización	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Nº de pacientes tratados	1	2	—	—	6
Nº de pacientes curados	1	2	—	—	3
Porcentaje	100%	100%	—	—	50%

En este cuadro se observa claramente que cuando el tumor toma el recto, las posibilidades de supervivencia de 5 años son menores. (Fig. 21).

Sobrevida de acuerdo a las metástasis. Para evaluar el pronóstico de acuerdo a las metástasis, dividiremos los tumores según Courtial (18) en 3 grados:

- a) **Grado I.** Sin ninguna metástasis.
- b) **Grado II.** Con metástasis a tejidos u órganos adyacentes.
- c) **Grado III.** Con metástasis linfáticas.

Los resultados se exponen en el cuadro siguiente:

**Cuadro 22. Supervivencia de 5 años de acuerdo a las metástasis
I. N. E. N.**

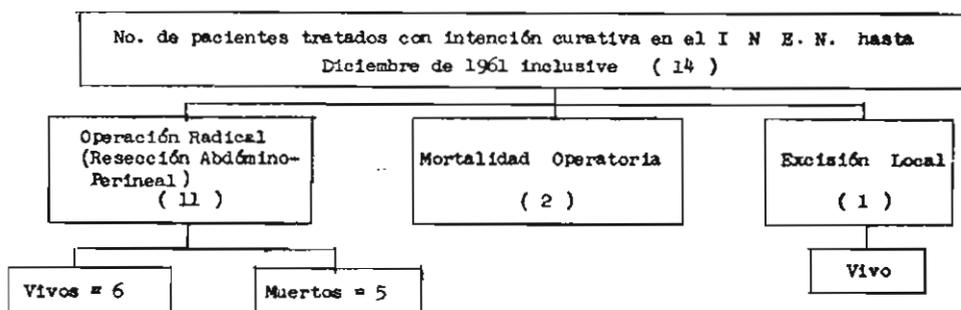
	Grado I	Grado II	Grado III
Nº de pacientes tratados	2	4	6
Nº de pacientes con supervivencia de 5 años	2	2	2
Porcentajes	100%	50%	33.3%

Los resultados de este cuadro son bastante elocuentes y muestra que pacientes con tumores Grado II o Grado III tienen menos probabilidades de sobrevida a pesar del tratamiento radical. Los tumores sin metástasis y sin propagación a los tejidos u órganos vecinos, tuvieron excelentes resultados con el tratamiento radical.

Resultados del tratamiento con intención curativa realizados en el I. N. E. N., hasta Diciembre de 1961 inclusive, valorando hasta 3 años de sobre-

- **vida.** De los 14 pacientes tratados con intención curativa hubo 2 muertos en el post-operatorio, los cuales como repetimos, no consideraremos en nuestras estadísticas. De los 12 restantes, 11 recibieron operación radical consistente en una resección abdomino-perineal con algunas variantes de acuerdo al caso específico y en 1 solo caso se empleó la escisión local (Cuadro 23).

Cuadro 23.



Se puede observar que la gran mayoría de pacientes tratados con intención curativa recibieron una operación radical, 11 de 14 pacientes (78.5%). A sólo un paciente se le trató con excisión local para un pequeño carcinoma, con magníficos resultados.

La supervivencia de 3 años obtenida por estos métodos en el cáncer al ano fue de 58.3% (7 de 12 pacientes). Los resultados que hemos obtenido referente al tamaño del tumor y la supervivencia de 3 años son bastante elocuentes. Los tumores Grado I y Grado II, o sea menores de 5 cm., tuvieron una supervivencia de 3 años en el 100% (Cuadro 24), mientras que en los tumores mayores de 5 cm. la supervivencia de 3 años fue sólo del 37.5%.

Cuadro 24. Pacientes con una supervivencia de 3 años de acuerdo al tamaño del tumor. Tratamiento con intención curativa antes de Enero de 1962. Cáncer del Ano. I. N. E. N.

Tamaño del Tumor	Grado I 2 cm.	Grado II De 2 a 5 cm	Grado III Más de 5 cm.
Nº de pacientes tratados	1	3	8
Nº de pacientes vivos 3 años o más	1	3	3
Porcentaje	100%	100%	37.5%

Por el número pequeño de casos con que contamos en el estudio de la supervivencia de acuerdo al grado de diferenciación, los dividimos en sólo

2 grupos, tumores bien y medianamente diferenciados y los indiferenciados, obteniendo mejores resultados en el uso de los primeros (Cuadro 25).

Cuadro 25. Supervivencia de 3 años de acuerdo al grado de malignidad del tumor. I. N. E. N. 1964

	Tumores bien y medianamente diferenciados	Tumores Indiferenciados
Nº de pacientes tratados	10	2
Nº de pacientes vivos más de 3 años	6	1
Porcentaje	60%	50%

De acuerdo a la localización del tumor y haciendo la misma clasificación que siguió Kuehn (20), y que hemos utilizado al referirnos a la supervivencia de 5 años, obtuvimos los siguientes resultados (Cuadro 26).

