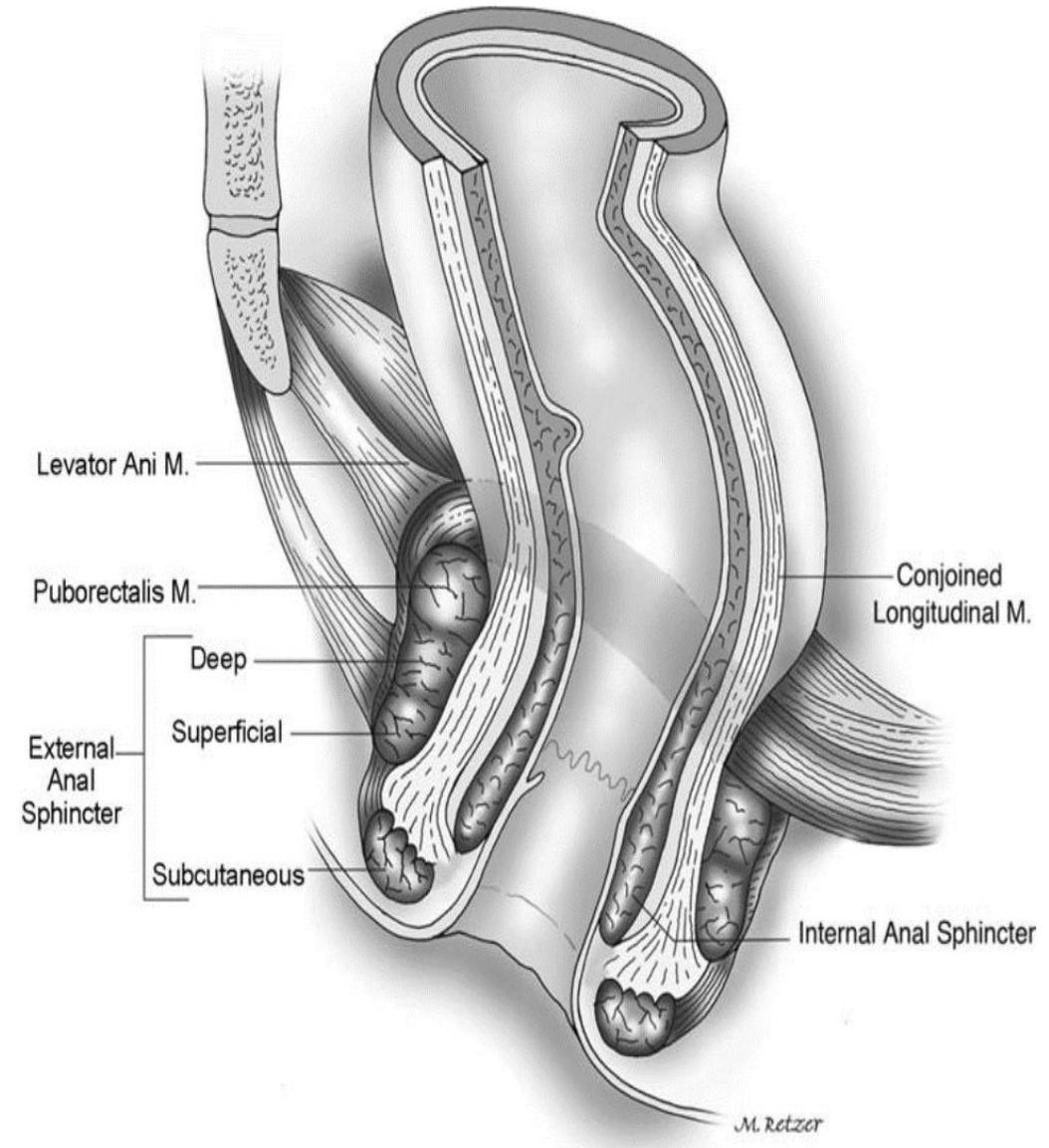


Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

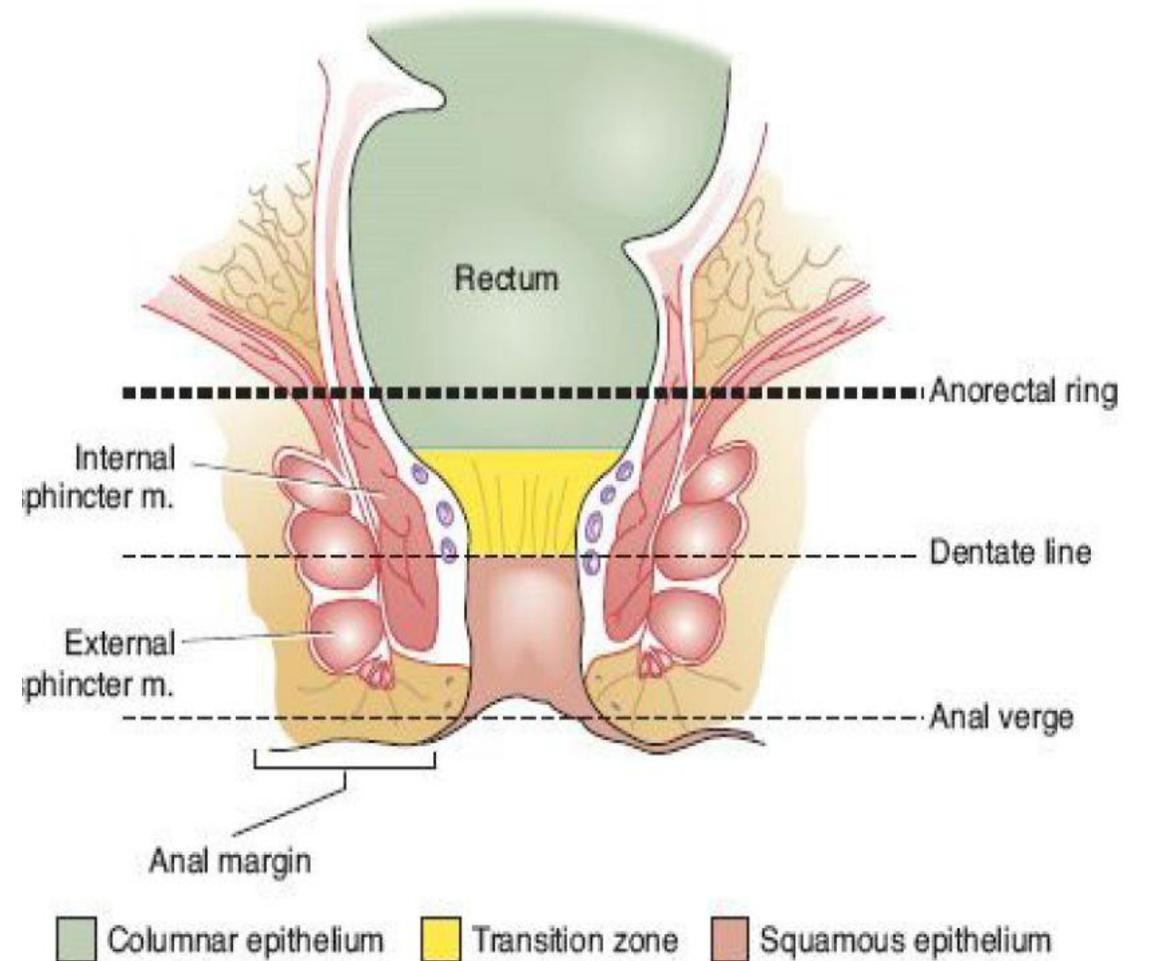
Título: Particularidades en el tratamiento del cáncer de recto y canal anal.

Dr. Carlos Díaz Mayo  
carlos.diaz@infomed.sld.cu

Matanzas, Varadero 2017

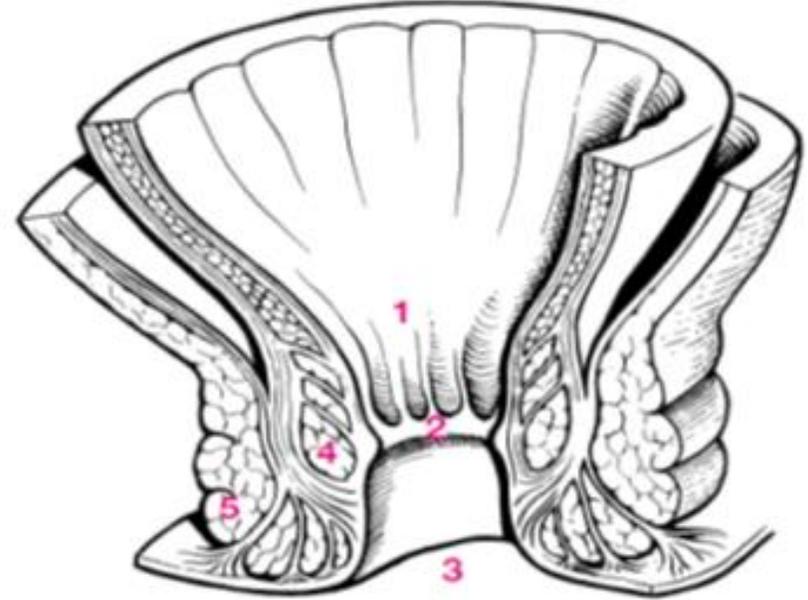


