



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“CÁNCER DE CANAL ANAL”.

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Cazar Gallegos, Thalía Fernanda

Tutor: Dr. Arguello Guanotásig, Santiago Alexis

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis del Caso Clínico sobre:

“**CÁNCER DE CANAL ANAL**” de Cazar Gallegos Thalía Fernanda, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Arguello Guanotásig, Santiago Alexis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**CÁNCER DE CANAL ANAL**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2015

LA AUTORA

.....
Cazar Gallegos, Thalía Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Septiembre 2015

LA AUTORA

.....
Cazar Gallegos, Thalía Fernanda

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre:
“CÁNCER DE CANAL ANAL” de Cazar Gallegos Thalía Fernanda, estudiante de
la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre 2015

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios fuente de inspiración y respeto en cada paso que he dado en torno a mi Carrera y mi vida, a mis padres quienes han estado a mi lado como apoyo fundamental en todo mi proceso de formación y han sido ejemplo a seguir de superación en cada uno de los retos que se han presentado en mi vida y que con su experiencia me han enseñado que las aspiraciones en la vida son las que nos llenan de satisfacciones personales, que cada meta cumplida nos acerca más hacia el éxito. Además a mis hermanos quienes han sabido guiarme por el camino del bien y que han estado para mí en todo momento de manera incondicional, de quien aprendí que una caída no es derrota y el cometer errores nos hace mejorar cada vez más.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios, luz guía y protector de nuestras vidas en cada paso que damos.

A mi madre quien me ha inculcado valores de amor, respeto y autosuperación para ser cada vez mejor.

A mi padre ejemplo de lucha y respeto por la vida y por esta honorable profesión a la cual ha dedicado su vida.

A mis hermanos quienes con una palabra de aliento han sabido estar a mi lado en cada decisión que he tomado y de quienes nunca ha faltado un consejo y enseñanza y así me han impulsado hacia adelante.

A mis docentes que con sus conocimientos han sabido guiarme por la maravillosa carrera de la Medicina.

A mis compañeros y colegas con quienes he compartido risas, llantos y locuras para convertirnos en personas y profesionales de bien.

A la Universidad Técnica de Ambato quien me acogió en su seno para cumplir con mis sueños y darme la felicidad de verlos hacerse realidad.

A mi Tutor Dr. Santiago Arguello quien ha sido un modelo a seguir que me ha sabido guiar con sus enseñanzas a amar más la Medicina.

Saludo con estima y consideración a los miembros del tribunal.

Fraternalmente

Thalía Cazar Gallegos

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xii

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FACTORES DE RIESGO	2
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	2
1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	3
1.4 DIAGNÓSTICO	3
1.5 CLASIFICACIÓN	4
1.6 TRATAMIENTO	5
1.6.1 OPCIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN LOS ESTADIOS	6
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	9
3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	9
3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	9
3.3 ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO	10
DESCRIPCIÓN DEL CASO	10
3.3.1 DATOS DE FILIACIÓN	10
3.3.2 MOTIVO DE CONSULTA	10
3.3.3 ENFERMEDAD ACTUAL	10
3.3.4 REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS	10
3.3.5 HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA.	10
3.3.6 HISTORIA PASADA PATOLÓGICA.	11
3.3.7 EXAMEN FÍSICO	11
3.3.8 LISTA DE PROBLEMAS	11
3.3.9 AGRUPACIÓN SINDRÓMICA	12
3.3.10 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	12
3.3.11 TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA	12
3.3.12 EXÁMENES DE LABORATORIO	13
3.3.13 EXÁMENES DE IMAGEN	14
3.3.14 PROTOCOLO OPERATORIO	15
3.3.15 EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA	15

4.	TRATAMIENTO	16
5.	FACTORES DE RIESGO	17
6.	ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO	17
6.1	OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA	23
6.2	OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN	23
6.3	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	24
7.	IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	24
8.	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAS	24
9.	CONCLUSIONES	29
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
10.1	BIBLIOGRAFÍA	30
10.2	LINKOGRAFÍA	31
10.3	CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA	32
ÍNDICE DE GRÁFICOS		
11.	ANEXOS	33
IMAGEN 11.1		33
IMAGEN 11.2		34
IMAGEN 11.3		35
IMAGEN 11.4		36
IMAGEN 11.5		37
IMAGEN 11.6		38
IMAGEN 11.7		39
IMAGEN 11.8		40
IMAGEN 11.9		41
12.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“CÁNCER DE CANAL ANAL”.

Autora: Cazar Gallegos, Thalía Fernanda

Tutor: Dr. Arguello Guanotásig, Santiago Alexis

Fecha: Ambato, Septiembre 2015

RESUMEN

El cáncer de canal anal es una patología presente en aproximadamente 1.5 al 2% del total de carcinomas gastrointestinales. Es importante la determinación anatómica del canal anal para determinación del grado de invasividad y el tratamiento más adecuado para el mismo. Se ha considerado la cirugía de resección acompañado de quimioterapia como tratamiento coadyuvante importante para un mejor pronóstico del paciente afecto.