En los tumores Grado I y II o sea que no habían invadido el recto, los resultados fueron alentadores, no así los que habían invadido el recto (Grado V).

En el cuadro 27 podemos observar resultados semejantes a los encontrados anteriormente al estudiar la supervivencia de 5 años de acuerdo a las metástasis. La supervivencia de 3 años en tumores del grado I, fue en el I. N. E. N. de 100%, y del 50% para los tumores del grado II y III, de acuerdo a la clasificación de Courtial (24).

Cuadro 26. Supervivencia de 3 años de acuerdo a la localización del tumor. (Kuehn) I. N. E. N.

Grados	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Nº de pacientes tratados	1	2	—	—	9
Nº de pacientes curados	1	2	—	—	4
Porcentaje	100%	100%	—	—	44.4%

Cuadro 27. Supervivencia de 3 años de acuerdo a las metástasis I. N. E. N.

	Grado I	Grado II	Grado III
Nº de pacientes tratados	2	6	4
Nº de pacientes con supervivencia de 5 años	2	3	2
Porcentajes	100%	50%	50%

Sobrevida de 5 años en pacientes con carcinoma del ano en relación con metástasis inguinales manifiestas en la primera consulta. Para realizar esta evaluación hemos descartado a 8 pacientes, 2 porque murieron en el postoperatorio inmediato y 6 porque han sido recientemente intervenidos, no

Cuadro 28.

RESULTADOS OBTENIDOS EN OTROS HOSPITALES Y LOS ENCONTRADOS EN EL I.N.E.N. 1954				
Autores	Año	Tratamiento	No. de Pacientes	Resultados
SWEET-Palmer Memorial and Mass. Gen. Hospitals.	1947	Cirug. o Radiot. todos los pac. vistos	77	13 vivos 5 años o más: 16.8% de cura clínica absoluta
		Trat. con fines curativos	48	12 vivos 5 años o más 25% de cura clínica relativa.
ROUX-BERGER - Fundación Curie. Paris.	1948	Radioterapia. Todos los casos vistos	51	18 vivos 5 años o más: 35.3% de cura clínica absoluta.
O'BRIEN - Roswell Park Memorial, Inst. de Buffalo - N.York	1950	Radioterapia. Todos los casos vistos	47	14 vivos 5 años o más: 29.5% cura clín. abs.
		Todos los casos trat.	45	14 vivos 5 años o más: 31.1% cura clínica.
MAC QUARRIE AND BUJE, MAYO CLIN.	1950	Cirugía y/o radioterapia.	99	26 vivos 5 años o más: 26.3% cura clín. abs.
		Cirugía y/o radioterapia curativa.	47	19 vivos 5 años o más: 40.3% cura clín. relat.
GRINNELL - St' Mark Hospital	1953	Cirugía o radioterapia. Todos los casos vistos	38	14 vivos 5 años o más: 36.8% cura clín. abs.
		Todos los casos admitidos	38	12 vivos 5 años o más: 31.6% cura clín. abs.
		Cirugía curativa	21	11 vivos 5 años o más: 52.4% cura clín. rel.
SERIES PRESENTES - Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú	1963	Cirugía o Radioterapia Todos los casos vistos	60	16 vivos: 26.7% cura clínica absoluta.
		Tratamiento con fines curativos	12	6 vivos 5 años: 66.6% de cura clín. relativa.

habiendo transcurrido el tiempo necesario para valorar sus resultados, quedándonos con 52 pacientes a los cuales nos vamos a referir:

1) Pacientes con adenopatía inguinal manifiesta en la primera consulta	28 (53.8%)
a) fallecidos por la misma enfermedad	28 (100 %)
b) sobrevivieron 5 años	0 (0 %)
2) Pacientes sin adenopatía inguinal manifiesta en la primera consulta	24 (46.1%)
a) fallecidos por la misma enfermedad	18 (75 %)
b) sobrevivieron 5 años	6 (25 %)

Estos resultados son semejantes a los encontrados por Sawyers (27) y Stearns (30) especialmente en lo referente a que cuando el paciente portador de un carcinoma anal presentaba los ganglios inguinales tomados, cuando se le realizó el primer examen ninguno sobrevivía los 5 años a pesar de lo radical del tratamiento. En el I. N. E. N. un porcentaje también alto de pacientes (75%) sin adenopatías inguinales manifiestas, en la primera consulta murieron antes de los 5 años (18 pacientes). (Cuadro 28).

