

CÂNCER DE ÂNUS E CANAL ANAL

Autores

Raimundo Nonato Bechara ¹
Marcelo Salomão Bechara ²
Cristiane de Souza Bechara ³

RESUMO

O câncer de canal anal é uma condição grave com alto índice de morbidade e mortalidade. A etiologia ainda é indefinida e existe uma incidência muito alta em homossexuais e em praticantes de sexo anal. No tratamento há na atualidade uma tendência para rádio e quimioterapia, reservando a cirurgia para casos especiais. Por isto torna-se imperioso um estadiamento criterioso para definir a conduta mais adequada.

UNITERMOS

Câncer de ânus, câncer de canal anal.

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide do canal anal é uma patologia rara, incidindo entre 1 e 4% dos tumores do intestino grosso, porém a neoplasia maligna é a mais freqüente desta região. Existem tipos mais raros, como os sarcomas melanomas linfomas e carcinóides. O carcinoma do canal anal é mais encontrado nas mulheres e os carcinomas de margem do canal anal é mais freqüente nos homens.

O Câncer anal (Ca) de canal pode se manifestar como uma úlcera, estenose ou lesão proliferativa. A maior incidência está entre a idade de 60 a 70 anos. Os sintomas são sangramento e dor, comuns nas patologias orificiais benignas.

Para alguns autores a escolha do tratamento baseia-se mais no tamanho e localização da lesão que em seu tipo histológico.

Ocorrem mudanças notáveis na estratégia de tratamento, dando-se preferência não cirúrgica, excetuando as lesões muito avançadas ou com metástases linfonodais.

A etiologia desses tumores não está ainda bem definida, sendo geralmente atribuída a fístulas crônicas, leucoplasias, hemorroidas, infecção e radioterapia. O tabagismo também aumenta o risco de contrair a doença. Os tumores podem também estar relacionados com Doenças Sexualmente Transmissíveis, em praticantes de sexo anal, sendo o grupo de risco 80 vezes maior entre homossexuais com SIDA (Centro Danés de Ciência Epidemiológica). Entre os subtipos de tumores, o mais comum, é o espinocelular relacionado com promiscuidade sexual, com o DNA do papiloma vírus 16 e 18 interferindo na regulação dos oncogenes, e também com vírus HSV tipo dois e HIV. Até o momento os tumores vinculados a AIDs são os Sarcomas de Kaposi e linfomas.

Historicamente o tratamento foi cirúrgico até 1974, mas Gentil já propunha radioterapia em 1966 e Nigro apresentou resultados com rádio e quimioterapia, muitas vezes com respostas completas, dispensando a necessidade de cirurgia.

Vários estudos têm demonstrado que a radioterapia, com aparelhos de megavoltagem isolados ou associados com braquiterapia, pode pro-

porcionar ótimos resultados.

Os linfonodos inguinais são clinicamente positivos em 1/3 dos casos, sempre devem ser retirados cirurgicamente após abordagem da lesão primária, sendo a radioterapia na região inguinal indicada somente nos casos inoperáveis ou irrissecáveis.

O conhecimento anatômico é importante no que se refere à continência anal, pois as mutilações cirúrgicas trazem conseqüências que ocorrem no tratamento das patologias malignas desta região.

ANATOMIA

O canal anal anatomicamente é pouco definido, clinicamente confundido, embriologicamente complexo, sendo sede de tumores diversos. A grande importância é devido ao tratamento das patologias aqui localizadas e sua relação com a continência fecal devido ao comprometimento dos esfíncteres. É importante uma rápida revisão da anatomia.

O canal anal mede em torno de 4 cm, sendo delimitado pela *linha anorretal* em nível cranial e pela *linha anocutânea* na porção caudal. No 1/3 superior do canal anal o revestimento é feito por mucosa histologicamente igual à retal. O terço médio com extensão de poucos milímetros é a região de transição com epitélio cilíndrico da mucosa retal e epitélio pavimentoso estratificado que reveste a porção distal. Aqui se situam as papilas anais e as criptas por onde drenam as glândulas anais, caracterizando a *linha pectínea ou denteada*. A terça parte inferior é denominada *anoderma*, localiza-se logo abaixo da linha pectínea e é revestido por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, sendo extremamente sensível.