La presente es una revisión de caso clínico de paciente de sexo femenino, 60 años de edad, instrucción básica, ocupación quehaceres domésticos con antecedentes familiares de hermana fallecida con cáncer de útero, refiere que hace más menos 13 a 14 años presenta una lesión costrosa a nivel de canal anal de 0.5 cm, según refiere la paciente en el 2009 le realizaron una biopsia en la que le diagnosticaron Cáncer resultado con el cual no se cuenta, con este diagnóstico la paciente se niega a recibir tratamiento, paciente manifiesta que hace 5 años la lesión ha ido aumentando de tamaño además se acompaña de dolor intenso al realizar la deposición, prurito y

sensación de quemazón, decaimiento y debilidad por lo que acude a consulta externa de Coloproctología.

Al examinar a la paciente se encuentra en región perianal izquierda: presencia de lesión costrosa, seca, eritematosa, de bordes definidos.

Se decide su ingreso a hospitalización en el servicio de cirugía mujeres para realizar biopsia y excéresis de lesión. Se realiza toma de biopsia bajo anestesia y se envía a estudio histopatológico el cual reporta adenoma tubular y carcinoma epidermoide.

En el postquirúrgico es valorada por el servicio de Dermatología para lo cual indica tratamiento con ácido fusídico al 2% crema aplicación tres veces al día en zona de lesión, posteriormente es dada alta hospitalaria con evolución favorable y seguimiento por Dermatología en consulta externa.

PALABRAS_CLAVES:CÁNCER_ANAL,CÁNCER_EPIDERMOIDE,CÉLULAS_ESCAMOSAS,CÁNCER_ESCAMOSO,CANAL_ANAL.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICINE CAREER**

"ANAL CANAL CANCER."

Author: Cazar Gallegos, Thalía Fernanda

Tutor: Dr. Arguello Guanotásig, Santiago Alexis

Date: Ambato, September 2015

SUMMARY

Anal canal cancer is a disease that occurs in about 1.5 to 2% of the total gastrointestinal carcinomas. It is important to determine the anatomical anal canal for degree of invasiveness and the most appropriate treatment for the same. It was considered surgical resection accompanied by chemotherapy as an important adjunctive treatment for improved patient prognosis affection.

This is a review of clinical case of female patient 60 years of age, basic education, housework occupation with a family history of late sister with uterine cancer, which makes it relates least 13 to 14 years has a crusty lesion level of anal canal of 0.5 cm, as reported by the patient in 2009 he performed a biopsy which diagnosed Cancer result with which is not available with this diagnosis the patient refuses treatment, the patient stated that the last 5 Years injury has been increasing in size the same as is accompanied by severe pain on deposition, itching and burning, decay and weakness also so go to outpatient Coloproctology.

When examining the patient is in left perianal region: the presence of crusty, dry, erythematous lesion defined edges.

Admission is decided to hospitalization in the surgery department for women biopsy and lesion exeresis.

Biopsy is performed under anesthesia and sent to histopathological study which reports tubular adenoma and epidermoid carcinoma.

In the postoperative is valued by the service of Dermatology for indicating treatment with fusidic acid 2% cream three times daily application in zone of injury, it is then given discharge with favorable outcome and follow-up outpatient Dermatology.

Keywords: ANAL_CANCER,SQUAMOUS_CANCER,
SQUAMOUS_CELL,EPIDERMOID_CANCER, ANAL_CANAL.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de canal anal es una enfermedad poco frecuente que la encontramos en aproximadamente un 1.5 a 2% de los cánceres ano rectales dentro del mismo el más común en presentarse es el cáncer epidermoide de células escamosas en un 80%, reportado en la población estadounidense. ¹

Siguiendo la normativa de la Organización Mundial de la Salud, el ano puede ser dividido en dos zonas:

Conducto anal: El conducto anal se extiende desde margen anal hasta el nivel puborrectal o anillo anorrectal.

Margen o borde anal: Es la zona ubicada por debajo de la línea pectínea se la define como la unión entre el epitelio plano estratificado con la piel perianal, la cual es un epitelio plano estratificado queratinizado que contiene folículos pilosos. ²

El canal anal está delimitado superiormente por la extensión proximal del complejo del esfínter anal y elevador externo, e inferiormente por el margen anal (la unión entre la mucosa anal y la piel). Las lesiones que involucran la piel (perianales de la piel dentro de los 5 cm del margen anal) se consideran cánceres del margen anal y también deben ser tratados como cánceres anales. ³

El canal anal es la porción terminal del intestino grueso, y corresponde a una estructura tubular de 3-4 cm que se extiende desde la piel perianal hasta el final del recto. Se encuentra revestido en su porción superior por mucosa de tipo rectal, en su zona media (coincidiendo con la línea de interfase pectínea) por mucosa transicional y, en su tramo inferior, por una mucosa con epitelio escamoso estratificado. ⁴

Desde el punto de vista oncológico los tumores que comprometen la línea pectínea son tumores del conducto anal y los que están por debajo de la línea pectínea, sin comprometerla son tumores del margen o borde anal.

