

Carcinoma epidermoide del margen anal contra calidad de vida

Epidermoid carcinoma of the anal margin against the quality of life

Dr. Miguel A. Reyes Argudín^I, Dra. Ibis Beltrán Pérez^{II}, Dr. Yoel Navarro Garvey^I, Dr. Javier Jesús Suárez Rivera^I

^I Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La calidad de vida de los pacientes debe tenerse en cuenta. Esta representa el resultado final de la actuación médica desde la perspectiva del paciente. En ocasiones solo nos basamos en este criterio para tomar decisiones terapéuticas ante determinadas enfermedades, como el carcinoma epidermoide de margen anal en estadio terminal. El tratamiento y conducta con fines paliativos tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de estas personas. Presentamos el caso de paciente varón de 48 años de edad que acude a consulta por presentar lesión en el ano que no le permitía sentarse y después de realizársele todo el estudio necesario para determinar su diagnóstico definitivo (carcinoma epidermoide de ano) evaluarlo y determinar el tratamiento requerido para el grado de la enfermedad, nos percatamos que el tratamiento radical no cambiaba la evolución de su estado y se decide tratamiento paliativo para mejorar la calidad de vida. En ocasiones acuden a consulta pacientes que al culminar su estudio, obtienen el diagnóstico de una enfermedad avanzada y es, a partir de este momento, que nuestro pensamiento médico debe cambiar y encaminar nuestros esfuerzos a mejorar la calidad de vida y no llevarlos a un final tormentoso con el objetivo de revertir la evolución de una enfermedad que no tiene regresión.

Palabras clave: carcinoma epidermoide, margen anal, contra, calidad de vida.

ABSTRACT

The quality of life of patients should be always borne in mind since it represents the final outcome of medical performance from the viewpoint of the patient. Occasionally, this is the only element that we have at our disposal to make therapeutic decisions in order to manage certain diseases such as terminal epidermoid carcinoma of the anal margin. The treatment and the behavior for palliative care are aimed at improving the quality of life of these patients. This is the case of 48 years-old male who went to the doctor's because he presented with anal injure that prevents him from seating. After making all the necessary tests to arrive to a final diagnosis (epidermoid carcinoma of the anus), to assess him and to indicate the required treatment according to the extent of disease, we realized that the radical treatment would not change his condition and then we decided to apply palliative treatment to improve his quality of life. Some patients come to this service, and after being fully examined, they are diagnosed with advanced disease. From this moment on, our medical thinking should change to direct our efforts to the improvement of their quality of life rather than to guide them to a stormy end to reverse the progression of a disease that has no regression.

Keywords: epidermoid carcinoma, anal margin, against, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Se define como calidad de vida a un sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida. Desde tiempos remotos, en la relación médico-paciente había unas valoraciones subjetivas, tanto del médico como del paciente, sobre la pérdida de salud por una enfermedad y sobre la mejoría de una determinada actuación terapéutica.¹ Aunque la evaluación del médico se considerara adecuada, sólo podría referirse a impresiones subjetivas y éstas no pueden reflejar bien el complejo conjunto de sensaciones del paciente que condicionan su sentimiento de tener o no tener una buena salud y calidad de vida, entendida en el sentido más amplio.² La concepción moderna de compartir responsabilidades con el paciente en cuanto a las decisiones que afecten a su salud, contemplada en la actualidad en todos los códigos de ética modernos, se deriva a su vez la necesidad de interpretar al paciente de la forma más objetiva posible respecto a la percepción de su calidad de vida en un momento concreto del proceso evolutivo de la enfermedad que le afecta y que pueda servir de base para una evaluación posterior.³ En el año 1947 *Karnofsky y Burchenal*⁴ introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. No fue hasta 1952 y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica.

El cáncer de ano representa alrededor del 1,5 % de todos los tumores malignos del tubo digestivo. Es una afección poco frecuente, pero hay un aumento en los últimos años. Estudios epidemiológicos demostraron que su desarrollo está asociado al virus del papiloma humano (HPV) agente de transmisión sexual.^{5,6}

La variedad histológica más frecuente es el carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide). Los tumores malignos del canal anal son tres a cuatro veces más frecuentes que los del margen anal. La edad media de diagnóstico se encuentra entre los 60 y 65 años, con variaciones geográficas en la tasa de incidencia y los tipos histológicos.^{7,8}

El carcinoma escamoso de ano es aproximadamente 1,5 a 4 veces más frecuente en las mujeres, diferencia que está disminuyendo progresivamente. Los cánceres perianales ocurren con una frecuencia aproximadamente igual en ambos sexos.⁹⁻¹¹

El tratamiento combinado con quimioterapia más radioterapia permite obtener la curación en más de la mitad de los pacientes con una supervivencia global a cinco años del 65 % al 75 %.