# Consulta Central de Vías Digestivas INOR



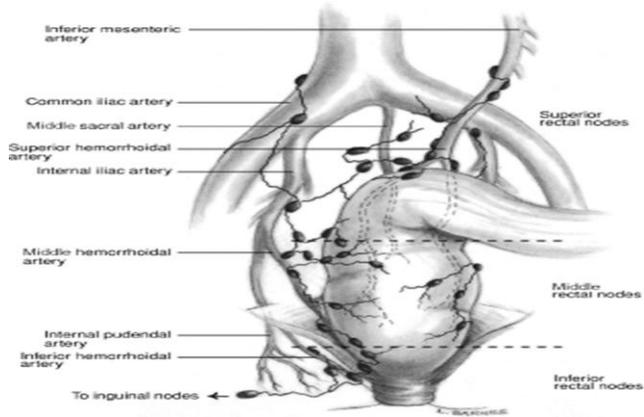
# Cáncer de Canal Anal

- Cáncer del conducto anal
- Cáncer de las márgenes del ano



- 3** Aspecto macroscópico de la mucosa anal.
1. Zona suprapectínea con las columnas de Morgagni.
  2. Línea pectínea donde se encuentran las criptas anales.
  3. Margen anal.
  4. Esfínter interno.
  5. Esfínter externo.

