

11209 46
31



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
S.S.A.**

**MANEJO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA
PARA CARCINOMA DEL CANAL ANAL.
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JERSON JACOB MARBELLO BARRANCO

ASESOR: FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

MAYO DE 1967



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

HOJA DE FIRMAS

VO.BO.

DR. JORGE ALBERTO DELCASTILLO MENDOZA
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



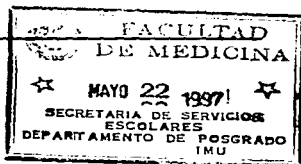
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO,
DIVISION DE ENSEÑANZA

VO.BO.

DR. ROBERTO PEREZ GARCIA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO
DE CIRUGIA GENERAL.U.N.A.M.
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO

VO.BO.

DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ.
PROFESOR DE POSGRADO DEL CURSO DE ONCOLOGIA
QUIRURGICA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO
ASESOR DE TESIS



AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por haberme dado la vida, que concibo como una oportunidad de lucha.

A MIS PADRES.

*Manuel y Dulcina.
El un ejemplo de amor, ella de tenacidad.*

A MIS HERMANDOS.

*Anderson, Ledys, Martha y Bernabella.
Por su apoyo, por su fé.*

A MI ESPOSA

*Sara Beatriz
Eterna compañera.*

A MI HIJA

*María Fernanda.
Una esperanza que late.*

A Rodrigo Pinto Araújo. Q. en P.D.

in memoriam.

A MIS MAESTROS.

*Dr. Roberto Pérez García y Dr. Francisco Alcalá Prieto.
Por su enorme contribución en mi formación.*

Al Dr. Francisco M. García Rodríguez.

Por su incondicional ayuda.

Al Pueblo de México.

Que me ha enseñado tanto.

CONTENIDO

Introducción.

Objetivos.

Anatomía.

Epidemiología.

Factores de Riesgo.

Patología.

Comportamiento Biológico.

Etapificación.

Factores Pronóstico.

Diagnóstico.

Tratamiento.

Material y Métodos.

Diseño de Estudio.

Criterios de Inclusión.

Criterios de Exclusión.

Resultados.

Discusión.

Resumen y Conclusiones.

Bibliografía.

TITULO

**MANEJO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA
PARA CARCINOMA DEL CANAL ANAL.**

**EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO.**

INTRODUCCION.

El cáncer del canal anal representa un grupo relativamente infrecuente de neoplasias. El manejo tradicional de éstos tumores fue a base de cirugía radical (resección abdomino perineal, exenteración posterior y linfadenectomía inguinopélvica), lo que resultaba en pérdida del conducto recto-anal, colostomía permanente, impotencia en el hombre así como una alta tasa de recaídas locorreionales y baja sobrevida. Desde hace 25 años se introdujo el manejo combinado a base de quimio-radioterapia , resultando en excelente sobrevida y preservación orgánica con una baja morbilidad, lo que ha servido como modelo del uso de la terapia combinada en otras neoplasias (1, 13, 14).

OBJETIVOS.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el resultado del manejo combinado con quimio-radioterapia para los tumores de canal anal en un periodo comprendido de 1992 a 1996 en el Hospital Juárez de México; haciendo énfasis en control locorregional, supervivencia, tolerancia al tratamiento y morbilidad asociada.

ANATOMIA.

La palabra ano se define como " el orificio anal, la abertura inferior del tracto digestivo". La región anal se divide en una parte interna (el conducto anal) y un componente externo (la piel de margen anal) Aun existen confusión en cuanto a definiciones, nomenclatura y límites. Ellos se debe a la complejidad de las estructuras anatómicas situadas tan próximas y a la falta de líneas de demarcación identificables.

Una estructura importante que puede ser identificada en el examen anoscópico es la unión mucocutánea, llamada comúnmente línea dentada(1).

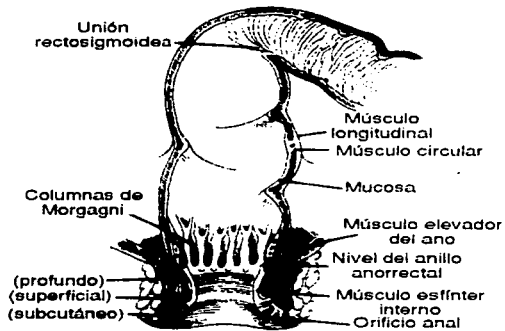
Este es el sitio donde se unen el endodermo y el ectodermo durante el desarrollo embrionario.

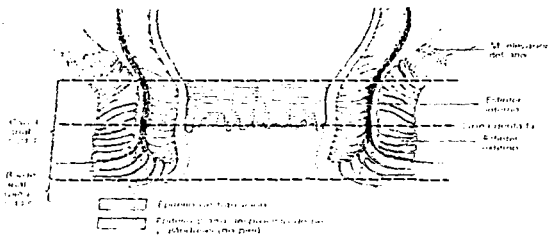
El margen anal se refiere al área perianal que se extiende desde el orificio anal durante una distancia de 5 o 6 cm a su alrededor. Como se mencionó, el orificio anal se refiere a la abertura misma .

El término conducto anal se define de dos maneras, uno es el conducto anal anatómico, basado en la parte derivada del ectodermo. Por lo tanto se extiende desde la línea dentada hasta el orificio anal. Tiene aproximadamente 2 cm de longitud. El otro es el conducto anal quirúrgico. Es parte del conducto situado dentro del alcance de la musculatura del esfínter anorrectal, de manera que se extiende desde el piso pélvico hasta el orificio anal y su longitud es de unos 5 cm.

Recientemente, Fenger, en una excelente revisión de la anatomía del conducto anal, lo definió diciendo que se extiende desde el extremo superior al extremo inferior del esfínter interno. Hoy en día la versión usada con mayor frecuencia es el conducto anal quirúrgico.