DISCUSION Y COMENTARIOS

Aunque nuestra casuística es pequeña, creemos haber llegado a conclusiones bastante importantes respecto al tratamiento. Los resultados de cura encontrados y los mencionados por otros autores son todavía desalentadores; creemos sin embargo, que con los estudios realizados en los últimos años, se llegará a conclusiones más valederas y uniformidad de criterio en el tratamiento, con resultados más satisfactorios. De los 60 pacientes vistos y diagnosticados en el I. N. E. N., han muerto o están perdidos de vista 46 (76.7%). Sweet (31) encontró que sólo el 17.3% de sus pacientes 5 años después de tratados, no presentaban enfermedad.

Es posible que si un número más elevado hubiera recibido tratamiento radical, los resultados serían mejores; a esto debemos agregar que los pacientes perdidos de vista han sido considerados como fallecidos. Dillard y colaboradores (8), obtienen el 39% de sobrevida de 5 o más años. Porcentajes semejantes reportan Gabriel (10) y Stearns (30). La supervivencia de 5 años cuando se empleó el tratamiento radical con intención curativa en el I. N. E. N. fue de 63.2% (5 de 8 pacientes).

Sweet (31) cree también que con el tratamiento radical los resultados son más favorables; este autor encontró el 25% de superviven-

cia de 5 años en pacientes tratados con cirugía radical. Los resultados obtenidos en el tratamiento del carcinoma anal por radioterapia han sido variables y distintos autores han obtenido resultados diferentes. Sweet (31), sólo obtuvo cura en 1 de 19 pacientes (5.2%) por este método en tumores pequeños y no invasivos, concluyendo que este tratamiento no es satisfactorio y que el procedimiento radical da mejores resultados como método de cura o como paliación, dando un mejor alivio a los penosos síntomas locales del cáncer anal. Este mismo concepto rige en el I. N. E. N.

El resto de pacientes luego del tratamiento con agujas de radium hicieron recidiva local, por lo que fueron luego sometidos a cirugía radical. Sin embargo, como mencionamos al inicio, existe aún discrepancia entre cirujanos y radioterapeutas a este respecto, obteniendo éstos en cada caso, resultados diferentes. Comparando los resultados encontrados por nosotros en lo referente al tratamiento con radioterapia, con los de otros autores, hay diferencias en varios aspectos.

Los pacientes tratados por radioterapia curativa en el I. N. E. N., son desgraciadamente muy pocos para llegar a conclusiones valederas. En la gran mayoría de nuestros pacientes el uso de la radioterapia fue con fines paliativos, observándose disminución de la tumora-ción, sin llegar a desaparecer en la mayoría de los casos.

Sin embargo, los resultados con radioterapia presentados por Roux-Berguer y desde la Fundación Curie, O'Brien, Lombardo y Openheim desde el Roswell Park, Instituto de Buffalo y Patterson, Tod y Russell desde el Holt Radium Institute de Manchester, Inglaterra, (Cuadro 27), son impresionantes y comparados favorablemente con cualquier tipo de tratamiento; pero estos resultados probablemente han sido obtenidos en tumores pequeños y sin metástasis ganglionares, ya que es casi unánimemente aceptado que la radioterapia no tiene acción sobre las metástasis linfáticas. Los mejores resultados obtenidos hasta la fecha en el tratamiento por irradiación parecen haber sido los reportados por Jean Courtial (18) en la Fundación Curie, presenta en sus series la evidencia de que el carcinoma anal puede ser curado por irradiación. Este autor empleó muchas veces combinaciones de tratamientos por irradiación y obtuvo cura en 25 de 75 pacientes (33%); sin embargo, Courtial recalca que la radioterapia no siempre puede emplearse con resultados satisfactorios, estableciendo que no debe emplearse cuando el tumor sobrepasa en diámetro los 5 cm., cuando existen metástasis linfáticas, cuando ha fracasado el tratamiento en primera intención, cuando existen recidivas luego de resección abdomino-