***“a pesar de su escasa longitud, el canal anal produce una gran variedad de tumores, reflejando una estructura anatómica e histológica muy compleja”***



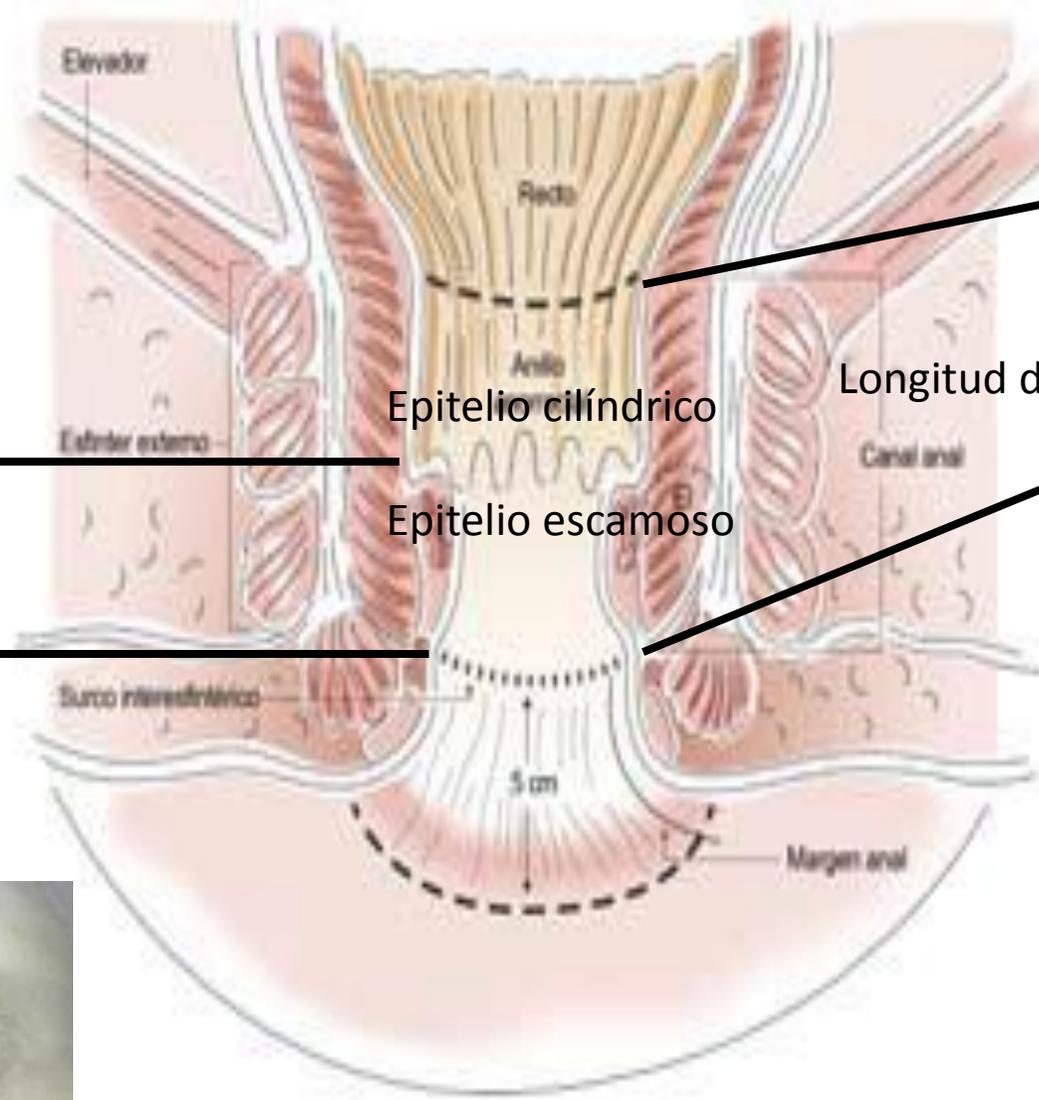
**adenocarcinomas**

Carcinoma epidermoide

Melanomas

Tumores neuroendocrinos

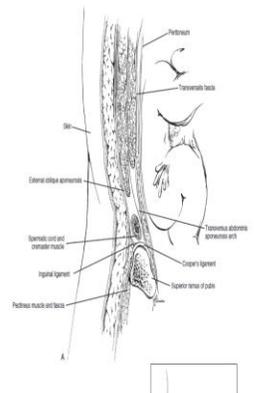
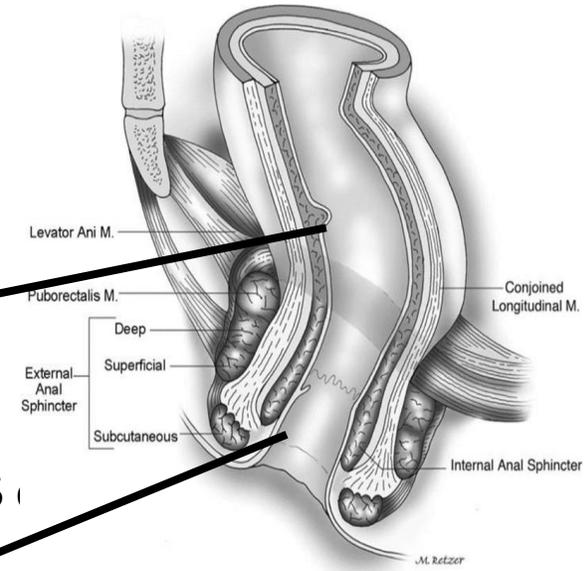
Tumor propio de la piel



Epitelio cilíndrico

Epitelio escamoso

Longitud de 3 a 5 cm



## adenocarcinoma

- Adenocarcinoma colorrectal
- Adenocarcinoma de glándulas anales
- Adenocarcinoma asociado a fístula perianal y procesos inflamatorios crónicos



Enfermedad mas agresiva  
Supervivencia menor  
Tasa de recurrencia mayor



Clínica inespecífica  
Retraso en el diagnóstico  
Localización extramucosa  
Debut como enfermedad  
localmente avanzada  
Drenaje linfático doble

*Estar infectado por el virus del papiloma humano  
( serotipos **16**, 18, 31, 33, y 35)*

*La actividad sexual y la patología anal crónica*

*Carcinoma de cérvix y vulva*

*Inmunosupresión crónica (VIH)*

Tabaquismo

Enfermedad de Crohn

Radioterapia en la región perianal.

**Factores de riesgo**

Neoplasia intraepitelial anal

Neoplasia intraepitelial vulvar

Neoplasia intraepitelial  
cervical



Las neoplasias intraepiteliales consisten en una serie de cambios celulares displásicos y, usualmente, precede al desarrollo de un carcinoma epidermoide invasivo



## Tumor primario (T)

Tx No se puede evaluar el tumor primario

T0 No hay prueba de tumor primario

Tis Carcinoma in situ (AIN III)

T1 El tumor mide  $\leq 2$  cm en su mayor dimensión

T2 El tumor mide  $>2$  cm pero  $\leq 5$  cm en su mayor dimensión

T3 El tumor mide  $>5$  cm en su mayor dimensión