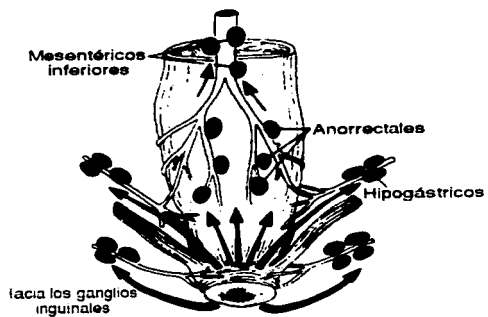
El conducto anal y el área perianal contienen una profusa provisión de vasos sanguíneos y linfáticos. Los vasos sanguíneos rectales medios irrigan la parte inferior del recto y la porción superior del conducto anal. Los vasos rectales inferiores irrigan la porción inferior del conducto y los músculos que lo rodean, así como la piel del margen anal. Debajo del revestimiento del conducto anal existe una profusa red de vasos linfáticos . La propagación del cáncer por éste sistema es común y ocurre en todas las direcciones (fig 2). (2,3).





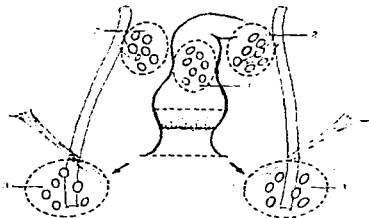
C. 12
 D. 1
 L. 1
 S. 1

Epineuro del. inf.
 Fascia vertebralis



Ganglios linfáticos regionales

Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios perirectales (1), ilíacos internos (2) e inguinales (3).



EPIDEMIOLOGIA.

En los países desarrollados, teniendo como ejemplo fundamental la estadística de los E. U. A. ,se encuentra que las neoplasias de canal anal representan no más del 2% de los cánceres del intestino grueso y aproximadamente en 4% de los carcinomas anorectales (1).

En nuestro país, las cifras aportadas por el Registro Histopatológico de Neoplasias publicado en el año de 1996 y que compiló la totalidad de tumores malignos registrados en todos los estados de la república, ubica a éstos tumores dentro del rubro de tumores de recto, unión rectosigmoides, conducto anal y ano. Sin especificar el número que afectó a cada segmento y representando en conjunto el 16o. lugar en afección global para ambos sexos y todas las edades; el 13o. lugar de los tumores malignos de los hombres y el 14o lugar en mujeres (4). Se diagnostica entre los 35 y 90 años de edad, con una preponderancia de casos entre los 55 y 64 años.

En los E. U. A. ocurre más frecuentemente en hombres que en mujeres con una relación de 6: 1, desconociendo la relación por sexo en nuestro medio.

FACTORES DE RIESGO.

Muchos estudios han implicado la homosexualidad masculina como factor inductor del carcinoma del canal anal, sustentado en estudios realizados por Daling y cols. quienes compararon los factores de riesgo potencial en 148 pacientes con cáncer del canal anal y 166 controles con cáncer de colon. Una historia de coito anal receptivo en hombres, estuvo fuertemente asociado con cáncer anal con un riesgo relativo de 33.1 (5). Así mismo se ha visto que la incidencia de carcinoma anal es 6 veces mayor en hombres solteros que en casados (1).

Existe una fuerte asociación con la presencia de verrugas anales e infección por virus del papiloma humano (VPH) (5), con un riesgo relativo de 26.9 para hombres y 32.5 para mujeres de padecer carcinoma del canal anal tipo epidermoide. La variedad 16 del VPH se ha asociado a cáncer y neoplasia intraepitelial de alto grado.

Otros agentes causales implicados han sido las infecciones genitales por gonorrea, fistulas anales, radioterapia previa para malignidad pélvica, pacientes inmunosuprimidos (transplantados e infectados por virus de inmunodeficiencia adquirida), infección por virus del herpes simple y tabaquismo.

PATOLOGIA.

Muchos tipos histológicos se presentan en la región anal, los tipos más comunes son: Carcinoma de células escamosas (47%), carcinoma de células transicionales ó cloacogénico (27%) y el adenocarcinoma (15%) (tabla 1.1). Otros tipos histológicos incluyen el linfoma, carcinoma de células pequeñas y el melanoma maligno.

Algunos autores dividen a los tumores del canal anal en aquellos que presentan queratinización y aquellos que no lo hacen, subdividiendo posteriormente a los no queratinizantes en basoescamoso, basaloido y cloacogénico. Otros investigadores no han encontrado diferencia en la evolución clínica de ésta subdivisión y consideran que todas éstas variantes histológicas son subtipos del carcinoma de células escamosas, siendo el pronóstico más dependiente del estadio clínico que del subtipo histológico.

TABLA 1. Distribución de tipos histológicos en pacientes con carcinoma de canal anal.

TIPO	PORCENTAJE DE PACIENTES.
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	47
CARCINOMA TRANCISIONAL(CLOACOGENICO)	27
ADENOCARCINOMA	15
CARCINOMA NO ESPECIFICADO	3
ADENOCARCINOMA PAPILAR VELLOSO	3
ADENOCARCINOMA MUCINOSO	2
MELANOMA	1
UTROS	2

Young J.L., Percy cl, Asaire A.J., Surveillance, epidemiology and end results: incidence and mortality data, 1973-77, Nat. Cancer Inst. Monography 1981: 57.

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO.

El cáncer del canal anal se caracteriza por su invasividad locorregional. Nace en la mucosa para posteriormente invadir en profundidad la pared del órgano, alcanzar estructuras adyacentes como el tabique rectovaginal, próstata, uretra, vejiga y vesículas seminales y posteriormente enviar siembras metastásicas al sistema linfático; pudiendo afectar las regiones inguinal, pélvica y mesentérica. Las metástasis a distancia son infrecuentes (5-8% a hígado, 2-4% a pulmón y 2% a hueso).

Algunas autores consideran que los tumores que se originan en la línea dentada ó proximal a la misma, tienen mayor propensión a desarrollar diseminación hematogena y linfática a ganglios pélvicos y mesentéricos.

La mayoría de recaídas posterior al tratamiento ocurren dentro de los primeros 24 meses, pudiendo ocurrir tan tardíamente como en 8 años.

ETAFIFICACION.