Las manifestaciones más frecuentes del cáncer de ano son la hemorragia, el dolor y la molestia anal. También se observan cambios en el hábito evacuatorio, secreción, prurito y sensación de masa ocupante. Estos síntomas no son específicos de la afección, ya que resultan comunes a otras lesiones no malignas. Es frecuente la asociación de cáncer de ano con lesiones benignas de la región anal y muchas veces el diagnóstico de neoplasia se ve demorado por atribuirse sus manifestaciones a esas lesiones benignas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 48 años de edad, de la raza negra.

Antecedentes patológicos personales: trombosis venosa profunda bilateral de miembros inferiores.

Metástasis pulmonar bilateral.

Motivo de consulta: aumento de volumen anal.

Historia de la enfermedad actual: acudió a la consulta aquejando aumento de volumen en el ano de largo tiempo de evolución el cual le dificultaba sentarse. No asistía por pena y temor.

Examen físico: anorrectal.

Inspección: lesión irregular, vegetante, rosada, de aproximadamente 10 cm de diámetro, originada en las márgenes del ano (Fig. 1).

Palpación: lesión de consistencia dura, superficie irregular y fija a la piel.

Examen digital rectal: esfínter de buen tono, no tumoración palpable en conducto anorrectal.



Fig. 1. Lesión tumoral(A,B,C).

Regiones inguinales

Inspección: se observa aumento de volumen bilateral.

Palpación: se constatan adenomegalias bilaterales, adheridas a planos profundos, duras, discretamente dolorosa.

Estudios paraclínicos

Rectosigmoidoscopia rígida: hasta los 20 cm del borde anal, la mucosa de aspecto normal.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis: evidenció adenomegalias múltiples en ambas regiones inguinales, así como pequeñas calcificaciones en la grasa perirrectales.

Estudio histopatológico: carcinoma epidermoide diferenciado.

Conducta: recibió radio-quimioterapia neoadyuvante sin resultados satisfactorios.

Se realizó resección quirúrgica paliativa ([Fig. 2](#)).

Posoperatorio a los 45 días ([Fig. 3](#)).

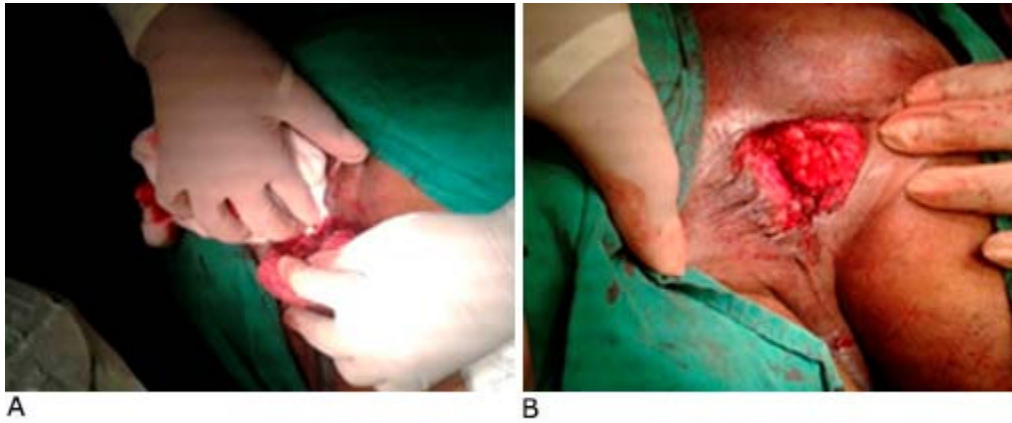


Fig. 2. Resección quirúrgica.



Fig. 3. Postoperatorio a los 45 días.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide anal puede presentarse en dos localizaciones anatómicas: el conducto anal en 85 % de los pacientes y el margen anal en 15 % de los casos.¹² En los últimos años ha existido un cambio importante en los conceptos de fisiopatogenia del carcinoma de células escamosas del ano. Hace apenas unos cuarenta años se pensaba que el factor etiológico más constante en este tipo de neoplasia era la inflamación crónica y los tratamientos se basaban en resecciones extensas, incluyendo la resección abdominoperineal con colostomías permanentes.^{13,14}

A finales de la década de los años setenta (siglo XX), se comenzó a sospechar del papel que tenían los virus en estas neoplasias.¹⁵ Hoy se admite que la aparición del carcinoma de células escamosas del ano se relaciona con la infección de ciertos serotipos de virus del papiloma humano (VPH).¹⁶