Esta separación anatómica es importante porque el comportamiento biológico de algunos tumores es distinto según su ubicación anatómica y por lo tanto su tratamiento puede ser diferente. ⁵

1.1 FACTORES DE RIESGO

- Se observa una incidencia aumentada del cáncer del ano en pacientes con afecciones inflamatorias de esa zona, tales como el condiloma acuminado, fisura anal crónica, enfermedad de Crohn, sífilis anal, etc.
- La falta de higiene, la irritación crónica y la promiscuidad sexual tienen una relación directa con las neoplasias del ano, vulva y cuello del útero.
- El cáncer anal es más frecuente en pacientes transplantados renales y en pacientes HIV positivos, varones homosexuales y bisexuales. ³
- **Población de riesgo para el carcinoma del ano:** Se puede definir que la población de riesgo para las lesiones intraepiteliales (ASIL) y el cáncer de ano son:
 - Homosexualidad.
 - Infecciones por HPV.
 - Infecciones por HIV (con recuento bajo de CD4).
 - Historia de condilomas genitales.
 - Uso de drogas inyectables.
 - Hábito de fumar cigarrillos.
 - Mujeres con cáncer de cuello uterino y vulva.
 - Inmunosuprimidos por transplantes de órganos. ⁵

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La edad media de diagnóstico de cáncer de conducto anal en los Estados Unidos es de 60 a 65 años de edad. Siendo así que casi el 50% de estos pacientes están entre las edades de 45 y 65. Hay una tendencia reciente de las mujeres mayores a pacientes jóvenes de ambos sexos con enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y el VPH, estos se han vuelto más comunes. La mayoría de los cánceres del canal anal son

escamosos; el adenocarcinoma y el melanoma, que componen el resto de tumores encontrados histológicamente representan menos del 3% de la población. ⁶

Aunque el 80% de los cánceres anales en los Estados Unidos son escamosas mientras que sólo el 20% en Japón son escamosos. ⁷

1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas no suelen ser específicas. El cáncer del ano se expresa clínicamente como un síndrome anal: dolor anal, prurito, mucorrea y ano húmedo. La proctorragia se encuentra en la mitad de los pacientes y en muchos de ellos se palpa el tumor anal. Estos síntomas son precedidos por una larga historia de un problema anal menor. ⁸

Los pacientes pueden presentar induración, abscesos, fistulas o masa palpable. Otros síntomas incluyen el sangrado, prurito, manchado, prolapso y pérdida de peso. Un 15% de los pacientes son asintomáticos. Es típica la presencia de fistula perianal de más de 10 años de evolución o la existencia de fístulas recurrentes incluso después de la cirugía. La sospecha diagnóstica temprana es crucial para evitar el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Aunque las características clínicas nos pueden hacer sospechar de este tipo de tumor, el diagnóstico definitivo solo puede establecerse mediante una biopsia y estudio histológico. ⁴

El examen debe incluir un examen rectal digital para examinar la lesión anal y afectación ganglionar perirrectal, y en las mujeres un examen vaginal para determinar el sitio y el tamaño del tumor primario, la participación del tabique vaginal, afectación de la mucosa y el tumor exofítico o ulceroso, o la presencia de una fístula. La palpación de los ganglios inguinales es importante, en particular los ganglios inguinales superficiales, medial y cerca del pubis. ⁹

1.4 DIAGNÓSTICO

Debe practicarse un estudio proctológico completo con rectosigmoidoscopia. Las adenomegalias inguinales deben ser biopsiadas o punzadas para estudio citológico.

La ecografía hepática o la TAC de abdomen y pelvis permiten medir el grado de extensión de la enfermedad.

La radiografía de tórax permite detectar metástasis pulmonares.

La ultrasonografía endoanal es muy útil en la estadificación del cáncer anal y tiene potenciales implicancias terapéuticas.

El estudio del ganglio centinela con la inyección de Patent Blue o el Gamma Probe, permite una estadiación más segura y planificar un futuro tratamiento. ⁹

El papel de emisión de positrones / tomografía computarizada (PET / CT) con flúor-18 fluorodeoxiglucosa (FDG) en la puesta en escena, evaluación de la respuesta, y el seguimiento de la ACC es cada vez más importante debido a su mayor sensibilidad reportada para la detección del tumor primario, afectación ganglionar regional y metástasis a distancia que las imágenes convencionales. ¹⁰

TABLA N° 1 DIAGNÓSTICA. ⁹

Diagnostic work-up.