O aparelho esfinteriano anorretal, responsável pela continência para gases e fezes, é formado pelo esfíncter interno, com fibras lisas de contração involuntária, e pelo esfíncter externo, formado por fibras estriadas em continuação com os músculos elevadores do ânus, que tem ação voluntária, possibilitando retardar a evacuação por um curto período.

As glândulas linfáticas do canal anal acima da linha pectínea drenam nos sentidos craniais para os linfonodos retais superiores, acompanhando a artéria mesentérica inferior, lateralmente para os gânglios das artérias ilíacas internas. Abaixo da linha pectínea, a drenagem é no sentido dos gânglios das regiões inguinais. Portanto a disseminação linfática é em três correntes:

- 1) inferior, para a região inguinal;
- 2) lateral, para os gânglios pélvicos;
- 3) superior, para os gânglios mesentéricos.

PATOLOGIA

Classificação histológica proposta pela Organização Mundial de Saúde

- Epidermóide: Espinocelular
Basalóide
Mucoepidermóide.
- Adenocarcinoma
- Linfoma
- Melanoma
- Sarcoma de Kaposi
- Doença de Bowen
- Doença de Paget

1 - Professor-Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - FMUFJF
2 - Professor-Assistente da FMUFJF
3 - Acadêmica de Medicina FMUFJF.

O *Carcinoma epidermóide* representa 63% dos tumores do canal anal. Dos *tumores epidermóides*, os mais freqüentes são os *espinocelulares*, e a maior incidência é entre a 5ª e 6ª décadas. Os *basalóides* ou *cloacogênicos* são originários do epitélio de transição, e seus sintomas são: dor, prurido, nódulos. São muito confundidos com patologias benignas anorretais.

A propagação comumente ocorre por continuidade, por via linfática e menos por via hematogênica, sendo que há invasão dos músculos esfinterianos e pele perianal em mais de 50%.

Para o tratamento é importante estabelecer sua posição em relação à linha pectínea, a infiltração em planos profundos e o comprometimento linfático local/regional e inguinal. O prognóstico depende mais do tamanho da lesão do que do subtipo histológico, com exceção para os *melanomas*.

O *carcinoma do canal anal* se dissemina por invasão direta e por via linfática, sendo metástase hematogênica a menos freqüente. A metástase linfonodal pélvica ocorre em 30% dos casos; a inguinal, geralmente unilateral, dá-se em 20% dos casos na época do diagnóstico. Metástase a distância ocorre em 10% dos casos, principalmente no fígado e pulmões.

Os *adenocarcinomas* são mais observados em fístulas anorretais crônicas, devido ao fato da mucosa retal invadir o canal anal.

O *linfoma fungóide* afeta primariamente a pele e é devido à proliferações neoplásica do sistema linfóide reticular.

Os *melanomas* são tumores de origem ectodérmica, sendo a terceira incidência mais comum no canal anal, gerando metástases precoces para linfonodos.

A *doença de Bowen* é um carcinoma intraepitelial de células escamosas com crescimento lento. É uma manifestação cutânea de predisposição ao desenvolvimento do câncer.

A *doença de Paget* é um adenocarcinoma intraepitelial, uma lesão cutânea em resposta ao estímulo carcinogênico. Frequentemente se associa a carcinoma retal e perianal.

DIAGNÓSTICO

Inicialmente é importante um exame físico detalhado com palpação abdominal e dos linfonodos inguinais, anuscopia, toque retal, retoscopia e biópsia.

O diagnóstico na vigência de sintomas de patologias orificiais benignas como: hemorroidas, fissuras, fístulas, processos inflamatórios, se baseiam na biópsia. Portanto, é imprescindível o estudo histopatológico, em procedimentos cirúrgicos das doenças benignas nesta região. Para o diagnóstico, e também no estadiamento, se define qual a melhor opção terapêutica após alguns exames obrigatórios:

Para estadiamento o RX de Tórax, TC do Abdômen e Pelve, e Ultrassom Intrarretal. Deve-se complementar com Anti - HIV, hemograma completo, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, Antígeno carcino embriogênico (CEA), creatinina, sódio, potássio, proteínas, totais e frações, glicemia, TGO, TGP, bilirrubinas totais e frações.