perineal, ni cuando aparecen metástasis luego de tratamiento con radioterapia del tumor primario; concluyendo que la radioterapia debe emplearse en tumores pequeños que no han infiltrado o que no han dado metástasis inguinales. O'Brien cree que cuando el carcinoma ha invadido anularmente el canal anal y que ha tomado los músculos del esfínter, no deben ser tratados ya por radioterapia, siendo la resección abdomino-perineal el tratamiento de elección. Este autor trató tumores pequeños, que no habían pasado de 1.5 cm. de diámetro y que no tenían metástasis inguinal, por excisión local más radioterapia obteniendo buenos resultados. En el I. N. E. N. se realizó en un paciente este tratamiento haciéndose excisión local, seguida del implante de agujas de radium, teniendo este paciente hasta el momento 3 años de supervivencia y sin indicios de recurrencia local, a pesar de que el tumor tenía 3 cm. de diámetro. Sin embargo, Grinnell (12), opina que el tamaño pequeño del tumor no es garantía de que no existan ya metástasis ganglionares y sólo puede tenerse esa seguridad cuando el carcinoma es intramucoso. Por otro lado, la radioterapia ofrece la ventaja de curaciones sin colostomía, usando de preferencia alto voltaje o de contacto y bajo voltaje en forma combinada; sin embargo, no se puede excluir la posibilidad de una estenosis anal o necrosis tardía, pudiéndose necesitar posteriormente una colostomía. La radioterapia no interfiere con una disección profiláctica o terapéutica de los ganglios inguinales, pero impide el conocimiento de las invasiones dentro de la cavidad abdominal, sea en los ganglios vecinos (grupo mesentérico) o de metástasis alejadas. El tratamiento quirúrgico permite adecuada exéresis de los territorios linfáticos a la que la radioterapia no llega. Nosotros creemos que la escisión local debe sólo emplearse en casos cuidadosamente escogidos. En el I. N. E. N., de 3 pacientes tratados por este método, 1 tiene más de 3 años de sobrevivida, y otro más de 10. Un paciente está perdido de vista. Dillard (8) obtuvo el 28% de sobrevivida de 5 años en pacientes que recibieron escisión local y recomienda que sólo debe emplearse en carcinomas epidermoides del margen anal, que no sobrepasen los 2 cm., de un grado de malignidad bajo, que no infiltren ni que estén adheridos.

Autores como Hohm (14), Morson (17), Courtial (24), Grinnell (12) y muchos más, han demostrado que si el tumor es del margen anal y bien diferenciado, habría más posibilidades de cura. La razón de esto lo explica Morson (17), diciendo que los tumores del margen tienen un diagnóstico clínico más prematuro por su localización y sus

células, en el 84.2%, producen queratina en cantidades apreciables (17); ésta ha sido considerada durante muchos años como guía de malignidad en el carcinoma epidermoide, siendo la malignidad en razón inversa a la producción de queratina. En cambio las células del canal anal son poco diferenciadas, y sólo el 45.1% de ellas producen queratina y en poca cantidad. Morson encontró supervivencias absolutas en el 51.4% de los pacientes con tumores del margen anal tratados con cirugía curativa y 42.4% para pacientes con tumores del canal anal tratados con el mismo criterio. Esto es debido en la mayoría de las veces a que los tumores que se originan en el canal anal dan metástasis con mucha frecuencia a los ganglios mesentéricos y perirrectales, en cambio, los tumores del margen anal lo hacen con más frecuencia a los ganglios inguinales tardíamente. La disección inguinal debía ser hecha de preferencia en los tumores del margen anal pese a que un número elevado de pacientes recibirían disección inguinal profiláctica innecesaria como lo ha demostrado Grinnell (12) y otros. Parece haber un acuerdo entre los diferentes autores de que los tumores que asientan en el canal anal o línea pectínea deben ser tratados por resección abdómino-perineal exclusiva, si aparecieran posteriormente metástasis inguinales, deben ser sometidos a una disección terapéutica (18). Kuehn (15), en cambio, cree y lo demuestra en una casuística de 157 casos, que los tumores localizados en la línea mucocutánea o en las regiones del canal anal vecinas a esta línea, producen con mayor frecuencia metástasis tanto hacia arriba a los ganglios mesentéricos como a los ganglios inguinales y a distancia por vía hemática. Hohm (14), en la Mayo Clinic de Rochester, luego de hacer un estudio comparativo entre carcinomas localizados en la línea pectínea y carcinomas distales a ella, encontró resultados semejantes a los de Kuehn (15), encontrando, además, que los tumores de la línea pectínea tenían un grado mayor de malignidad, y si a esto se le suma lo inaccesible para la escisión local, hacen la cura por este método impracticable, concluyendo que la resección abdómino-perineal para estos tumores es el tratamiento de elección, pero, recordando que, aún así, el porcentaje de supervivientes será muy pequeño. Morson (17), en 1964 también concluye igual que los autores anteriormente citados.

El grado de malignidad también juega un rol importante en estos tumores. En el I. N. E. N. el 57.1% de los pacientes (4 de 7 pacientes) con tumores de bajo grado de malignidad o malignidad media, sobreviven 5 años o más. La supervivencia de 3 años para los tumores de ba-

jo grado de malignidad, fue de 60% y para tumores indiferenciados el 50%.