El carcinoma epidermoide del margen anal se presenta generalmente como un tumor vegetante en esta región y se acompaña de hemorragia y dolor; incluso lesiones pequeñas pueden producir síntomas locales intensos, por lo que su identificación temprana debería ser sencilla. Desafortunadamente, estos síntomas son a menudo

atribuidos —erróneamente— a la presencia de enfermedad hemorroidal o en múltiples ocasiones no se le atribuye a ninguna enfermedad, con la consecuente demora en el diagnóstico y el tratamiento, como sucedió con este paciente. El cáncer epidermoide del margen anal que no recibe tratamiento se disemina y extiende localmente hacia los tejidos adyacentes y a los órganos del piso pélvico. Se puede decir que la quimioradioterapia ha reemplazado a la cirugía radical como el tratamiento de elección para el carcinoma epidermoide del margen anal, este tratamiento es satisfactorio en las etapas tempranas de la enfermedad (estadios 1 y 2).

En este caso, encontramos un paciente joven de 48 años de edad, con estadio cuatro de su enfermedad, determinado por el tamaño de la lesión tumoral, con metástasis local pélvica y a distancia (metástasis pulmonar bilateral). La conducta tomada fue brindar tratamiento paliativo con el objetivo de mejorar su calidad de vida.¹⁷ Intentos de realizar otro tipo de tratamiento hubiera tenido resultados insuficientes, llevándolo a situaciones y momentos dolorosos sin cumplir objetivos curativos, decisión esta que fue tomada con el análisis y el total acuerdo entre médicos, familiares y el paciente. Este último constituye el eslabón más importante en lo que respecta a la toma de decisiones sobre las conductas hacia su persona y lograr su satisfacción con la atención recibida.

En ocasiones acuden a consulta pacientes con enfermedades anarcoproliferativas en estado terminal que al culminar su estudio, obtienen el diagnóstico de una enfermedad avanzada, y es a partir de este momento, que nuestro pensamiento médico debe cambiar y encaminar nuestros esfuerzos a mejorar la calidad de vida y no llevarlos a un final tormentoso con el objetivo de revertir la evolución de una enfermedad que no tiene regresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eisen GM, Locke GR, Provenzale D. Health-Related Quality of Life: a primer for gastroenterologists. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:2017-21.
2. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1989;262:907-13.
3. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *Sci World J.* 2003;3:1030-40.
4. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: Macleod CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents.* New York: Columbia. 1947; p. 37-56.
5. Human papillomavirus-associated cancers united states, 2004-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012;61:258-61.
6. Machalek DA, Poynten M, Jin F. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2012;13:487-500.

7. Wentzensen N. screening for anal cancer: endpoints need. *Lancet Oncol.* 2012;13:438-40.
8. Palesfsky J, Berry JM, Jay N. Anal screening. *Lancet Oncol.* 2012;13:e279-80.
9. Silverberg MJ, Lau B, Justice AC, Engels E, Gill MJ. Risk of anal cancer in HIV infected and HIV uninfected individuals in North America. *Clin Infect Dis.* 2012 Apr;54(7):1026-34. doi: 10.1093/cid/cir1012. Epub. 2012 Jan 30.
10. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. 2013. *Ca: Cancer Journal for Clin.* 2013;62:10-29.
11. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer Jr Clin.* 2014;64:9-29.
12. Gervaz P, Allal AS, Villiger P, Büibler L, Morel P. Squamous cell carcinoma of the anus: another sexually transmitted disease. *Swiss Med Wkly.* 2003;133:353-9.
13. Ryan DP, Comptom CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med.* 2000;11:792-8.
14. Steele SR, Varma MG, Melton GB. Practice parameters for anal squamous neoplasms. *Dis Colon Rectum.* 2012;55:735-49.
15. Corti M, Villafañe MF, Marona E, Lewi D. Anal squamous carcinoma: a new AIDS-defining cancer? Case report and literature review. *Rev Inst Med Trop. Sao Paulo.* 2012;54(6):345-8.
16. Ryan DP, Mayer RJ. Anal carcinoma: histology, staging, epidemiology, treatment. *Curr Opin Oncol.* 2000;12:345-52.
17. Tang LH, Berlin J, Branton P. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of the anus. 2012 [Citado abril 2014]. Disponible en: http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013
18. Barroso IF. Anal cancer screening. *Lancet Oncol.* 2012;13:e278-29.

Recibido: 6 de junio de 2014.

Aprobado: 19 de agosto de 2014.

Javier Jesús Suárez Rivera. Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba. Correo electrónico: javierjesus2014@yahoo.es