El primer intento de etapificación fue realizado por la Clínica Mayo en 1962, la cual fue similar a la clasificación de Duke's del carcinoma rectal. En 1987 la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la American Joint Committee(AJCC) adoptaron el mismo sistema de clasificación; el cual toma en cuenta el hecho de que el carcinoma del canal anal se maneja actualmente por métodos no quirúrgicos (tabla 2). (7).

a) Normas para la clasificación.- La clasificación solo se aplica a los carcinomas. Debe existir confirmación histopatológica de la enfermedad.

b) Ganglios linfáticos.- Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios perirrectales, ilíacos internos e inguinales. Ganglios pararácticos ó mesentéricos se consideran metastásicos.

TABLA No2 CLASIFICACION CLINICA TNM PARA CANCER DE CANAL ANAL.

T.- TUMOR PRIMARIO.

TX.- NO SE PUEDE VALORAR EL PRIMARIO.

TO.- NO EXISTEN SIGNOS DE TUMOR PRIMARIO.

TIS.-CARCINOMA IN SITU.

T1.- TUMOR DE DIAMETRO IGUAL O MENOR A 2 CM.

T2.- TUMOR DE DIAMETRO MAXIMO MAYOR DE 2 CM. PERO MENOR O IGUAL A 5 CM.

T3.- TUMOR DE DIAMETRO MAXIMO MAYOR A 5 CM.

N.- GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES.

NX.- NO SE PUEDE EVALUAR GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

NO.- NO SE DEMUESTRA METASTASIASIS GANGLIONARES REGIONALES.

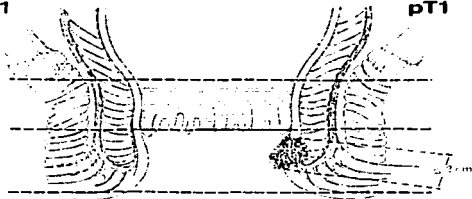
N1.- METASTASIS A LOS GANGLIOS PERIRECTALES.

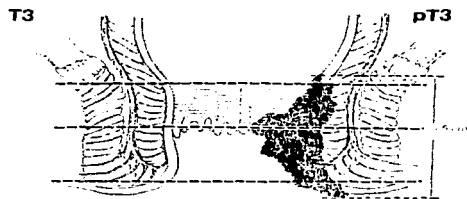
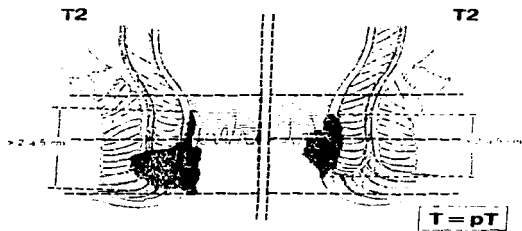
N2.- METASTASIS UNILATERALES A LOS GANGLIOS ILIACOS INTERNOS Y/O INGUINALES

N3.- METASTASIS EN LOS GANGLIOS PERIRECTALES E INGUINALES Y/O METASTASIS BILATERALES EN LOS GANGLIOS ILIACOS INTERNOS Y/O INGUINALES.

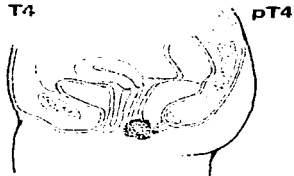
Atlas TNM guía ilustrada de la clasificación TNM/pTNM de los tumores malignos, Tercera edición, 2a revisión, 1992, Springer-verlag.

T1



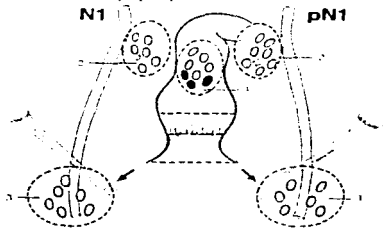


14. Tumor de cualquier tamaño que invade órganos adyacentes, por ejemplo, vagina, uretra o vejiga (T4). Una destrucción *in situ* del estroma muscular no se clasifica como T4.

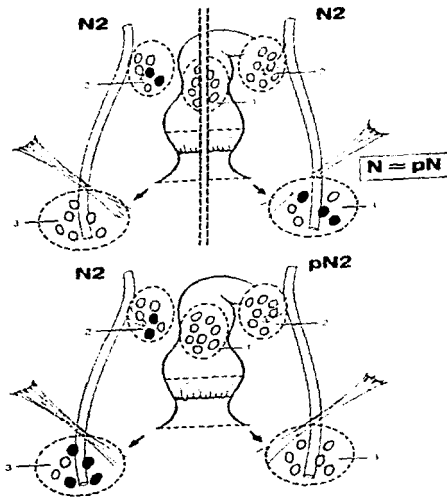


N - Ganglios linfáticos regionales

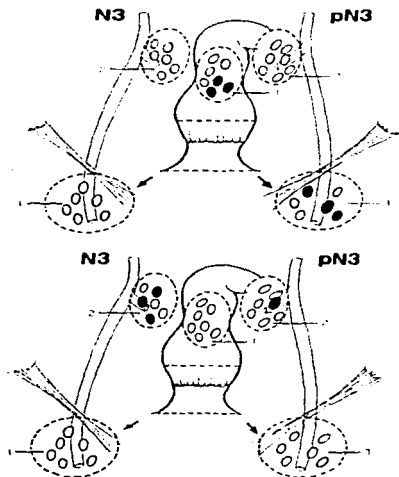
- NX No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
 N0 No se demuestran metástasis ganglionares regionales
 N1 Metástasis en los ganglios perirectales

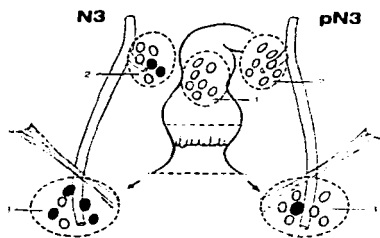


N2 Metástasis unilaterales en los ganglios linfáticos internos y/o inguinales



- N⁴ Metástasis en los ganglios perirectales e inguinales y/o metástasis bilaterales en los ganglios ilíacos internos y/o inguinales





Clasificación anatomopatológica pTN

Las categorías pT y pN se corresponden con las categorías T y N

FACTORES PRONOSTICO.