Mandatory	Optional but often recommended	Optional
Biopsy to confirm diagnosis		
Full medical history	HIV test	
Full clinical body exam	Needle aspiration groin nodes	
Digital rectal examination	Examination under anaesthesia	
Blood tests including renal function		
Proctoscopy		Colonoscopy
Pelvic MRI		Endoanal ultrasound
CT thorax/abdomen	PET/CT	
Assessment of genital tract in females for CIN/VIN		Assessment by gynaecologist

CIN, cervical intraepithelial neoplasia; VIN, vulval intraepithelial neoplasia; MRI, magnetic resonance imaging; HIV, human immunodeficiency virus; CT, computed tomography; PET, positron emission tomography.

1.5 CLASIFICACIÓN

ESTADIFICACIÓN TNM

La categoría de tumor (T) se determina por el tamaño y la invasión de estructuras adyacentes, como la vagina y de la próstata. La estadificación ganglionar (N) se basa en la ubicación involucrada perirrectal, pélvica o ganglios linfáticos inguinales. Los

tumores de la piel perianal (excluyendo melanoma) se identifican como los cánceres de piel no melanoma. Identificación de metástasis (M).⁸

Table 1. American Joint Committee on Cancer Staging Information, Seventh Edition.

Stage	Tumour Stage		Regional Lymph Node Involvement		Metastases	
Stage 0	T _{is}	Carcinoma <i>in situ</i>	N ₀	None	M ₀	Absent
Stage I	T ₁	Tumour ≤ 2 cm in size	N ₀	None	M ₀	Absent
Stage II	T ₂	Tumour between 2 cm and 5 cm	N ₀	None	M ₀	Absent
	T ₃	Tumour > 5 cm in size	N ₀	None	M ₀	Absent
Stage III _A	T ₁	Tumour ≤ 2 cm in size	N ₁	Perirectal lymph nodes	M ₀	Absent
	T ₂	Tumour between 2 cm and 5 cm	N ₁	Perirectal lymph nodes	M ₀	Absent
	T ₃	Tumour > 5 cm in size	N ₁	Perirectal lymph nodes	M ₀	Absent
	T ₄	Invasion into adjacent organs (e.g.: vagina, urethra, bladder)	N ₀	None	M ₀	Absent
Stage III _B	T ₄	Invasion into adjacent organs (e.g.: vagina, urethra, bladder)	N ₁	Perirectal lymph nodes	M ₀	Absent
	T _{any}	As described above	N ₂	Unilateral internal iliac and/or inguinal lymph nodes	M ₀	Absent
	T _{any}	As described above	N ₃	Perirectal and inguinal lymph nodes Bilateral internal iliac lymph nodes Bilateral inguinal lymph nodes	M ₀	Absent
Stage IV	T _{any}	As described above	N _{any}	As described above	M ₁	Present

En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, editores. Manual de estadificación del cáncer del AJCC, 7ª ed. Nueva York, Nueva York: Springer; 2010. Usado con el permiso del Comité Americano Conjunto sobre el Cáncer (AJCC), Chicago, Illinois. La fuente original de este material es el manual AJCC estadificación del cáncer, séptima edición (2010), publicado por SpringerScience y Business Media LLC, www.springer.com.

1.6 TRATAMIENTO

Lesiones precancerosas como condiloma y displasia de bajo grado pueden ser tratados por cualquier terapia tópica o excisión quirúrgica. Los tratamientos tópicos más utilizados incluyen 3,75% imiquimod crema y 5% fluorouracilo.^{8,11}

- Imiquimod, un análogo de nucleósido de la familia imidazoquinolona, tiene proinflamatorio local y propiedades antivirales y ha demostrado tener resultados significativos en la erradicación de la enfermedad III.^{8,11}

- Fluorouracilo ha demostrado tener una alta eficacia pero causa efectos secundarios significativos, tales como ardor, irritación y dolor, en hasta un 85% de los pacientes.^{8, 11}

Otros métodos de tratamiento incluyen coagulación infraroja, crioterapia, ablación laser con CO2 y terapia fotodinámica con ácido 5-aminolaevulinico.¹¹

1.6.1 OPCIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN LOS ESTADIOS

Estadio 0: Resección quirúrgica. Cuyo enfoque depende de la ubicación de la lesión.

Estadio I: Las lesiones pequeñas ubicadas en el margen anal que no comprometen el esfínter pueden ser tratadas adecuadamente con resección local completa. En el conducto anal las lesiones que comprometen el esfínter o de gran tamaño, se pueden tratar con resección local completa, o radioterapia, o radioterapia + quimioterapia. Algunos tumores pueden recibir radioterapia intersticial.

Estadio II: En el margen anal: Idem Estadio I En el conducto anal: QT/RT.