T4 El tumor puede ser de cualquier tamaño e invade los órganos adyacentes: vagina, uretra y vejiga

a No se clasifica como T4 la invasión directa de la pared rectal, la piel perirrectal, el tejido subcutáneo o el músculo del esfínter.

## Ganglios linfáticos regionales (N)

Nx No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales

N0 No hay metástasis en un ganglio linfático regional

N1 Hay metástasis en los ganglios linfáticos perirrectales

N2 Hay metástasis unilaterales en los ganglios iliacos internos y/o inguinales

N3 Hay metástasis en ganglios linfáticos perirrectales e inguinales y/o bilaterales en los ganglios iliacos internos y/o ganglios linfáticos inguinales

## Metástasis a distancia (M)

M0 No hay metástasis a distancia

M1 Hay metástasis a distancia

## Clasificación por estadios

ESTADIO T N M

0 Tis N0 M0

I T1 N0 M0

II T2 N0 M0, T3 N0 M0

IIIA

T1 N1 M0, T2 N1 M0, T3 N1 M0, T4 N0 M0

IIIB

T4 N1 M0, Cualquier T N2 M0, Cualquier T N3 M0

IV Cualquier T Cualquier N M1

## **Biopsia de la lesión primaria:**

- Biopsia escisional amplia en lesiones pequeñas del margen o la piel peri-anal que no comprometan el canal
  - Biopsia por ponche en el resto de las lesiones
- 
- CAAF de adenopatías inguinales sospechosas de metástasis.
  - Biopsia de las lesiones persistentes y recurrentes

## Consideraciones a propósito del tratamiento

- Tratamiento en instituciones especializadas
- Tratamiento en equipos multidisciplinarios.
- Tratamiento estándar combinación de RTP y QTP
- Evaluación de respuesta al tratamiento (seguimiento)
- Cirugía.
  - Como tratamiento primario
  - En la persistencia, la recaída o progresión.
    - En el escenario metastásico.
    - Mejores medidas de soporte.