El tratamiento radical es el que mejores resultados ha dado en la cura del carcinoma del ano (Sweet, Pack, Ackermann, Grinnell, etc.), y si se hubiera empleado en un número mayor de casos, los porcentajes de sobrevida serían superiores (1). Este procedimiento dio en el I. N. E. N. curas clínicas de 3 a 5 años, en el 54.5% (6 de 11 pacientes) y 63.2% (5 de 8 pacientes) respectivamente, ya sea por resección abdomino-perineal sola o precedida de radioterapia (Cuadro 18). Dillard y colaboradores (11), en el Ellis Fischel State Cancer Hospital, obtienen los porcentajes más altos de cura, por resección abdomino-perineal con intención curativa, con 58% y Sawyers (33), el 33%. Grinnell (12) encontró el 52.4% de supervivencia en la cirugía curativa y cura clínica de 5 años en el 47.6% y cree que el tratamiento más indicado es la resección abdomino-perineal, ya que son muy frecuentes las metástasis a los ganglios mesocólicos y perirrectales, aún en tumores pequeños. Por estos mismos motivos Buxton (7) cree que la mejor forma de tratar un carcinoma anal por pequeño que sea, debe ser por resección abdomino-perineal del ano, recto y colon sigmoideas bajo, ya que una excisión local, debe considerarse como medida paliativa y no curativa.

El tratamiento en lo referente a los ganglios inguinales ha dado lugar a numerosas controversias. Algunos autores (18) recomiendan la disección profiláctica de estos ganglios, mientras que otros (15 y 33), desechan este método indicándolo sólo cuando estos ganglios son positivos, en cuyo caso la disección inguinal es terapéutica. En el I. N. E. N. se realizó disección terapéutica de la ingle con magníficos resultados, 6 a 8 meses después de la resección abdomino-perineal, están aún vivos y sin signos de recidiva 3 de los 4 pacientes tratados por este método. Existen también discrepancias en que si la resección de los ganglios inguinales metastásicos es un procedimiento curativo. Grinnell (12) cree que todavía no se puede concluir hasta que hayan más estudios al respecto. Sawyers (27) y Stearns y Judd (30), están de acuerdo en que cuando los ganglios inguinales estaban tomados en el primer examen, ningún paciente sobrevivió 5 años, a pesar de lo radical del tratamiento.

En el I. N. E. N. los resultados fueron semejantes a los encontrados por Sawyers (33) y Stearns y Judd (30), de 28 pacientes que concurren a la primera consulta con adenopatías inguinales manifiestas por carcinoma anal, ninguno sobrevivió 5 años. Hubieron 24 pacientes

sin adenopatía inguinal manifiesta en el primer examen, sin embargo, el 75% (18 pacientes) de éstos fallecieron antes de los 5 años y el 25% (6 pacientes) sobreviven más de 5 años luego del tratamiento.

Muchos autores como Grinnell (12), Morson (17), etc., opinan que los ganglios inguinales metastásicos deben ser tratados por cirugía. La radioterapia no ha demostrado efectividad; por lo tanto está ya establecido que los ganglios inguinales metastásicos deben ser reseca-dos, pero en lo que no se han puesto de acuerdo los autores es en que si se debe hacer o no la disección profiláctica de la ingle. Grinnell (12) cree que la disección de la ingle puede ser lógica si los ganglios son grandes, sospechosos o cuando la lesión primaria es grande. Otros autores como Pack (18) y Buxton (5), opinan que la disección profi-láctica de los ganglios inguinales debe realizarse como complemento de la cirugía radical, si es que intentamos un procedimiento curativo; en contra de este proceder, opina Sawyers (27) que, además, del tras-torno que producen las disecciones radicales de la ingle en los pacien-tes, en un número elevado de casos esta disección sería innecesaria.

Stearns (30) encontró en sólo el 9% de sus pacientes, ganglios po-sitivos a metástasis y en 31 de sus 43 pacientes esta disección hubie-ra sido innecesaria ya que posteriormente no desarrollaron metástasis.

Ackermann (1) afirmó que 38 disecciones inguinales innecesarias podrían haber sido hechas en 41 pacientes cuyos ganglios no fueron clínicamente positivos y no desarrollaron metástasis posteriormente. Nosotros estamos de acuerdo con Stanley (32), en que la disección ra-dical de la ingle debe realizarse cuando las metástasis ganglionares son clínicamente manifiestas, pero discrepamos con Pack (18) y Bux-ton (5) en lo referente a la disección profiláctica.