Estadio III:

- Etapa III A: Quimioradioterapia neoadyuvante (60Gy.). Si no hay respuesta; Cirugía: Resección abdominoperineal. Si hay remisión parcial o completa: Incrementar la dosis a ano, conducto anorrectal y recto bajo hasta 60 Gy. con combinación de campos posterior y laterales.

Al finalizar, si se obtuvo remisión completa: Observación y seguimiento estrecho.

Si solo hubo remisión parcial: cirugía (valorar técnica a emplear).

- Etapa III B: Quimioradioterapia neoadyuvante (60 Gy.) seguido de cirugía:

Al llegar a la dosis de 50 Gy. y existe remisión parcial o completa del tumor primario, se continúa la irradiación del tumor primario hasta 60 Gy. y se incrementa la dosis en la región inguinal tomada hasta 60 Gy, empleando campo directo anterior.

Si hay toma del esfínter anal con incontinencia o fístula hacia vagina, dar los 50 Gy. Y emplear la cirugía.

Resección abdominoperineal mas linfadenectomía inguinal uni o bilateral, si quedan adenopatías residuales. ²

Estadio IV: Paliación del tumor primario con: Cirugía paliativa, radioterapia paliativa o QT/RT. ^{2,8}

RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL

Esta resección está constituida por dos partes: Abdominal y perineal. La porción abdominal es una resección anterior, baja, sin anastomosis y la formación de una colostomía permanente.

La parte perineal es una separación del conducto anal quirúrgico del diafragma pélvico mediante disección y corte del aparato esfinteriano y la remoción del espécimen y todos los tejidos perineales relacionados con los espacios que rodean el ano.

Procedimiento:

1. Cierre el orificio anal con una sutura subcutánea continua en bolsa de tabaco con seda 1-0 en la piel del anillo anal. Realice una incisión perianal circunferencial aproximadamente a 3cm. Del anillo cerrado.
2. Utilice catgut crómico para ligar los vasos hemorroidales inferiores y todos los nervios en la superficie lateral de la herida, termine el procedimiento mediante disección roma y cortante y remueva el espécimen cortando el diafragma pélvico con cauterio o bisturí.
3. Construya una colostomía terminal según el cuerpo y tamaño del abdomen.
4. Si es posible, aproxime los hemidiafragmas pélvicos derecho e izquierdo con material absorbible sintético.
5. Cierre la herida perineal con catgut crómico o suturas con Vicryl 3-0. Coloque dos drenes de Jackson Pratt de 10mm que salen del perineo y drenan el espacio presacro y el área del Diafragma pélvico. Cierre la piel.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar el cáncer de canal anal diagnóstico y tratamiento efectivo del mismo en sus diferentes fases.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la clínica presente en pacientes con cáncer de canal anal.
- Detectar el tratamiento más actualizado y óptimo para el cáncer de canal anal.
- Describir protocolos de diagnóstico y tratamiento en pacientes con cáncer de canal anal.
- Discernir la mejor manera de introducción del paciente con cáncer de canal anal a un tratamiento oportuno.

3. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La presente es una revisión de caso clínico de paciente de sexo femenino de 60 años de edad, instrucción básica, ocupación quehaceres domésticos con antecedente familiar de hermana fallecida con cáncer de útero, que desde hace más o menos 13 a 14 años presenta presencia de lesión costrosa a nivel de canal anal de 0.5 cm, paciente refiere que en el 2009 realizan biopsia en la cual diagnostican de Cáncer resultado con el cual no se cuenta para lo cual paciente no acepta tratamiento, desde hace 5 años la lesión ha ido aumentando de tamaño a la cual se acompaña cuadro de dolor intenso al realizar la deposición, prurito y sensación de quemazón decaimiento y debilidad por lo que acude a consulta externa de Coloproctología posterior a lo cual se realiza excéresis de lesión además de tratamiento por Dermatología.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Las fuentes de información utilizadas para la realización del análisis de caso clínico son:

- La Historia Clínica donde se obtuvo gran parte de datos, los cuales se detallan de manera cronológica, informes de anamnesis donde se recogen datos epidemiológicos, factores de riesgo, así como los registros del seguimiento extrahospitalario como intrahospitalaria y todos los eventos que ocurrieron hasta el alta de la paciente.
- Guías de práctica clínica, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas con el fin de ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados y con normas internacionales para las mejores medidas terapéuticas.
- Anamnesis

3.3 ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN DEL CASO

3.3.1 DATOS DE FILIACIÓN

Paciente de sexo femenino de 60 años de edad, nacida en Manabí y residente en Ambato, mestiza, instrucción básica, ocupación quehaceres domésticos.