## **Carcinoma epidermoide en el espécimen de una hemorroidectomía**

Se recomienda el siguiente protocolo:

- 1- Reexaminar al paciente 4 a 6 semanas después que las heridas han cicatrizado, bajo anestesia general y practicar múltiples biopsias.
- 2- Si el resultado de las biopsias es negativo el paciente deberá controlarse cada 3 meses durante un año y biopsiar zonas sospechosas.
- 3- Si no hay recidiva al año el paciente se debe considerar curado. Si la recurrencia se observa, se tratará con escisión local o un protocolo de quimio-radiación para cáncer anal.

## Seguimiento

### Objetivos:

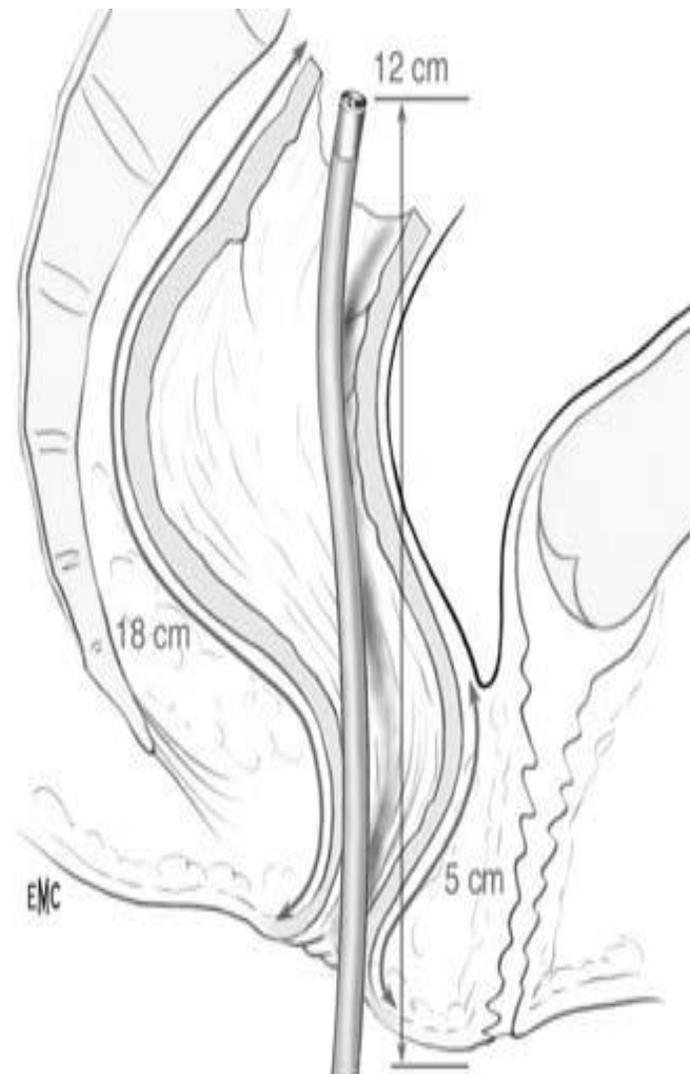
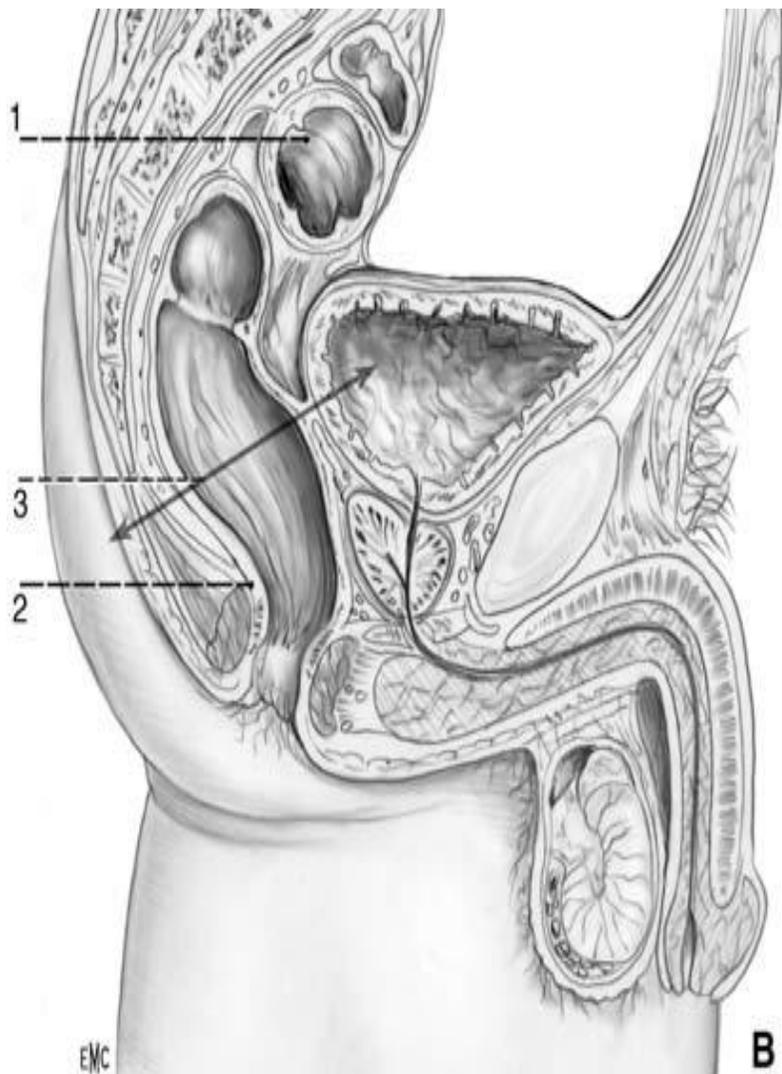
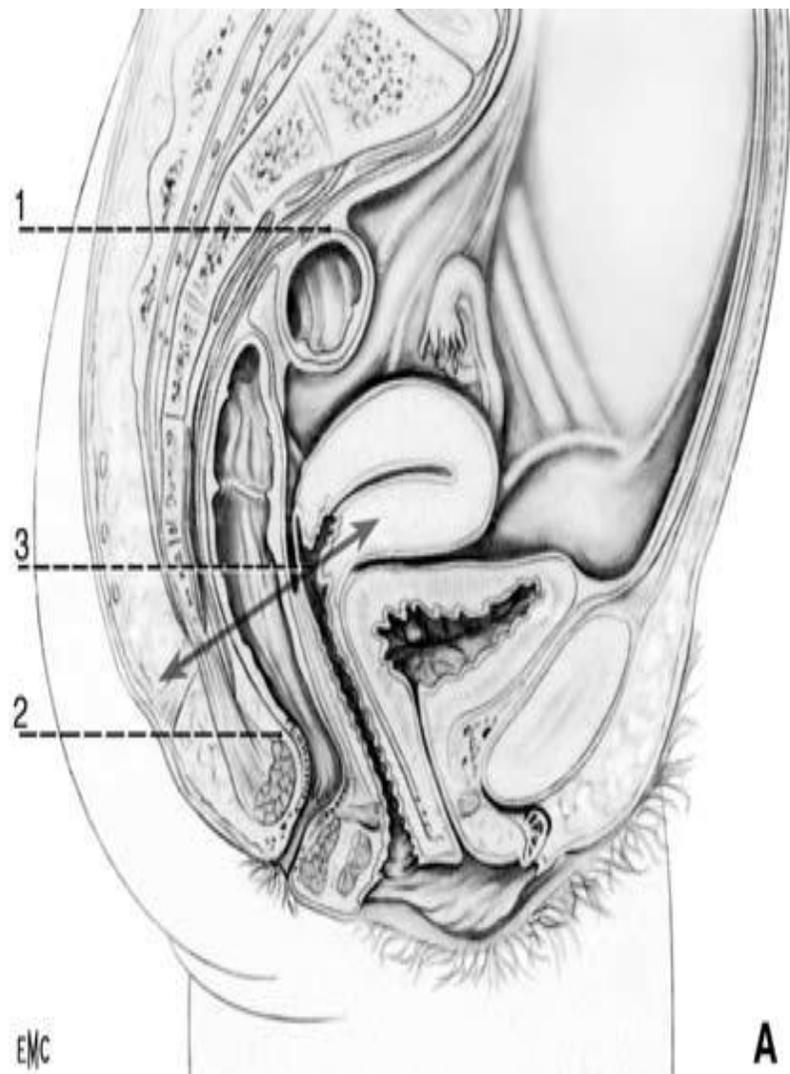
- Evaluar de respuesta objetiva al tratamiento
- Evaluar complicaciones del tratamiento