La disección ganglionar profiláctica es una disección efectuada en ausencia de signos clínicos de metástasis ganglionares linfáticos regio-nales, sin embargo, muchas veces la disección profiláctica se basa más en esperanzas o suposiciones en el afán de utilizar todos los medios te-rapéuticos disponibles en el control del cáncer anal, aunque puedan re-sultar inútiles e innecesarios, actitud digna de todo elogio; pero es me-jor valerse de la realidad, ya que poco se beneficiará un paciente sin metástasis linfáticas. Pack (18), Buxton (5), y otros autores conside-ran que la mejor manera de evitar las metástasis ganglionares es efec-tuando la disección profiláctica de los ganglios linfáticos que probable-mente se van a tomar; pero este concepto es evidentemente equivoca-do, ya que en un paciente que se efectúa la disección profiláctica que tiene metástasis ocultas en los ganglios linfáticos, la metástasis ya exis-

te y, por lo tanto, no pueden evitarse, y si los ganglios no están afectados, tampoco puede evitarse extirpando ganglios que no lo están, ya que la neoplasia si no ha sido dominada en su origen se propagara por otras vías linfáticas. Un factor que en nuestro medio sí estaría en favor de la disección profiláctica, es que, al parecer, por falta de conciencia de los pacientes de lo serio de su enfermedad, muchas veces son perdidos de vista, no pudiéndose detectar posibles metástasis posteriores, esto podría ser evitado instruyendo al paciente respecto a su enfermedad, en lugar de llegar a la disección profiláctica; pero puede ocurrir que cuando el paciente va a la consulta, las metástasis están ya en un grado inoperable, ya sea por la negligencia del paciente o por lo extremadamente virulento del tumor. (Fig. 4b). Sea cual fuere la causa, el efecto es el mismo, fracaso de la política de observación repetida y disección tardía de los ganglios. Este es un aumento convincente en favor de la disección profiláctica y que si se comprobara que ocurre frecuentemente modificaría favorablemente las opiniones en relación con la disección profiláctica. Otros autores (14), (31), (15), opinan que en tumores grandes y de un grado de malignidad elevado debe emplearse la disección profiláctica pero, nosotros creemos como Stanley (26) que estos tumores son difíciles de dominar a nivel del foco primario, difícilmente se dominará con una disección profiláctica.

Otro factor muy importante es que la disección profiláctica da mejores resultados que si se espera a que las metástasis sean clínicamente manifiestas. En el I. N. E. N. por ejemplo, se obtuvo buenos resultados en los pacientes que se empleó la disección terapéutica, aunque no podemos compararlos porque no se empleó la disección profiláctica; si se hiciera esta comparación, no sería en igualdad de condiciones ya que cuando se realiza la disección terapéutica la enfermedad está en un grado más avanzado y se ha probado (14), (15), que cuando los pacientes con carcinoma del ano llegaron a la primera consulta con adenopatías metastásicas manifiestas ningún paciente se salvó. De todo esto se desprende que ni los defensores ni los impugnadores de la disección profiláctica pueden presentar documentación irrefutable en pro de su conducta, pues no existen datos adecuados que brinden una base estadísticamente seria para alcanzar una conclusión razonable. Todavía no se ha establecido el valor de la disección profiláctica. Si se elige no emplear la disección profiláctica es absolutamente necesario vigilar al paciente muy de cerca y proceder a la disección al primer signo clínico de sospecha o presencia de ganglios positivos (14). A veces se recomienda la radioterapia profiláctica de la

ingle, pero este tratamiento no esteriliza las metástasis, dificultando el diagnóstico clínico posterior y comprometiendo la curación de la herida luego de una disección posterior.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Hemos presentado una serie de 60 pacientes con cáncer del ano, atendidos en un período de 11 años, desde 1952 a 1963 inclusive, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima-Perú.

2. El diagnóstico puede hacerse por un simple examen de la región anal, pero siempre es necesario hacer una biopsia del tumor, para confirmar la presunción clínica.

3. Una proctosigmoidoscopia debe hacerse para conocer el límite superior del tumor.

4. Luego de un estudio de 16 piezas extirpadas por resección abdomino-perineal, se encontró que el 81.3% tenían el carcinoma anal propagado al recto, el 31.2% a la vagina y en el mismo porcentaje a la región perianal. La invasión a la grasa perirrectal fue en el 12.5% y a los elevadores del ano en el 6.2%. Metástasis linfática a los ganglios mesentéricos y mesocólicos se encontró en el 25%, y en el mismo porcentaje (25%) se encontró metástasis a los ganglios linfáticos inguinales.

5. Los 28 pacientes (53.8%) que llegaron al I. N. E. N. a la primera consulta con adenopatía inguinal manifiesta, murieron antes de los 5 años, a pesar de lo radical del tratamiento.

6. Todos los pacientes a los que se les encontró metástasis mesentéricas y mesocólicas en las piezas extirpadas por resección abdomino-perineal, murieron antes de los 3 años.

7. 3 pacientes que fueron tratados por resección abdomino-perineal, presentaron adenopatías metastásicas en la ingle 6 a 8 meses después de la operación, por lo que se les practicó vaciamientos inguinales (terapéuticos) con buenos resultados, 2 de los 3 pacientes tienen a la actualidad 5 años de cura clínica.

8. Las metástasis hemáticas fueron raras (3 pacientes) y ocurrieron generalmente en los períodos finales de la enfermedad.