El mayor determinante de sobrevida , control locorregional y a distancia en pacientes con cáncer del canal anal es el tamaño tumoral que indirectamente correlaciona con el estadio clínico de la enfermedad. Otros factores significativos han sido la presencia de ganglios linfáticos involucrados y dosis de radioterapia empleada (8). Está bien demostrado que tumores pequeños y con ausencia de ganglios linfáticos tienen una mejor sobrevida y menor tasa de recidiva locorregional y a distancia que aquellos tumores voluminosos (mayores de 5 cm.) y con presencia de ganglios locorregionales positivos (9).

Otro factor pronóstico que se ha querido involucrar es el tipo histológico, habiéndose considerado que los tumores cloacogénicos tienen ligero mejor pronóstico en algunas series. Sin embargo, Papillon y Montharben encontraron peor pronóstico en pacientes con carcinoma no queratinizante y basaloide que para pacientes con lesiones queratinizantes. Indudablemente el tumor de células pequeñas de canal anal , análogo al tumor de células pequeñas extrapulmonar conlleva un peor pronóstico y un comportamiento clínico diferente al cáncer epidermoide ya que de inicio es una neoplasia sistémica con gran propensión a diseminación multiorgánica hematogena (1).

La localización tiene importancia relativa ya que se menciona que el tumor de margen anal tiene mejor pronóstico que el de canal. Sin embargo, hay autores que reportan idéntica sobrevida en tumores de ambas localizaciones (10).

No existe diferencia en cuanto al sexo y respecto al contenido de DNA(tumores diploides vs haploides) , sin haber encontrado implicación pronostica de éste factor.

En algunos estudios se encuentra que el grado histológico , puede ser un factor pronóstico significativo, con tumores de bajo grado resultando en sobrevida a 5 años del 75%, comparado con una sobrevida de solo 24% en tumores de alto grado.

DIAGNOSTICO.

Pese a que el cáncer del canal anal se encuentra localizado en uno de los sitios más accesibles del tubo digestivo, éstos tumores frecuentemente son diagnosticados tardíamente, lo que repercute tanto en el tratamiento como en el resultado.

El síntoma más común es el sangrado crónico e intermitente; rara vez masivo y ocurre en la mitad de los pacientes. Generalmente se atribuye a enfermedad hemorroidal. Otros síntomas incluyen dolor, tenesmo, prurito, cambios en los hábitos intestinales e infrecuentemente linfadenopatía inguinal (1).

La duración de los mismos varía de 2 semanas a 4 años con una media de 6 meses. Además el diagnóstico puede presentarse a confusión debido a que generalmente coexisten condiciones perianales benignas (60% en tumores del margen anal y 6% en tumores del canal anal), como fistulas, fisuras, hemorroides, condilomas etc.

El diagnóstico se establece primordialmente por el examen rectal. Son importantes además la anoscopia, proctoscopia y el ultrasonido transrectal para verificar la profundidad de invasión mural. No está por demás recalcar que toda lesión sospechosa de malignidad debe ser biopsiada para confirmar el diagnóstico por estudio histopatológico.

La tomografía computada abdominopélvica puede ser un adjunto útil para la evaluación de metástasis regionales a ganglios pélvicos, mesentéricos y retroperitoneales; con la limitante de no apreciar ganglios menores de 1.5 cm. y puede ser útil en el diagnóstico de metástasis hepáticas, aunque su uso rutinario no ha sido establecido.

TRATAMIENTO.

Desde el punto de vista terapéutico, el cáncer del canal anal se puede subdividir en 3 grupos:

- a) Enfermedad local superficial.
- b) Enfermedad locorregionalmente avanzada.
- c) Enfermedad sistémica.

Con respecto a la enfermedad local superficial, se define a ésta como tumores menores de 2 cm; superficiales y bien diferenciados. En éstos casos, la excisión amplia es válida siendo el manejo utilizado en varios centros hospitalarios. La disección electiva ganglionar no se practica de rutina, ya que menos del 6% de los pacientes se benefician del procedimiento. Sin embargo, en centros como el hospital Memorial de Nueva York éste es considerado un procedimiento poco favorable debido a que puede presentar altas tasas de recurrencia. Cuando el tumor anal es un hallazgo incidental en una cirugía para lesión benigna y se logra extirpar con márgenes y lecho adecuados, éste podría considerarse como tratamiento definitivo (1, 11, 12).

El tratamiento de los tumores locorregionalmente avanzados ha cambiado substancialmente en los últimos 25 años, ya que antes de ésta época la resección abdominoperineal constituía el manejo standard. Con ésta modalidad terapéutica las tasas de recurrencia se acercaban al 50% y la morbimortalidad era elevada. Asimismo se interrumpida la función recto anal con la construcción de una colostomía permanente y se agregaban problemas de impotencia y esterilidad.

Desde los estudios preliminares en 1973 efectuados por Nigro y colaboradores, se observó que el manejo con terapia multimodal de éstos pacientes lograban tasas elevadas de sobrevida , superiores a las ofrecidas por el tratamiento quirúrgico y con la ventaja de preservar la función recto anal. Muchos de éstos pacientes originalmente eran llevados posterior al manejo sinérgico de quimio y radioterapia a una cirugía complementaria radical, encontrándose que en alrededor del 60 a 80% de los pacientes no se encontraba tumor residual en la pieza quirúrgica. Fue así como ante la evidencia de los hallazgos que se estableció a la quimio-radioterapia como el tratamiento de primera línea en tumor localmente avanzado del canal

anal, reservando la resección abdominoperineal para salvamento y casos previamente irradiados de la pelvis por otras neoplasias (1, 13, 14, 15, 16).