Entre las 8 y las 12 semanas.

La disminución del tamaño tumoral comienza a partir de la tercera semana y se prolonga hasta la duodécima; la regresión completa puede tardar entre 3 y 6 meses.

**Respuesta completa, enfermedad residual mínima, persistencia, recurrencia, progresión.**

# Cáncer de recto



# Avances en los resultados de la cirugía rectal.

Disminución de la recidiva local

**30% a 5%**

Indicadores de calidad



- la resecabilidad con intención curativa
- la tasa de cirugía conservadora de esfínteres
- la recidiva local
- la supervivencia

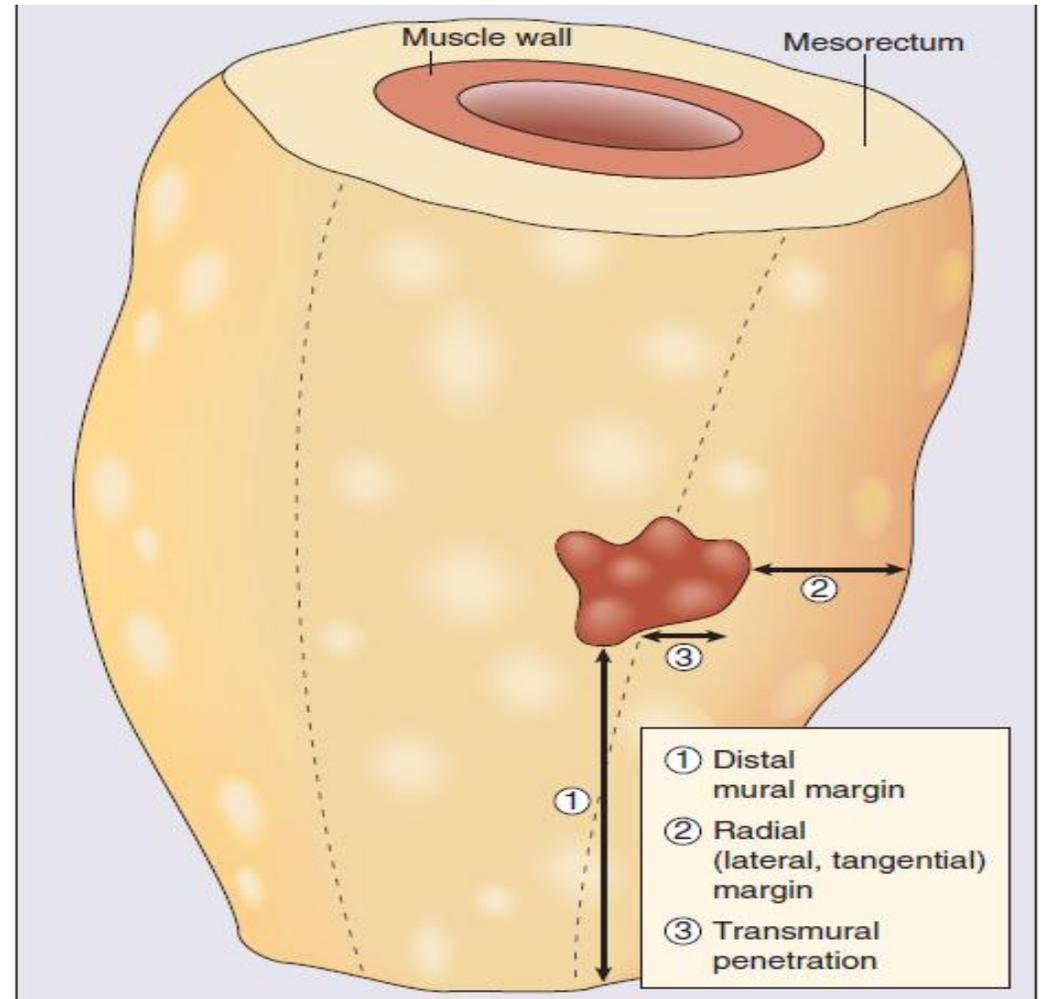
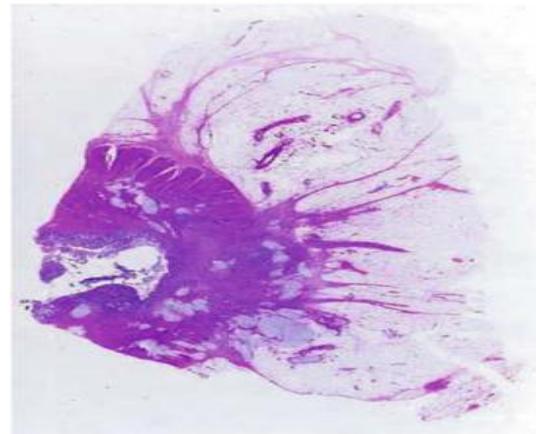
- la escisión total de mesorrecto
- la incorporación de protocolos de quimio y radioterapia neoadyuvante
- la toma de decisiones en el contexto de grupos multidisciplinarios
- la auditoría objetiva con parámetros anatomopatológicos de la calidad del mesorrecto
- la incorporación de nuevos métodos de diagnóstico por imagen, como la RMN para la estratificación previa a la toma de decisiones, en especial la valoración del fascia rectal circunferencia
- la escisión por vía perineal extraelevadora
- el cirujano