9. Diferentes formas de tratamiento fueron empleados, pero no se utilizó un criterio uniforme en la selección del método terapéutico empleado.

10. El tratamiento más empleado con intención curativa fue la resección abdomino-perineal (68%), con una mortalidad operatoria del 9.5% (2 pacientes en 21 operaciones radicales).

11. La resección abdomino-perineal fue empleada sola o precedida de radioterapia.

12. Radioterapia y escisión local se emplearon con intención curativa muy pocas veces para llegar a alguna conclusión.

13. De todos los pacientes vistos en el I. N. E. N., 14 (23.3%) se encuentran vivos, 6 de ellos (10%) tienen 5 años de cura clínica, 1 paciente está vivo y sin signos de recidiva 3 años después de operado y 7 viven pero no tienen aún 3 años de tratados.

14. 9 pacientes fueron tratados con intención curativa antes de Enero de 1960, de los cuales el 66% (6 pacientes) tienen a la actualidad 5 años de cura clínica. De estos 9 pacientes, 8 fueron tratados con resección abdomino-perineal y 1 con escisión local.

15. El tamaño del tumor jugó un rol muy importante en el pronóstico de la enfermedad, encontrando que el 100% de los pacientes con tumores menores de 5 cm. tratados con intención curativa tienen a la actualidad 5 años de cura clínica. Cuando los tumores fueron mayores de 5 cm. y tratados con intención curativa, sólo el 50% alcanzó una cura clínica de 5 años.

16. Cuando el tumor estaba localizado únicamente en el margen anal y tratado con intención curativa, la cura clínica de 5 años fue del 100%. En cambio, cuando el tumor había sobrepasado la línea péctinea e invadido el recto, la cura clínica de 5 años fue sólo en el 50%.

17. Todos los pacientes tratados con intención curativa, en los cuales el tumor no se había propagado a los órganos vecinos ni había dado metástasis linfáticas tuvieron una cura clínica de 5 años (100%). Cuando el tumor se había propagado a los órganos vecinos, la cura clínica de 5 años sólo alcanzó el 50% de los pacientes y cuando había dado metástasis linfática (mesentérica, mesocólica o inguinal) la cura clínica de 5 años sólo se obtuvo en el 33%.

18. Cuando el tumor fue bien diferenciado la supervivencia de 5 años con tratamiento curativo fue 66.6%, cuando fue medianamente diferenciado 42.8% y en los indiferenciados 0%.

19. Resultados semejantes a los anteriores encontramos cuando valoramos la cura clínica de los pacientes con 3 años de tratados.

20. A pesar de que nuestra casuística no es muy amplia, creemos que se puede emplear escisión local o radioterapia en carcinomas epidermoides pequeños, localizados en el margen anal, no infiltrantes, que

no hayan invadido la mucosa rectal ni la línea pectínea, que sean histológicamente bien diferenciados y que no hayan producido metástasis inguinales, si el tumor no reúne todas estas condiciones es preferible la resección abdomino-perineal, ya que ofrece mayores seguridades al paciente.

21. Si el tumor está localizado en el canal anal o línea pectínea, generalmente hay invasión a los músculos del esfínter anal y a los ganglios linfáticos regionales, siendo el tratamiento de elección la resección abdomino-perineal.

22. Si los ganglios inguinales no están tomados, no creemos que sea una buena indicación la disección profiláctica de la ingle. Excelentes resultados se obtuvieron en el I. N. E. N. con las disecciones terapéuticas 6 a 8 meses después de la resección abdomino-perineal.

23. Si se elige no emplear la disección profiláctica de la ingle, es absolutamente necesario vigilar al paciente muy de cerca y proceder a la disección al primer signo clínico de sospecha o presencia de ganglios inguinales positivos.

24. El pronóstico de esta enfermedad es todavía sombrío, pero las posibilidades de cura aumentan considerablemente con diagnóstico precoz y tratamiento radical.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman L. V. and Regato J. A.: Cancer, diagnosis, treatment, and prognosis. Third edition. The C. V. Mosby Company Saint. Louis 1962.
2. Bacon H. E., Venturo and Saver I.: Epidermoid carcinoma of the anal canal. J. Mount Sinai Hospital N. York 1951, 17: 478-485.
3. Bacon H. E.: Cancer of the colon, rectum and anal canal. J. B. Lippincott company. Philadelphia. Montreal 1964.
4. Berg J. W., Lone F. and Stears M. W. Jr.: Mucoepidermoid anal cancer. Cancer Vol. 13. 1960 F. de M.
5. Buxton, R. N.: Squamous Cell Anal Carcinoma. Arch. Surg. 67, 821-838 (1953).
6. Carboneto E., Hurtado Hoyo E.: Sifiloma anal o Cáncer. Prensa Médica Argentina., 49: 565-7, 9 de Marzo-1962. (Sp).
7. Cattell, R. B. and Williams, H. C.: Epidermoid Carcinoma of anus and rectum. Arch. Surg., 1943, 46: 336-349.
8. Dillard B. M., Spratt J. S., Ackerman L. V. and Butcher H. R. St. Louis: Epidermoid Cancer of Anal Margin and Canal. Archives of Surgery. (Chicago), 86-727-7. Marzo-63.
9. Duncan D. K. and O'Loughlin P. D.: Bowen's Disease of the anus, California Medicine Volume 89 Number 6 December 1958.