El trabajo pionero de Nigro basó su experiencia en el uso de Mitomicina C y 5 Fluoracilo a dosis de 0.5 mg /kg de peso para la primera y 25 mg/kg de peso para la segunda aunado a radioterapia externa a una dosis de 3000 Rads a pelvis total administrando la quimioterapia en infusión continua de 5 Fluoracilo del día 1 al 5 y la Mitomicina C el día 1 del tratamiento , repitiendo la dosis de 5 Fluoracilo a infusión de 24 horas los últimos 5 días de la radioterapia (13). Con este manejo alcanzo tasas de respuesta del 100% en los 3 pacientes de su estudio preliminar.

Al expandir su experiencia a 19 casos con el mismo esquema de manejo, (14) indujo respuesta para posteriormente llevar a todos sus pacientes a resección abdominoperineal encontrando que la respuesta completa era superior al 80% (15 de 19 pacientes) y respuestas parciales en el resto (4 pacientes) , lo que lo hizo alcanzar la conclusión de que el manejo combinado de quimio-radioterapia podría tener algún papel como manejo único prescindiendo de la cirugía para lograr curar a estos pacientes. Realizo alguna modificación a su esquema como se muestra en la tabla 3.

TERAPIA PREOPERATORIA PARA CARCINOMA EPIDERMÓIDE DEL CANAL ANAL.

RADIOTERAPIA EXTERNA.

3000 rads al recto y área nodales locales. día 1 a 21 (200 rads/día/15 días).

QUIMIOTERAPIA SISTEMICA.

A 5 fu: 1000mg/m²/24 horas a infusión continua por 4 días inicia día 1 .

B. Mitomicina C: 15 mg/m² I.V. en bolo el día 1.

C. 5-fu: Repetido día 20 a 31.

Nigro et.al,dis col and rect, march, 1981, pp. 73-75.

La experiencia de los años subsecuentes una vez constatado que la modalidad terapéutica ideal era el manejo conservador a base de quimio-radioterapia , se dedicó a establecer factores pronósticos y subgrupos de pacientes que resultarían beneficiados al disminuir la dosis originales tanto de los quimioterapéuticos como de la dosis de irradiación así como el cambio de drogas, fundamentalmente el de Mitomicina C por Cisplatino que mostró en la última década acción importante sobre los tumores de estirpe epidermoide.(1,15,16,17). Estos estudios concluyen que el introducir Cisplatino aunado al 5 Fluouracilo proveen los mismo resultados del esquema original pero con menor morbilidad y toxicidad .

Además de la modalidad en que se aplica la quimioterapia concurrente con la radioterapia , se han diseñado modalidades secuenciales en donde se inicia el manejo con quimioterapia de inducción o neoadyuvante y se continua con la dosis de irradiación (1), no habiéndose demostrado superioridad sobre el manejo convencional. En subgrupos de pacientes de alto riesgo, parece que la quimioterapia de inducción basada en Cisplatino y 5-FU seguida de radioterapia - quimioterapia concurrentes ha mostrado que puede ser una opción útil. (18,19,20)

La resección abdominoperineal ha quedado confinada como cirugía de salvamento en aquellos pacientes que presentan enfermedad residual o recurrencia local. Las tasas de salvamento con el uso de este procedimiento son tan altas como el 53% en ausencia de enfermedad sistémica .

El manejo de la enfermedad sistémica es a base de quimioterapia fundamentada en el 5 Fluouracilo y Cis platino. Sin embargo, las tasas de respuesta son bajas y el pronóstico de estos pacientes es fatal en la mayoría de los casos; no reportándose más allá de un 15% de sobrevida a 5 años . (21,22).

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con tumores de canal anal, atendidos en el servicio de oncología del hospital Juárez de México de noviembre de 1982 a enero de 1986.

Ocho pacientes fueron atendidos con quimio-radioterapia durante de este periodo y constituyen nuestro universo de estudio.

CONCEPTOS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional no comparativo. El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de atención, en el departamento de pediatría, específicamente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. El estudio se realizó durante un periodo de 12 meses, desde el mes de enero del 2023 hasta el mes de diciembre del 2023. El estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de atención, en el departamento de pediatría, específicamente en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. El estudio se realizó durante un periodo de 12 meses, desde el mes de enero del 2023 hasta el mes de diciembre del 2023.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional no comparativo.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.

Media, Mediana y x².

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- * **Pacientes con expediente clínico completo.**
- * **Pacientes con diagnóstico histopatológico corroborado de cáncer de canal anal.**
- * **Pacientes que completaron tratamiento (esquema de nigno).**
- * **Pacientes con seguimiento igual o mayor a 5 meses.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- * **Pacientes con expedientes clínicos incompletos.**
- * **Seguimiento menor a 5 meses.**
- * **Pacientes que no concluyeron su tratamiento.**
- * **pacientes que se trataron con resección abdominoperineal como tratamiento primario.**

RESULTADOS

EDAD.

rango de edad fue de 42 a 73 años con una media de 69.5 años. 4 pacientes se encontraban en la 5ta década de la vida constituyendo (50%), 1 paciente en la 7ma década de la vida constituyendo (12.5%), y 3 pacientes en 8va década de la vida (37.5%). gráfico 1.

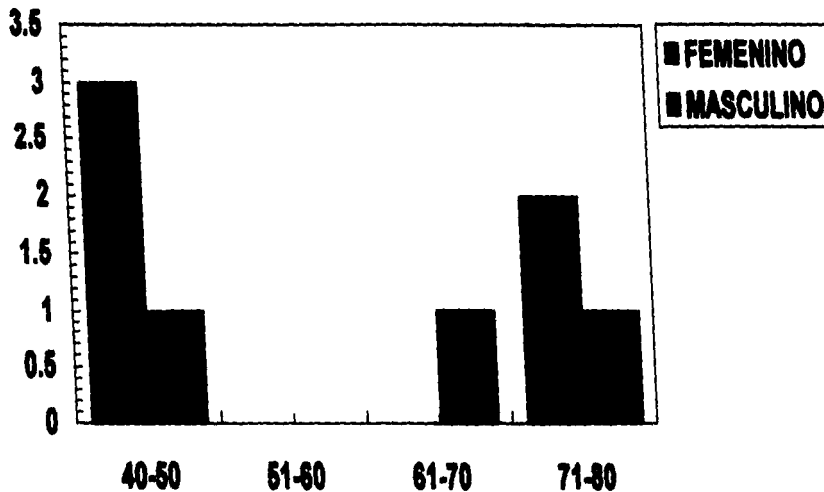
SEXO.