**la escisión total de mesorrecto**



# Auditoría objetiva con parámetros anatomopatológicos de la calidad del mesorrecto

## Margen circunferencial



## **Aspectos a incluir en el reporte anatomopatológico**

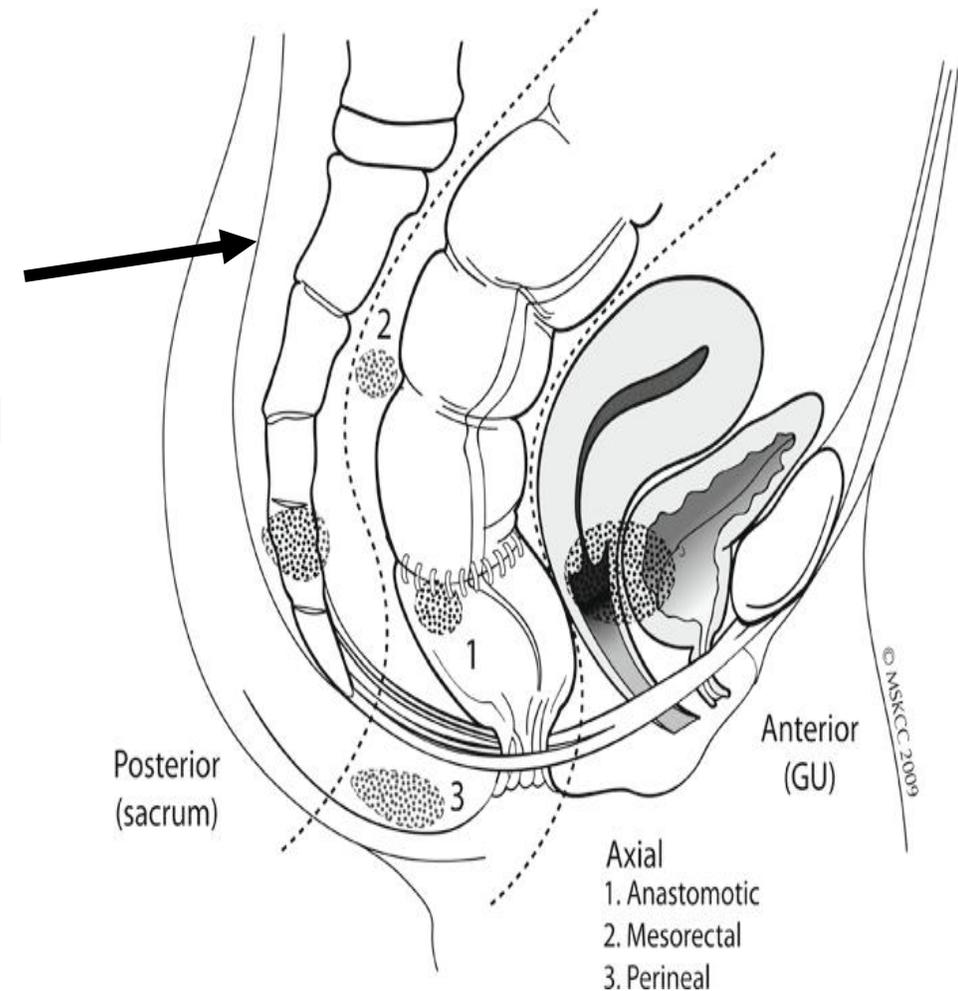
- Descripción de la pieza quirúrgica y el tumor.
- Tipo histológico y variantes histológicas.
- Grado de diferenciación y tamaño tumoral.
- Nivel de infiltración de la pared, grasa perirrectal y serosa. Si hay compromiso de estructuras vecinas, confirmar mediante microscopio.
- Estatus del margen de resección quirúrgica próxima, distal y circunferencial (positivo menor o igual a 1 mm del borde de resección circunferencial).
- Permeancia vascular, linfática y peri neural.
- Reacción inflamatoria peri tumoral.
- Cantidad de ganglios resecados y afectados. (12 ganglios)
- Presencia de metástasis a distancia en otros órganos, sitios o en nódulos linfáticos no regionales.
- Número de depósitos tumorales.
- Efectos del tratamiento neoadyuvante.

## **El cirujano es una variable pronóstica independiente**

- proporción de resecciones curativas
- la tasa de resección abdominoperineal
  - la mortalidad operatoria
  - la morbilidad anastomótica
  - la tasa de recidivas locales
    - la supervivencia
  - la organización institucional
    - el control esfinteriano
  - la disfunción sexual eréctil

## Otros aportes

- tratamiento en el escenario metastásico
- la cirugía de los T4 y resecciones multiviscerales
- tratamiento de las metástasis hepáticas
- el tratamiento integrado de la carcinosis peritoneal
- las posibilidades de reconstrucción del suelo pélvico
- Cirugía robótica.
- Ganglio centinela
- Radioterapia intraoperatoria.



# Técnicas quirúrgicas

## **Recto alto:**

Hemicolectomía izquierda con 5 cm de margen distal

## **Recto bajo:**

Resección abdomoniperianal de Milles.

Técnicas de conservación de esfínter:

- Resección anterior baja con anastomosis colorrectal
- Resección ultrabaja con anastomosis coloanal
- TEM

## TEM

- < 30 % de la circunferencia rectal.
- < de 3 cm de tamaño.
- Márgenes libres > de 3 mm.
- Hasta 8 cm del margen anal.
- T1 solamente.
- Pólipo resecado endoscópicamente con cáncer o afección indeterminada.
- No invasión linfovascular o perineural.
- Bien o moderadamente diferenciado.
- No evidencias de linfadenopatías antes del tratamiento

## Resumen

- Destacar la importancia y necesidad del trabajo en equipo
- Disponer de los recursos de diagnóstico y tratamiento para esta localización
- Concentrar el tratamiento y seguimiento de estos enfermos en pocos y muy especializados centros
- Consensuar una adecuada nomenclatura de los tumores de recto en el país.
- Brindar información sobre la calidad del mesorrecto extirpado ( margen circunferencial)
- Auditar los resultados del tratamiento.
- Intercambio interinstitucional.