

Adenocarcinoma mucinoso en fístula perianal de largo tiempo de evolución tratado mediante QT-RT neoadyuvante y amputación abdominoperineal laparoscópica

Javier Ibáñez^a, José M. Erro^a, Francisca Aranda^a, María Luz Almendral^b, Carla Valenti^c y Miguel Echenique-Elizondo^d

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa. País Vasco. España.

^bServicio de Gastroenterología. Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa. País Vasco. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa. País Vasco. España.

^dDepartamento de Cirugía. Universidad del País Vasco. San Sebastián. Guipúzcoa. País Vasco. España.

Resumen

Paciente varón con una fístula perianal de 30 años de evolución tratado en varias ocasiones. Presentó un adenocarcinoma mucoide anal.

Fue tratado con quimioterapia (5-FU y leucovorín) y radioterapia externa de forma preoperatoria y amputación abdominoperineal laparoscópica asistida.

El adenocarcinoma mucoide sobre fístula perianal crónica es un proceso infrecuente y de diagnóstico tardío asociado a un mal pronóstico.

MUCINOUS ADENOCARCINOMA ON CHRONIC PERIANAL FISTULA TREATED BY NEOADYUVANT CHEMORADIOThERAPY AND LAPAROSCOPY-ASSISTED ABDOMINOPERINEAL AMPUTATION

We present a male patient with a perianal fistula of 30 years' duration that had been treated on several occasions. The patient presented with mucoid anal adenocarcinoma.

He was treated with preoperative neoadjuvant chemotherapy (5-FU and leucovorin) and external radiation therapy plus laparoscopy-assisted abdominoperineal amputation.

Mucoid adenocarcinoma on chronic perianal fistula is an infrequent process. Late diagnosis is associated with a poor prognosis.

Key words: Adenocarcinoma. Fistula. Perianal. Mucoid.

Palabras clave: Carcinoma. Fístula. Perianal. Mucoide.

Introducción

El carcinoma anal es un proceso infrecuente y correspondiente a una variante rara de los tumores epiteliales del canal anal. La fístula perianal de larga evolución está considerada como una lesión premaligna. La fístula anal crónica se asocia con transformación maligna en adenocarcinoma mucinoso, habitualmente difícil de diagnosticar.

car y asociado a un mal pronóstico¹. Existen únicamente descripciones aisladas en la bibliografía².

Caso clínico

Paciente de 62 años de edad, operado en los últimos 30 años en tres ocasiones de fístula perianal. En junio de 2004 ingresa de urgencia en nuestro servicio por presentar fístula perianal abscesificada, con gran componente inflamatorio y fiebre. En la exploración quirúrgica se obtiene escasa cantidad de material purulento y, dadas la característica leñosa del flemón perifistuloso, se toman muestras para estudio anatomo-patológico, que diagnostica adenocarcinoma mucoide.

La colonoscopia muestra dos pólipos tubulovellosos, uno de 6 cm de diámetro y otro de 1 cm, a 12 y 19 cm del margen anal, respectivamente.

La tomografía computarizada helicoidal toracoabdominopélvica muestra la masa perianal izquierda de unos 5 x 4 cm, así como el polí-

Correspondencia: Dr. M. Echenique-Elizondo
Departamento de Cirugía. Universidad del País Vasco.
Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
San Sebastián. Guipúzcoa. País Vasco. España.
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es



Fig. 1. Trayecto fistuloso abierto: aspecto macroscópico.

po situado a 12 cm sin adenopatías sospechosas ni metástasis a distancia, hallazgos que confirma la resonancia magnética.

Con el diagnóstico de adenocarcinoma primario sobre fístula perianal o extensión perianal de adenocarcinoma rectal, se propone quimioterapia y radioterapia de ciclo largo neoadyuvante durante 5 semanas, descanso de 5 semanas y cirugía radical.

Se realiza radioterapia sobre pelvis menor, incluyendo el tumor perianal, para fotones de 6 MV y sobre cuatro campos isocéntricos conformados con Pb a dosis de 1,8 Gy/diam, 9 Gy/semana, hasta alcanzarse una dosis de 45 Gy en 5 semanas. El mismo día se inició el tratamiento quimioterapéutico con 5-FU y leucovorín, ciclo que se repitió durante la última semana de la radioterapia.

El tumor perianal respondió al tratamiento, reduciéndose su tamaño en un 50%.

El 31 de agosto de 2004 se realiza amputación abdominoperineal laparoscópica, resecando ampliamente la región isquiorrectal izquierda, finalizando la intervención mediante un empacamiento perineal.

El postoperatorio evolucionó sin complicaciones, y cada 48 h se realizaron curas del perineo bajo sedación durante los primeros 12 días, siendo dado de alta al 23 día p.o. para continuar ambulatoriamente con las curas perineales.