3.3.2 MOTIVO DE CONSULTA

Lesión en región perianal

3.3.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que desde hace más o menos 13 a 14 años presenta presencia de lesión costrosa a nivel de canal anal de 0.5 cm, refiere en el 2009 realizan biopsia en la cual diagnostican de Cáncer resultado con el cual no se cuenta para lo cual paciente no acepta tratamiento en ese momento, desde hace 5 años la lesión ha ido aumentando de tamaño a la cual se acompaña cuadro de dolor intenso al realizar la deposición, prurito y sensación de quemazón, decaimiento y debilidad por lo que acude a consulta externa de Coloproctología.

3.3.4 REVISIÓN ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Sin patología aparente.

3.3.5 HISTORIA PASADA NO PATOLÓGICA.

HÁBITOS:

- **Alimentación:** 3 veces al día
- **Micción:** 4-5 veces al día
- **Defecatorio:** 1 vez al día
- **Tabaco.-** Negativo
- **Alcohol.-** Negativo.
- **Drogas.-** Negativo.
- **Medicamentos:** Ninguno

3.3.6 HISTORIA PASADA PATOLÓGICA.

✓ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

○ ANTECEDENTES CLÍNICOS:

No refiere

○ ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

No refiere

✓ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Hermana fallecida con cáncer de útero.

3.3.7 EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES: TA 90/60 mmHg FC: 80 lpm FR: 20rpm T°: 36.4 °C.

✓ Conciente, orientada, afebril, hidratada.

✓ Mucosas Orales húmedas.

✓ Tórax:

○ Corazón: Ruidos cardiacos normofonéticos,

○ Pulmón: Murmullo vesicular conservado.

✓ Abdomen: Normal.

✓ Región perianal izquierda: presencia de lesión costrosa, seca, eritematosa, de bordes definidos.

✓ Extremidades: Normal

3.3.8 LISTA DE PROBLEMAS

TABLA N°3

ACTIVOS		PASIVOS
SÍNTOMAS	SIGNOS	
<ul style="list-style-type: none">• Dolor anal• Prurito anal• Quemazón anal• Astenia	<ul style="list-style-type: none">• Lesión costrosa, seca de 3cm de diámetro.	<ul style="list-style-type: none">• Hermana fallece con Cáncer de útero

Elaborado por Cazar Gallegos Thalía Fuente Historia Clínica

3.3.9 AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

TABLA N° 4

Patología	Cáncer de canal anal	Hemorroides internas trombosadas	Absceso	Fístula	Fisura anal.
Sintomatología					
Dolor anal	X	X		X	X
Prurito	X	X	X	X	
Astenia	X				
Masa tumoral					
Lesión costrosa que compromete región perianal	X				
Adenomegalia					
Pérdida de peso	X				
Antecedente de lesión de larga data.	X				

Elaborado por Cazar Gallegos Thalía

3.3.10 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Cáncer de canal anal

3.3.11 TRATAMIENTO EN CONSULTA EXTERNA

1. Colonoscopia. (Imagen 11.2)

Se toma biopsia de lesión realizándose estudio histopatológico el cual reporta adenoma tubular y carcinoma epidermoide. (Imagen 11.3)

Se ingresa a paciente a hospitalización al servicio de cirugía mujeres para realización de toma de segunda biopsia y excéresis de lesión.

Al ingreso paciente con:

SIGNOS VITALES:

TA 90/60 mmHg FC: 80 lpm FR: 18rpm T°: 36.3 °C. Peso de 60 Kg.

Lesión de iguales características se realiza tacto rectal en el cual se evidencia lesión de aproximadamente 3 cm. de diámetro localizado en borde perianal izquierdo que avanza hacia canal anal, esfínteres normotónicos no se palpa masas tumorales, ampolla rectal vacía no se evidencia sangrado. (Imagen 11.1)

Exámenes de control para intervención quirúrgica dentro de parámetros normales.

Se pide valoración al servicio de Dermatología ya que la lesión toma piel perianal por lo que sugiere igualmente realizar toma de biopsia y excéresis de lesión y espera de resultado histopatológico. (Imagen 11.4-11.6)

3.3.12 EXÁMENES DE LABORATORIO

- **ELECTROCARDIOGRAMA 30/06/2015**

Normal. (Imagen 11.7)

- **HISTOPATOLÓGICO 10/07/2015 (Imagen 11.3)**

N°1: Adenoma tubular

N°2: Carcinoma epidermoide

Nota: no es posible establecer diferenciación ni grado de infiltración por la pequeñez de la muestra.