ESTADIAMENTO

O estadiamento mais utilizado é o TNM (T = tumor, N = comprometimento linfático e M = presença ou ausência de metástases à distância), que, desde 1986, vem sendo preferido para tumores de várias localizações. Esta classificação é utilizada para todas as patologias malignas desta região, independente do tipo histológico.

No que se refere ao T (tumor), existem diferenças importantes quando se estadia um tumor de canal anal ou de margem anal.

CANAL ANAL

T1s - In situ

T0 - Ausente

T1 - Lesão comprometendo até 1/3 da circunferência anal sem infiltrar esfíncter ext.

T2 - Lesão comprometendo mais de 1/3 da circunferência anal com infiltração esfíncter externo.

T3 - Lesão com extensão para o reto ou pele somente.

T4 - Lesão com extensão para órgãos vizinhos - vagina, etc.

MARGEM ANAL

T1s - In situ

T0 - ausente

T1 - Lesão até 2 cm. Superficial ou exofítica.

T2 - Lesão entre 2 e 5 cm. Com infiltração mínima da derme.

T3 - Lesão maior do que cinco cm que infiltra profundamente a derme.

T4 - Lesão com extensão a músculos.

Quanto ao comprometimento linfático

NX - Ignorado

N0 - Negativo

N1 - Perirretais comprometidos

N2 - Inguinais/ilíacos internos comprometidos unilaterais

N3 - Perirretais e inguinais positivos.

- Ilíacos int bilaterais positivos

- Inguinais bilaterais positivos

Relativo à presença de metástases à distância

MX - Ignorado

M0 - Ausentes

M1 - Presentes

Baseado nestes parâmetros os tumores são estadiados em:

Estágio 0 - T1s N0 M0

Estágio I - T1 N0 M0

Estágio II - T2 ou T3- N0 M0

Estágio IIIa - T1, T2 ou T3 N1 M0 ou T4 N0 M0

Estágio IIIb - T1a T4 N1 M0 - Qualquer T, N2 ou N3 e M0

Estágio IV - M1

TRATAMENTO

Nos últimos anos a rádio e a quimioterapia proporcionaram respostas satisfatórias ao câncer anal, e vêm sendo o tratamento inicial universalmente aceito.

Na Quimioterapia se utiliza o 5-Fluoracil (5FU), Mitomicina C (MC) e Cisplatina.

A radioterapia é administrada em 4 a 5 semanas com dose de 4500 cGy fracionados em 20 a 25 sessões, podendo ser aumentado para 5000 até 6000 cGy (MD Anderson - Universidade do Texas).

A Cirurgia radical, amputação abdominoperineal do reto, está indicada na persistência do tumor, após rádio e quimioterapia, ou na recidiva que ocorre em 1/3 dos pacientes.

A ressecção local ainda é uma opção eficaz e segura em casos de lesões menores que 2cm que não tenham invadido o esfíncter anal.

Desta forma, baseado no estadiamento, o tratamento mais adequado é:

a) Ca epidermóide Estádio 0 - (ECO) - Cirurgia exclusiva - Ressecção local com margem adequada.

b) Ca epidermóide Estádio I - (EC I) - Radioterapia exclusiva com Megavoltagem 4140 cGy externo ou Braquiterapia 1000 a 2000 cGy.

c) Ca epidermóide Estádio II e III a - (EC II e EC IIIa) Rádio e quimioterapia (5FU + MC)

Ca epidermóide Estádio III a - Rádio e quimioterapia (5FU + MC).

d) Ca epidermóide Estádio III b - (EC IIIb) - Rádio e quimioterapia com linfoadenectomia. - Rádio e quimioterapia com Cirurgia radical.

e) Ca epidermóide. Estádio IV - (EC IV) - Quimioterapia e radioterapia, incluindo região inguinal com cirurgia paliativa.