5 paciente fueron mujeres (62.5%), y 3 fueron hombres (37.5%). Gráfico 2.

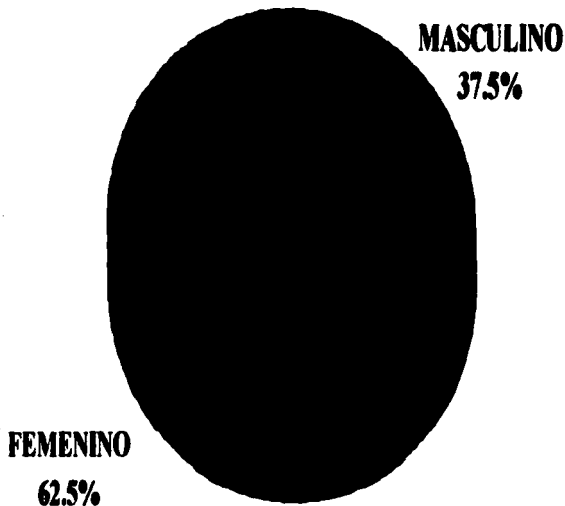
TIEMPO DE EVOLUCION.

La sintomatología de los pacientes previa a su inicio de tratamiento fue desde 4 meses hasta 48 meses, con una media de 12.8 meses. (gráfico 3).

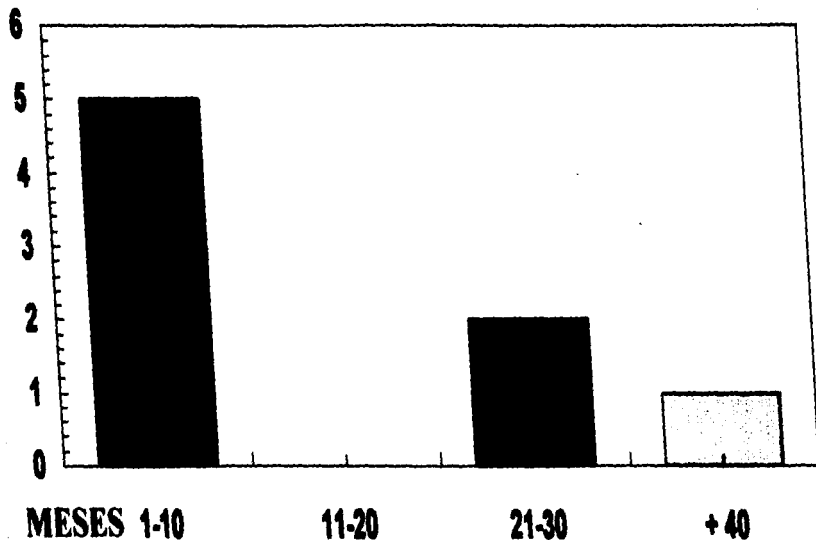
DISTRIBUCION POR EDAD



DISTRIBUCION POR SEXO



TIEMPO DE EVOLUCION.



SINTOMATOLOGIA.

El síntoma mas común fué el sangrado y dolor que se presentó en la totalidad de los pacientes y motivó a consulta, un pacientes además de estos síntomas presentó absceso perineal.(gráfico 4)

EXTIRPE HISTOLOGICA.

El carcinoma de células escamosas constituyo el tipo histologico mas frecuente con 5 pacientes (62.5%), seguido del adenocarcinoma que se presento en 3 pacientes (37.5%) Gráfico 5.

ETAPIFICACION.

Se utilizó el sistema de etapificacion adoptado de manera conjunta por la unión internacional contra el cáncer (UICC), y la american joint comite (AJCC), en 1987.

T 1.	1 paciente	12.5%
T2.	6 pacientes	75.0%
T3.	1 paciente	12.5%

Ningún paciente presentaba adenopatias inguinales sospechosas. Los estudios de extensión (RX tórax, TAC abdomino pélvica, no evidenciaron enfermedad a distancia. gráfico 6.

SINTOMATOLOGIA

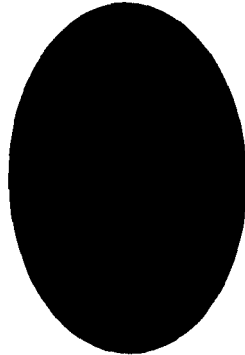
ABSCESSO PERIANAL

12.5%

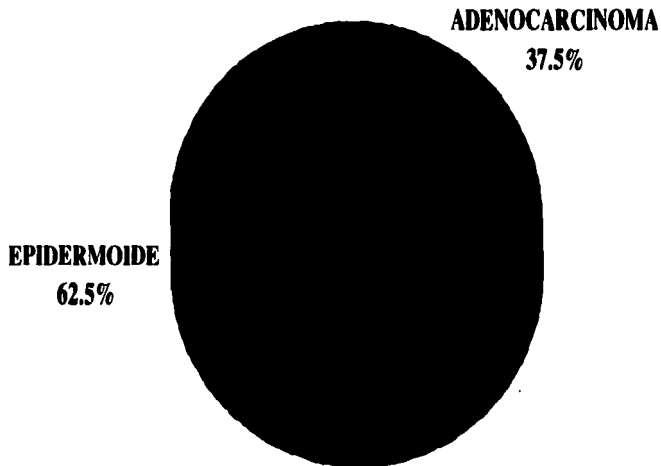


SANGRADO Y DOLOR

100%



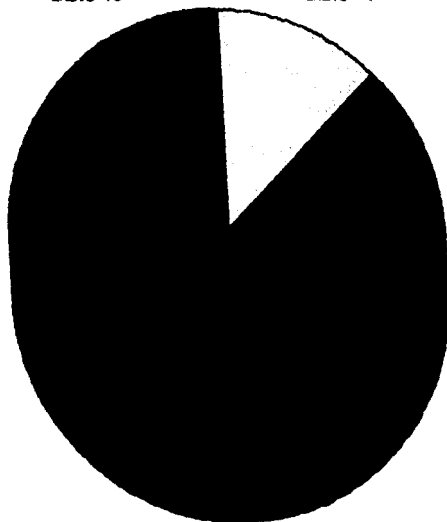
TIPO HISTOLOGICO



ESTADIO CLINICO

T1
12.5%

T3
12.5%



T2
75.0%

TRATAMIENTO.