Macroscópicamente (fig. 1) se observa que el gran pólipo es blando, sin aspecto de malignidad y se encuentra a distancia de la fístula perianal. El informe anatomo-patológico fue de adenocarcinoma coloide en trayecto fistuloso perianal sin afectación ganglionar y dos adenomas tubulovellosos, el mayor de ellos con displasia grave y el menor con leve.

El enfermo continúa en control sin evidencia de enfermedad pasados 2 años tras la intervención.

Discusión

El adenocarcinoma mucinoso de localización perianal constituye entre el 3 y el 11% de todos carcinomas anales³. Puede surgir *de novo* o a partir de una cavidad de una fístula o absceso. La relación etiológica exacta con fístula anal no se establece claramente. El recto superior generalmente no se encuentra afectado⁴. Es un cáncer agresivo a menudo mal diagnosticado y que se confunde por su asociación a patología considerada benigna. Si existe un elevado índice de la sospecha, la biopsia del trato fistuloso es la llave para el diagnóstico y el tratamiento precoz⁵. Asimismo, se ha descrito asociado a lesiones pagetoides del margen anal⁶.

Este carcinoma surge probablemente a partir de las glándulas anales. A menudo se presenta como un absceso perirrectal y/o una fístula perianal. Por lo tanto, el diagnóstico a menudo se demora. En la mayoría de los casos se asocia con dolor rectal y hemorragia. En el momento de la presentación, el tumor es habitualmente mayor de 5 cm de diámetro en el 80% de los casos descritos y el pronóstico es pobre. Produce generalmente metástasis en ganglios inguinales y retrorrectales⁷.

La ultrasonografía endorrectal, la tomografía computarizada y la resonancia magnética son fundamentales actualmente para la evaluación de la extensión de la enfermedad⁸.

Estudios recientes, en la última década, han mostrado que los adenocarcinomas anales sobre fístula perianal y localmente avanzados se podrían beneficiar de la terapia pre o postoperatoria de quimiorradioterapia combinada⁹. No obstante, solamente existen descripciones aisladas. Sin embargo, una eliminación completa del tumor es necesaria para lograr una radicalidad, siendo la amputación abdominoperineal clásica o laparoscópica el procedimiento de elección, debido a la localización del tumor, con o sin linfadenectomía inguinal, y según los hallazgos clínicos y de los estudios de imagen¹⁰.

A pesar de protocolos nuevos de terapia, el pronóstico de adenocarcinoma mucinoso es todavía pobre, debido en su mayor parte a su naturaleza avanzada en el momento del diagnóstico. Esto refuerza la importancia de biopsia de todos los abscesos y fístulas perianales de evolución tórpida para el diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad⁵.

Bibliografía

1. Mates IN, Dinu D, Radulescu G, Iosif C. Infiltrating mucinous carcinoma developed on chronic anal fistula; diagnostic and surgical difficulties. Chirurg. 2003;98:459-64.
2. Zbar AP, Shenoy RK. Synchronous carcinoma of the sigmoid colon and a perianal fistula. Dis Colon Rectum. 2004;47:544-5.
3. Patrinou V, Petrichios J, Batistatou A, Oneniadum A, Venetsanou-Petrochilou C. Mucinous adenocarcinoma arising in chronic perianal fistulas. J Clin Gastroenterol. 2001;33:175-6.
4. Dal Bo R, Discalzo L, Conti F, Cimarelli S. Carcinogenic perianal fistula. Minerva Chir. 1990;45:981-2.
5. Marti L, Nussbaumer P, Breitbach T, Hollinger A. Perianal mucinous adenocarcinoma. A further reason for histological study of anal fistula or anorectal abscess. Chirurg. 2001;72:573-7.
6. Wong AY, Rahilly MA, Adams W, Lee CS. Mucinous anal gland carcinoma with perianal Pagetoid spread. Pathology. 1998;30:1-3.
7. Erhan Y, Sakarya A, Aydede H, Demir A, Seyhan A, Atici E. A case of large mucinous adenocarcinoma arising in a long-standing fistula-in-ano. Dig Surg. 2003;20:69-71.
8. Navarra G, Ascanelli S, Turini A, Lanza G, Gafa R, Tonini G. Mucinous adenocarcinoma in chronic anorectal fistula. Chir Ital. 1999; 51:413-6.
9. Anthony T, Simmang C, Lee EL, Turnage RH. Perianal mucinous adenocarcinoma. J Surg Oncol. 1997;64:218-21.
10. Schaffzin DM, Stahl TJ, Smith LE. Perianal mucinous adenocarcinoma: unusual case presentations and review of the literature. Am Surg. 2003;69:166-9.