O tratamento e prognóstico dos tumores de ânus e canal anal é baseado no estadiamento da lesão, conforme descrito anteriormente, e pode ser resumido nas seguintes orientações básicas:

No carcinoma epidermóide o tratamento é multidisciplinar: radioterapia pélvica associada a quimioterapia antecedendo à ressecção de lesão residual, com margens seguras de radicalidade. As cirurgias alargadas, como amputação do reto, estão limitadas aos casos de falha na rádio e quimioterapia e em tumores muito avançados. A persistência ou recorrência dos carcinomas epidermóides e tumores basalóides ocorrem em cerca de 14% dos pacientes após rádio e quimioterapia. Estes pacientes em geral são tratados com ressecção abdominoperineal.

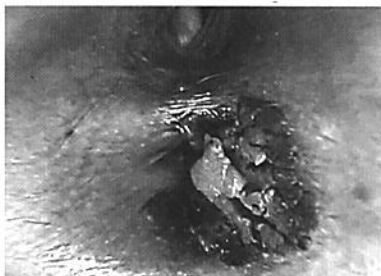
Os adenocarcinomas do canal anal são muito raros e se originam da mucosa retal que invade o ânus. O tratamento é similar aos de adenocarcinoma do 1/3 distal do reto e, devido à ausência da barreira epitelial do canal anal, apresentam pior prognóstico.

As doenças de Bowen e de Paget podem permanecer por anos sem sinais de malignização. O tratamento da doença de Bowen, assim como

o da doença de Paget, é cirúrgico, com ressecção ampla da lesão, observando-se margens seguras e acompanhamento rigoroso dos pacientes. O prognóstico está relacionado com sinais de malignização e recidiva, sendo nestes casos indicada a amputação do reto e canal anal, seguindo os critérios de radicalidade oncológica e a abordagem multidisciplinar.

Os melanomas necessitam de tratamento cirúrgico mediante amputação abdominoperineal do reto, pois no momento do diagnóstico já é comum a presença de metástases para fígado, pulmões ou linfonodos, que contra-indicam a cirurgia radical. É também indicada a associação com químico e imunoterapia. Nos melanomas, a maioria dos pacientes morre devido a metástases à distância. A sobrevida de cinco anos não chega a 15%

Imagens



◆◆◆

SUMMARY

ANUS AND ANAL CANAL CANCER – AN UPDATE

Anal cancer is a severe condition with high morbidity and mortality. Etiology is not yet defined. It occurs more frequently in homosexuals and receptive partners in anal sex. Treatment nowadays is more based on radiotherapy and chemotherapy rather than surgery, which is only performed in particular cases. Therefore, strict staging is of extreme importance to define the proper therapy.

KEY WORDS

Anal Cancer, Anal Canal Cancer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Princípios de oncologia – Hosp AC Camargo -SP
- 2 - Bottomley d Gershuny A, Govindaranju S, Phillips R. Epidermoide anal cancer in HIV – infected patients. Br J Cancer 1994 (Suppl 22) 17.
- 3 - Cruz JV, Binda V, Nunes CA, Jurach MT. Tumor de Buschke – Lowenstein - Revista Brasileira de coloproct, 1998; 18(2); 104-106.
- 4 - Daling weiss n, Kilopfeinstein I, Clow W Daikufu r. Correlates of homosexual behavior and the incidence of anal cancer. JAMA 1982; 247; 1988-90.
- 5 - Habr-gama A Sousa Jr AHS, Natalin et al. Epidermoid Carcinoma of Canal anal, Results of treatment by combined chemotherapy radiation therapy. Disease of colon rectum 1989 32:773-77.
- 6 - HARRISON, M; TOMLINSON, D; STEWART, T. Squamous Carcinoma of the anus in patients with AIDS. Clin Oncol 1995;7:50-1
- 7 - Nigro ND, Vaitkivicius V, Considine B,. Combined therapy for cancer of anal canal. A preliminary report. Dis of Colon e Rectum. 1974; 17:354-6.
- 8 - William G Talbot T. Anal Carcinoma – A histologic review. Histopatology 1994 - 25; 507-16.