TABLA N° 5

BIOMETRÍA HEMÁTICA	15/07/2015
LEUCOCITOS:	5100
LINFOCITOS	23.9%
SEGMENTADOS	63.3%
HEMOGLOBINA	12.8

HEMATOCRITO	40%
PLAQUETAS	203.000
TP	9
TTP	29
GRUPO SANGUÍNEO	O Rh Positivo

Elaborado por Cazar Gallegos Thalía Fuente Historia Clínica

TABLA N° 6

QUÍMICA SANGUÍNEA 15/07/2015

GLUCOSA	99 mg /dl
UREA	24 mg/ l
CREATININA	1,1
BILIRRUBINA TOTAL	0.5
BILIRRUBINA DIRECTA	0.1
ÁCIDO ÚRICO	6.4
PROTEÍNA TOTAL	7.3
ALBUMINA	4.3
ALT	18
AST	22
FOSFATASA ALCALINA	102
COLESTEROL TOTAL	183
COLESTEROL HDL	51
COLESTEROL LDL	139
TRIGLICÉRIDOS	77
AMILASA	55

Elaborado por Cazar Gallegos Thalía Fuente Historia Clínica

3.3.13 EXÁMENES DE IMAGEN

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX 14/07/2015:

No se evidencia patología pulmonar, silueta cardiaca impresionada normal. (Imagen 11.8)

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA S/C DE ABDOMEN Y PELVIS

No se realiza por falta de disponibilidad de tomógrafo al encontrarse fuera de uso.

3.3.14 PROTÓCOLO OPERATORIO

Se realiza excéresis de lesión en borde perianal

Diéresis: Borde perianal

Exposición: Manual e Instrumental

Hallazgos quirúrgicos: Lesión exofítica de borde perianal.

Procedimiento operatorio:

1. Posición de Navaja Sevillana
2. Asepsia y antisepsia.
3. Colocación de campos quirúrgicos
4. Colocación de espéculo rectal
5. Excéresis de Lesión perianal
6. Control de hemostasia
7. Colocación de tapón rectal.

Síntesis: Ninguna

Histopatológico: Si

3.3.15 EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA

Paciente quien evoluciona favorablemente sin presentar sintomatología tras intervención quirúrgica es dada de alta de hospitalización en espera de resultado histopatológico se continua control por consulta externa.

Acude a control de Consulta externa con resultado Histopatológico el cual reporta: Carcinoma intraepitelial perianal con posible inicio de microinfiltración. (Imagen 11.9) Resultado con el cual es valorado por Dermatología quien refiere a paciente a Hospital de tercer nivel (Hospital Eugenio Espejo).

4. TRATAMIENTO

Tratamiento al ingreso

- Dieta blanda
- Ketorolaco 60mg IV PRN
- TAC S/C abdomen y pelvis. (No se realiza por no disponer de Tomógrafo.)
- Rx de tórax
- BH, QS, TP, TTP URG

Tratamiento Dermatología

- Aseo diario
- Ácido fusídico crema 2% aplicar TID en región perianal por 8 días
- Control por consulta externa con resultado histopatológico.

Tratamiento postquirúrgico

- NPO
- LR 1000 cc IV c/12h
- Ketorolaco 60mg IV c/8h
- Ácido fusídico aplicar cada 8h en región inguinogenital

Indicaciones de Alta

- Paracetamol 500mg VO c/8 h
- Ácido fusídico 3 veces día
- Dieta blanda
- Próxima cita 31/07/2015
- Evitar uso de papel higiénico
- Seguimiento por Dermatología

5. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son toda circunstancia o situación que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada, dichos factores pueden estar presentes en población sana y aumentan el riesgo de tener una enfermedad. La identificación de los factores de riesgo es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Dentro de los factores de riesgo que se encuentra:

- Falta de oportunidad en el diagnóstico en el primer nivel de atención.
- Falta de interés por parte del paciente de su enfermedad
- Limitada capacidad resolutive.

6. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

Incidencia y mortalidad: Cálculo del número de casos nuevos y defunciones por cáncer de ano, del canal anal y anorrectal en los Estados Unidos en 2015: ¹²

- Casos nuevos: 7.270.
- Defunciones: 1.010.

Pronóstico y supervivencia: El cáncer de ano es generalmente una enfermedad curable. Los tres factores principales de pronóstico son el sitio (el canal anal en oposición a la piel perianal), el tamaño (los tumores primarios <2 cm tienen un mejor pronóstico) y el estado ganglionar.

El cáncer de ano es una neoplasia poco común y representa solo un pequeño porcentaje (4%) de todos los cánceres del tracto digestivo inferior. Algunos estudios o ensayos clínicos E-7283R evaluaron el papel de la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía en el tratamiento de esta enfermedad. ¹²

Factores de riesgo

En general, el riesgo de cáncer de ano va en aumento y hay datos que indican que las personas que se dedican a participar en ciertas prácticas sexuales, como el coito anal

pasivo o la promiscuidad sexual durante toda su vida, presentan un riesgo alto de cáncer de ano. Dichas prácticas pudieron causar el aumento en el número de individuos en riesgo de contraer infección por el papilomavirus humano (PVH).¹³

La infección por PVH está altamente relacionada con la presentación del cáncer de ano y puede ser un paso necesario en su carcinogénesis.¹⁴

