

Cirugía y neoplasia anal ¿Cuándo operar?

Surgery and anal neoplasia: when to operate?

Valdés Hernández J

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El Carcinoma anal es una patología poco frecuente en la que la cirugía no juega un papel fundamental en el abordaje terapéutico inicial, siendo el tratamiento oncológico sistémico la primera opción terapéutica.

Sin embargo, dado que existe un aumento anual constante tanto en la incidencia de esta patología, así como un incremento en la morbi-mortalidad debido a ella, el abordaje quirúrgico va a jugar un papel cada vez más importante.

Bajo el epígrafe de carcinoma anal existen varios diagnósticos que pueden aparecer, como el melanoma, el tumor basocelular, tumores GIST etc. pero el carcinoma escamoso anal es el más frecuente, y este aumento en la incidencia está principalmente

relacionado con la asociación de este tipo de carcinoma a la infección por el HPV (principalmente el subtipo HPV 16). Otras causas para el aumento de la incidencia son la infección concomitante con HIV y la inmunosupresión¹.

ABORDAJE QUIRÚRGICO COMO TRATAMIENTO INICIAL DEL CARCINOMA ANAL

En el esquema de tratamiento, la cirugía rara vez se considera un tratamiento de primera línea, aunque hay alguna situación en la que sí juega un papel como tratamiento inicial.

Ca anal de margen anal:

En el Ca. Anal que afecta al margen anal (área pigmentada rodeando inmediatamente el orificio anal y que se extiende lateralmente hasta aprox 5cm), en tumores precoces (T0-T1,NO,M0) la resección quirúrgica puede ser curativa y es el tratamiento de elección².

CORRESPONDENCIA

Javier Valdés Hernández
Hospital Universitario Virgen Macarena
41009 Sevilla
valdeshernandez@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Valdés Hernández J. Cirugía y neoplasia anal ¿Cuándo operar? Cir Andalu. 2024;35(3):377-379. DOI: 10.37351/2024353.20

El objetivo fundamental de esta resección local es conseguir un margen de resección R0. Para ello es fundamental conseguir un margen de resección macroscópico libre, y por ello es preciso conseguir al menos 0,5 cm, aunque la mayoría de los estudios lo suben a 1 cm al menos de margen de resección macroscópico. Aun así, es bastante frecuente que las piezas de resección muestren tasas de resección R1 nada desdeñables (en torno al 20-40%) de los casos, y en estos casos, volver a plantear una resección quirúrgica no es habitualmente la mejor opción, dadas las escasas posibilidades de conseguir una resección curativa y el aumento de la morbilidad asociada, siendo en estos casos el tratamiento sistémico la mejor opción terapéutica en la mayoría de los pacientes³.

Indudablemente, para conseguir unos buenos márgenes de resección, es necesario realizar resecciones locales amplias, por lo que es relativamente frecuente que haya que recurrir a injertos o colgajos para cubrir estos defectos, ya sean colgajos de avance V-Y uni o bilaterales u otro tipo de colgajos como los IPAP (dependientes de las perforantes de la pudenda interna).

Otras indicaciones de tratamiento quirúrgico como primera opción en el Ca anal:

En ocasiones es preciso realizar tratamientos quirúrgicos antes de iniciar la terapia sistémica del Ca anal, ya sea por la presencia de obstrucción intestinal, incontinencia fecal o dolor asociado, precisando realizar una colostomía pre-tratamiento.

En estos casos es importante informar correctamente a los pacientes de la casi total seguridad de tratarse de una colostomía definitiva, y habría que valorar la realización de una colostomía terminal (mejor que lateral para evitar futuras complicaciones).

También en ocasiones es preciso plantear la necesidad de realizar una colostomía en caso de tratamientos paliativos y en enfermedad metastásica⁴.

También debemos recurrir a tratamientos quirúrgico a nivel local para tratar algunas lesiones a nivel anal que, o bien sean susceptibles de resección tras fallo de tratamiento tópico, o bien por la presencia de condilomas que requieran tratamiento quirúrgico como la presencia de un tumor de Bushke- Lowenstein⁵.

ABORDAJE QUIRÚRGICO TRAS TRATAMIENTO SISTÉMICO

El tratamiento de elección del Ca anal es la Radio-Quimioterapia, y la cirugía resectiva aparece como una opción de tratamiento en varios supuestos, como son la recurrencia, la persistencia del tumor o la progresión tras tratamiento sistémico².

Con respecto a la persistencia del tumor, hay que tener presente que, tras tratamiento sistémico, debemos ser pacientes antes de plantear una resección quirúrgica.

Es conveniente valorar la respuesta completa no antes de las 8-12 semanas y en caso de existir persistencia, es aconsejable esperar al menos hasta los 6 meses, ya que hasta un 21% de los pacientes con persistencia a las 11 semanas consiguieron respuesta completa a las

26 semanas como se describe en el ensayo clínico prospectivo de Glynne-Jones *et al*⁶.

Una vez decidida la resección quirúrgica, la amputación abdomino perineal es el tratamiento habitual de elección para estos pacientes, ya que permite controlar la enfermedad a nivel local así como a nivel ganglionar.

Sin embargo, en el caso del carcinoma anal, en ocasiones es necesario ser más agresivo a nivel de la resección perineal, debido a la afectación del margen anal.