Todos los pacientes recibieron un ciclo de Mitomicina C calculado a 10 mg/m²sc., administrado en bolo el primer día de tratamiento y 5 fluoracilo calculado a 1000mg/m²sc en infusión continua 1 al 5 día de tratamiento, repitiéndose este último los días 29 a 32 del tratamiento.

La radioterapia se administró a una dosis de 3000 CGy, administrando 200CGY por sesión durante 15 sesiones e iniciando el día 1 del ciclo.

2000CGY adicionales a partir del día 29 a razón de 200 GY por sesión durante 10 semanas para un total de 5000cgy al primario. los campos incluyeron los ganglios inguinales y pélvicos.

COMPLICACIONES.

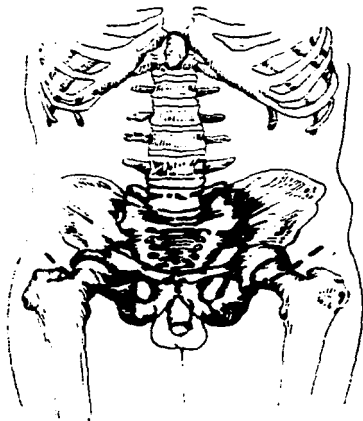
AGUDAS.

Todos los pacientes presentaron radiodermatitis húmeda así como ardor y dolor perianal.

TARDIAS.

la estenosis anal y la proctitis en 4 pacientes 50%. una paciente (12.5%) presentó necrosis perineal masiva y muerte por sepsis.











ESTA YERBA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



SEGUIMIENTO.

Durante el periodo comprendido en el periodo de noviembre de 1992 a marzo de 1997 el seguimiento fue de 6 a 52 meses , un paciente con seguimiento de 6 meses falleció de carcinomatosis abdominal.

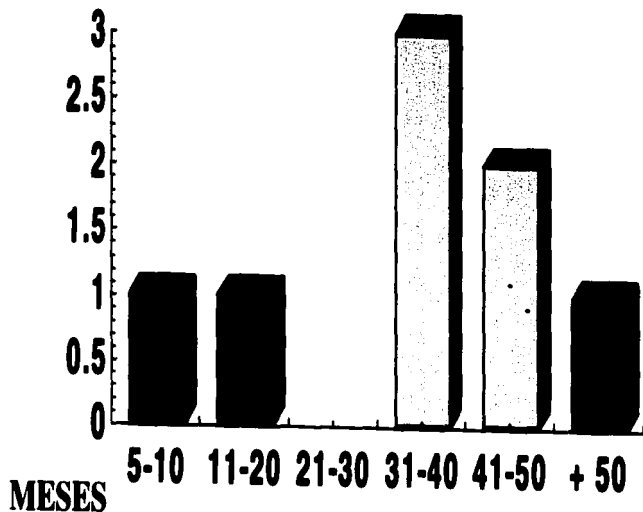
RECURRENCIA.

ningún paciente a presentado recaída a nivel locorregional y un paciente enfermedad a distancia.

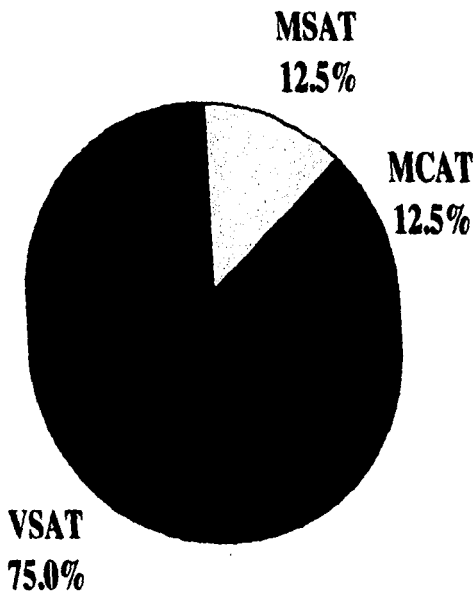
ESTADO ACTUAL.

VIVOS SIN ACTIVIDAD TUMORAL	6 PACIENTES	75.0%
MUERTO CON ACTIVIDAD TUMORAL	1 PACIENTE	12.5%
MUERTO SIN ACTIVIDAD TUMORAL	1 PACIENTE	12.6%

SEGUIMIENTO



ESTADO ACTUAL



DISCUSION.

El cáncer del canal anal es una neoplasia rara en nuestro medio. En la unidad de oncología del hospital Juárez de México, que ve un volumen aproximado de 1200 casos nuevos por año representa menos del 1% de casos anuales. Solamente se reportan en nuestra estadística 11 casos de los cuales, 3 fueron excluidos del presente trabajo por no llenar los criterios de inclusión (radioterapia previa de un caso, paciente palquiático en otro y resección abdominoperineal como tratamiento primario en un caso). De los 8 pacientes referidos, en ninguno se obtuvieron antecedentes que hicieran sospechar homosexualidad ni enfermedad por VPH. Todos los casos se consideraron de aparición espontánea y solo uno tuvo enfermedad benigna proctológica asociada. Es de hacer notar el largo tiempo de evolución con estos tumores se presentan (media de 12.8 meses) lo que habla de negligencia por parte del paciente, pero también de los médicos que no piensan con frecuencia en esta probabilidad diagnóstica confundiéndola con la enfermedad benigna de tipo hemorroidal o séptica. No obstante este hecho la mayoría de pacientes (87.5%) se presentan en estadios clínicos tempranos y sin evidencia de enfermedad locorregional ni a distancia . . . Esto a permitido un manejo uniforme que a resultado del control de 75% de los casos con un seguimiento de hasta 52 meses. Hay que hacer notar que la complicaciones del tratamiento son en general aceptables ya que en la mayoría de los casos estas no interfirieron con la vida cotidiana de los pacientes , manifestadas generalmente por la estenosis anal manejada con dilatación digital por el propio paciente y base de laxantes. El caso grave de toxicidad de necrosis perineal masiva y muerte por sepsis secundaria fue debido a que el tumor primario fue el único T3, tumor masivo de canal anal y gran extensión perianal e invasión a la piel del perine desarrollando gran toxicidad a la sobredosis requerida de la radioterapia .