10. Gabriel W. B.: Squamous cell carcinoma of the anus and anal canal; an analysis of 55 cases. *Proc. R. Soc. M., Lond*, 1941, 34 (Part 1): 139-157.
11. Gougerot H.: La Medicina Social en Francia. *Cancers et syphilis. Anat. Biol. Euge. y Med. Soc.*, 2: 28-20, 1934.
12. Grinnell Robert S.: An analysis of forty-nine cases of squamous cell carcinoma of the anus. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 98-29-39-1954.
13. Harding, W. G., II, and Hankins, F. D.: Postmortem observations of 118 carcinomas of the large bowel, *Amer. J. Cancer*, 17: 634-461, 1933.
14. Hohm W. H.: Anorectal squamous-cell carcinoma: conservative or radical treatment. *Jama* 188: 241-4, 20 Apr. 64.
15. Kuehn P. G., Beckett R., Eisenberg H., and Reed J. F.: Epidermoid Carcinoma of the Perianal Skin and anal canal. A Review of 157 cases. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 270, Nº 12 March 19. 1964.
16. Kunkler P. B., Rains A. J.: Tratamiento del Cáncer en la Práctica Clínica. Primera Edición. Salvat Editores, S. A. Madrid. 1962.
17. Morson Basil C.: Neoplastic Disease at various sites. Volumen III. Cancer of the Rectum. 1960. General Editor D. W. Smithers Edited by Cuthbert E. Dukes. E. and S. Livingstone Ltd, Edinburg and London.
18. Pack, G. T.: The pathological aspects of anal and rectal neoplasia, *International Clin.*, 2: 77, 1927.
19. Palmer E. D.: *Clinical Gastroenterology*. P. A. Hoeber, Inc. New York. 1958.
20. Payet C.: Cáncer del Colon. Consideraciones Clínico-Quirúrgicas. *Revista de la Academia Peruana de Cirugía*. Vol. XVIII. Nº 4, Pág.: 547-572. 1966.
21. Peerman J. Nesselrod: *Clinical Proctology*, Second Edition; W. B. Saunders Company, Philadelphia and London 1957.
22. Pi-Figuera J.: *Cirugía del Cáncer del Colon y del Recto*. Primera Edición Salvat Editores S. A. Barcelona-Madrid. 1958.
23. Rankin F. N. and Graham A. S.: *Cancer of the Colon and Rectum*, 2da. Ed., Charles C. Thomas, Editor, Springfield, III, 1950.
24. Robbins L. S.: *Tratado de Patología con aplicación clínica*. 2da. Ed. Editorial Interamericana, S. A. México, 1963.
25. Rosser C.: The etiology of Anal Cancer "*Am. J. Surg.*", II, 328-33, 1931.
26. Rundle F. R. and Hales I. B.: Muroid Carcinoma Supervening in Fistula-in-ano. Its Surgical Pathology and treatment. *Ann. Surg.* 137, 215-219, 1953.
27. Sawyers, J. L.; Herrington, J. L. and Main, F. B.: "Surgical Considerations in the treatment of Epidermoid Carcinoma of the anus". *Annals of Surgery*. Vol. 157, Nº 5, May 1963.
28. Shackelford Richard T.: *Cirugía del Aparato Digestivo*. Tomo III. Salvat Editores S.A., Barcelona, Madrid. Primera Ed., 1961.
29. Smith F.: *Proctology for the general Practitioner*. Fourth Edition. Philadelphia. F. A. Davis Company, Publishers 1948.

30. Stearns, M. W., Jr.: Epidermoid Carcinoma of the Anal Region. *Surg., Gynec. and Obst.*, 106: 92, 1958.
31. Sweet R. H.: Result of Treatment of Epidermoid Carcinoma of the anus and rectum. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 84, 967-972 (1947).
32. Stanley Ch. J.: Consideraciones sobre la disección profiláctica de ganglios linfáticos. *Clínico Quirúrgicas de Norteamérica*. Editorial Interamericana S. A. Febrero 1963.
33. Turrell, K.: Epidermoid Squamous Cells cancers of the perianus and anal Canal. *Clinics, No. Am., Am.*, 42: 1235, 1962.