Además, debido a que en ocasiones el tumor puede afectar a la cara posterior de la vagina o la próstata en el varón, con bastante frecuencia es necesario recurrir a resecciones ampliadas para tratar de conseguir el objetivo principal del tratamiento quirúrgico de estos pacientes, que es la resección R0, ya sea una exenteración pélvica posterior o total^{7,8}.

Mediante este abordaje quirúrgico agresivo, se pueden lograr buenos resultados en centros con experiencia, consiguiendo tasas de resección R0 en torno al 75%, pero asumiendo la necesidad de asociar resección ampliadas, así como una morbimortalidad importante⁸.

El hecho de tener que ser agresivos tanto a nivel de tener que asociar resecciones ampliadas a nivel de la pelvis, así como a nivel de periné, ocasiona que tengamos que recurrir a diversas técnicas de reconstrucción y cobertura de los defectos generados, tanto para rellenar la pelvis como para cerrar el defecto perineal.

Existen múltiples opciones de reconstrucción, siendo difícil sacar conclusiones sobre la mejor opción terapéutica, ya sea cierre primario, omentoplastia, reconstrucción con malla etc⁹.

Quizás los colgajos de transposición de recto anterior puedan ser una buena opción de tratamiento en estos pacientes, ya que permiten rellenar tanto el defecto asociado en la pelvis como el defecto perineal, aunque debe individualizarse la mejor opción terapéutica para cada paciente¹⁰.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el carcinoma anal está aumentando su incidencia de forma importante, y pese a que el tratamiento quirúrgico no es la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos, debemos conocer las indicaciones y las distintas técnicas resectivas y de reconstrucción para poder ofrecer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible e individualizado en cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eng C, Ciombor KK, Cho M, Dorth JA, Rajdev LN, Horowitz DP, Gollub MJ, Jácome AA, Lockney NA, Muldoon RL, Washington MK, O'Brian BA, Benny A, Lebeck Lee CM, Benson AB 3rd, Goodman KA, Morris VK. Anal Cancer: Emerging Standards in a Rare Disease. *J Clin Oncol*. 2022 Aug 20;40(24):2774-2788. doi: 10.1200/JCO.21.02566. Epub 2022 Jun 1. PMID: 35649196.

2. Rao S, Guren MG, Khan K, Brown G, Renehan AG, Steigen SE, Deutsch E, Martinelli E, Arnold D; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Ann Oncol*. 2021 Sep;32(9):1087-1100. doi: 10.1016/j.annonc.2021.06.015. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34175386.
3. Muirhead R, Partridge M, Hawkins MA. A tumor control probability model for anal squamous cell carcinoma. *Radiother Oncol*. 2015 Aug;116(2):192-6. doi: 10.1016/j.radonc.2015.07.014. Epub 2015 Aug 1. PMID: 26243680.
4. Karlekar M, Almhanna K, Guyer D. Palliative care in colorectal and anal malignancies from diagnosis to death. *Ann Palliat Med*. 2023 Nov;12(6):1382-1395. doi: 10.21037/apm-22-1390. Epub 2023 Sep 20. PMID: 37731305.
5. Ates M, Akbulut S, Tuncer A, Sahin E, Karabulut E, Sarici KB. Squamous Cell Carcinoma Arising from Perianal Buschke-Lowenstein Tumor (Giant Condyloma Acuminatum): Comprehensive Literature Review. *J Gastrointest Cancer*. 2022 Dec;53(4):1083-1092. doi: 10.1007/s12029-021-00713-y. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34694593.
6. Glynn-Jones R, Sebag-Montefiore D, Meadows HM, Cunningham D, Begum R, Adab F, Benstead K, Harte RJ, Stewart J, Beare S, Hackshaw A, Kadalayil L; ACT II study group. Best time to assess complete clinical response after chemoradiotherapy in squamous cell carcinoma of the anus (ACT II): a post-hoc analysis of randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2017 Mar;18(3):347-356. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30071-2. Epub 2017 Feb 11. Erratum in: *Lancet Oncol*. 2017 Apr;18(4):e196. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30173-0. Erratum in: *Lancet Oncol*. 2020 Nov;21(11):e518. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30583-0. PMID: 28209296; PMCID: PMC5337624.
7. Renehan AG, O'Dwyer ST. Management of local disease relapse. *Colorectal Dis*. 2011 Feb;13 Suppl 1:44-52. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02500.x. PMID: 21251173.
8. Quyn AJ, Murthy S, Gould L, Said H, Tiernan J, Sagar P, Antoniou A, Jenkins I, Burns EM. Clinical and oncological outcomes of pelvic exenteration surgery for anal squamous cell carcinoma. *Colorectal Dis*. 2023 Nov;25(11):2131-2138. doi: 10.1111/codi.16736. Epub 2023 Sep 27. PMID: 37753947.
9. Riva CG, Kelly ME, Vitellaro M, Rottoli M, Aiolfi A, Ferrari D, Bonitta G, Rausa E. A comparison of surgical techniques for perineal wound closure following perineal excision: a systematic review and network meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2023 Dec;27(12):1351-1366. doi: 10.1007/s10151-023-02868-1. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37843643.
10. Liu J, Fu C, Chen Z, Li G. Perineal wound complications after vertical rectus abdominis myocutaneous flap and mesh closure following abdominoperineal surgery and pelvic exenteration of anal and rectal cancers: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2023 Dec;20(10):3963-3973. doi: 10.1111/iwj.14284. Epub 2023 Aug 4. PMID: 37539486; PMCID: PMC10681467.