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

A la luz de los resultados obtenidos podemos concluir que el manejo combinado de quimio y radioterapia, constituye un excelente abordaje terapéutico inicial para pacientes con carcinoma de canal anal.

* En nuestra serie correspondiendo con lo publicado en la literatura el sexo femenino se vio mas afectado que el masculino.

* El carcinoma de células escamosas fue con mucho la extirpe histologica mas frecuente.

* El tiempo de evolución es prolongado más sin embargo los estadios clínicos observados son tempranos.

* El manejo a base de Mitomicina C y 5 FU con radioterapia propuesto originalmente por Nigro tuvo en nuestras series morbimortalidad aceptable, con solo un caso de necrosis perineal masiva y muerte por sepsis secundaria.

* La función orgánica pudo preservarse en todos nuestros pacientes.

* El control locoregional se alcanzó en todos los pacientes presentándose únicamente una recaída a distancia.

* La sobrevida alcanzada a largo tiempo es del 75%, superior a los controles históricos con resección abdomino perineal.

* La resección abdomino perineal que como un procedimiento de salvamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Vincent T De Vita, Jr; Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg.Cancer. Principles and practice of oncology.Lippincott-Raven, 1997.
- 2.- Shackelford. Cirugía del aparato digestivo.IV tomo. Panamericana 1993.
- 3.- Keith L. Moore. Anatomía. Orientación clínica.Panamericana. 1982.
- 4.- Secretaría de Salud.Dirección General de Epidemiología. Registro histopatológico de neoplasias en México. morbilidad y mortalidad.Bienio 1993-1994. 1996
- 5.- Dalling JR, Weiss NS, Hislop G, y cols.Sexual practices, sexual transmitted dises and the incidence of anal cáncer .New Engl. J. Med. 1987; 317: 973-976.
- 6.- Young JL, Percy CL, Asire A.J; Surveillance, epidemiology and end results: Incidence and mortality data, 1993-1977 . Nat. Cancer Inst. Monography 1981: 87.
- 7.- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Atlas TNM guía ilustrada de la clasificación TNM/pTNM de los tumores malignos. Springer-Verlag Iberica 1994.
- 8.- Schelinger M, Touboul E, Mauban S. y cols.Resultats du traitement de 286 cas. de cancer epidermoide du canal anal dout 236 par irradiation a visee conservative. Lyon chir 1991; 87: 61-62.
- 9.- Zelnick RS, Hass PA, Allouni M, Szilagyi, Fo TA JR: Results of abdominoperineal resections for failures after combination chemotherapy and radiotherapy for anal canal cancer. Dis. Colon and Rectum 1992;36: 574-577.
- 10.-Paradis P, Douglass HO Jr, Holyoke DE. The clinical implications of a staging system for carcinoma of the anus. Sur Gynecol Obstet 1978141:411-413.
- 11.- Gordon PH. Current-Status: perineal and anal canal neoplasms. Dís Colon-Rectum 1990; 37: 799-782.
- 12.-Al-Jurrf AS, Turnbull RB,Fazio VW: local treatment of squamous cell carcinoma of the anus. Sur Gynecol Obstet: 1979;148:576-580.
- 13.- Nigro ND,Vaitkevicius VK,Considine B Jr:Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. Dis Colon Rectum 1974;17:354-356.

- 14.- Nigro ND, Vaitkevicius VK, Borokey T, Bradley GT, Considine B: Combined Therapy for Cancer of the Anal canal: Dis colon rectum, 1981;24:73-75.
- 15.- Borokey TR, Nigro MD, Bratkly g., Pelok L, C homchal, C. M:D: y cols: Combined Therapy for cancer of the anal canal: Dis colon & rectum 1977, vol 20 num 8:677-678.,
- 16.- Nigro D. MD., Gunter Seydel, MD, MS, FACR y cols: Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of anal canal. Cancer 1983, 51:1826-1829.
- 17.- Miller J. MD, Stuard H.Q. MD, y cols. tretatment of squamous cell carcinoma of the anal canal.: Cancer 1991, 67:2038-2041.
- 18.- Dabiel B. Frost, MD, Peter C <Richards, MD et. all. Epidermolide cancer of the anorectum. Cancer 1984;53:1285-1293.
19. Marchall S. Flam. MD. Madhu John MD. Leonard J. Loyalvo, MD. et. all. Definitive Nonsurgical therapy of epithelial malignancies of the anal colon. Cancer 1983;51:1378-1387.
- 20.- Tanun G, Tvit K, Karisen KO, Hauer-Jensen M. Chemotherapy and Radiation Therapy for Anal Carcinoma Survival and late Morbidity. Cancer 1991; 67:2462-2466.
- 21.- Doci R, Zucali, Roberto Zucali, Gaudencio La monica, Emanuele Meroni, et. all. Primary chemoradiation therapy with Fluorouracil and Cisplatin for cancer of the anus : Results in 35 consecutive patients. Journal of clinical oncology 1996;12:3121-3126.
- 22.- Bernard cummings, mb, FRCP (C), Thomas Keane, MB, y cols: Results and toxicity of the treatment of anal canal carcinoma by radiation therapy or radiation therapy and chemotherapy. Cancer 1984; 64:2062-2068.