Los carcinomas del conducto anal están fuertemente asociados con el virus del papiloma humano (VPH). La expresión de p16 se utiliza como un marcador sustituto de la infección por HPV. En un estudio retrospectivo, se evaluó el genotipado del VPH y la expresión de p16 como marcadores pronósticos de la supervivencia global (SG) y específica de la enfermedad de supervivencia (DSS) en pacientes diagnosticados con el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC) etapas I a III carcinoma del canal anal. La positividad de p16 es un factor pronóstico independiente para el sistema operativo y el DSS en pacientes con etapas AJCC I a III carcinoma del canal anal.^{15,16}

Etiología:

El desarrollo del cáncer anal es multifactorial. Entre los factores de riesgo identificados se encuentran:

- **Fuerte evidencia**
 - Infección por el virus del papiloma humano (V.P.H.). (verrugas anogenitales).
 - Antecedentes de relaciones sexuales con penetración anal.
 - Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)
 - Más de 10 parejas sexuales.
 - Antecedentes de cáncer cervical, vulvar o vaginal.
 - Inmunosupresión después de un trasplante de órgano sólido.
- **Moderada evidencia**
 - Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. (V.I.H.)
 - Uso prolongado de esteroides.

- Hábito de fumar. ²

Diagnóstico:

a) Anamnesis: Factores de riesgo para el cáncer del conducto anorrectal. Contrariamente a las ideas clásicas el cáncer del conducto anorrectal es poco manifiesto y lo habitual es su latencia clínica durante muchos meses. Puede dar lugar a signos triviales: hemorragias intermitentes y prurito pasajero.

En fase más avanzada: hemorragias esporádicas (en general poco importantes), molestias anoperineales de intensidad variable y trastornos en la defecación.

b) Examen físico:

- Inspección de la zona anoperineal y localización horaria.
- Palpación: De la zona antes dicha y de las regiones inguinales. Adenopatías metastásicas inguinales y retrocraurales.
- Exploración digital del recto: Mediante este se determinará la expansión de la lesión y, si por inspección no se determinó, localización horaria.
- Expansión local: Vertical: Hacia abajo y al margen externo, hacia arriba y parte baja de la ampolla rectal.
- Circunferencial: Hacia el músculo esfinteriano, en ocasiones provoca estenosis.
- Anteroposterior: Hacia las estructuras profundas del periné, espacio anococcígeo, fosa isquiorrectal, región prostato-vesical ó pared posterior de la vagina.
- Diseminación ganglionar: Los ganglios mesorrectales bajos adheridos a la pared del recto.
- Exploración bidigital de la vagina: Es importante para determinar en las mujeres toma de la vagina o del tabique rectovaginal.

Evaluación: Biopsia incisional de la lesión: Carcinoma de células escamosas.

Exámenes diagnósticos.

- ✓ Exploración digital rectal.

- ✓ Evaluación de ganglios linfáticos inguinales. (BAAF)
- ✓ Ultrasonido transanal.
- ✓ Radiografía de Tórax ó T.A.C. de tórax.
- ✓ Anoscopia.
- ✓ Ultrasonido abdominal / T.A.C. abdomen o R.M.N.
- ✓ T.A.C. de pelvis o R.M.N.
- ✓ Serología para V.I.H. + Niveles de CD4.
- ✓ Examen ginecológico en mujeres, incluyendo citología cervical.
- ✓ Colonoscopia.
- ✓ Estudios de laboratorio clínico: Hematología y Bioquímica. (Hemoglobina, hematocrito, leucograma con diferencial, conteo de plaquetas y eritrosedimentación, colesterol, triglicéridos, creatinina, aspartato aminotransferasa [ASAT], alanina aminotransferasa [ALAT], fosfatasa alcalina.
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Si presenta otras enfermedades asociadas se indicaran los exámenes e interconsultas correspondientes.

Diagnóstico diferencial:

- Fisura anal.
- Hemorroides internas trombosadas.
- Absceso.
- Fístula.
- Condiloma acuminado
- Papila anal hipertrofiada.
- Criptitis.

Tratamiento con radiaciones:

- Irradiación externa.
- Intersticial.

- Evaluar respuesta.
- Radioterapia: La dosis de RTP total recomendada es de 60 Gy. Se recomienda evaluar la respuesta a los 50 Gy. y en dependencia de esta incrementar la dosis hasta 55 o 60 Gy.
 - 1,8 Gy. diario 5 días a la semana, durante 6 semanas, para un total de 28 sesiones hasta cumplir un total de 50 Gy., desde la semana 1 hasta la 6. ²
 - Si hay respuesta, completar de la misma manera descrita anteriormente la dosis total.
 - En cada etapa se describe la conducta a seguir al llegar a los 50 Gy. Según la respuesta a la quimioradioterapia. ^{2,17}

Dentro de la radioterapia encontramos dos técnicas que han ido tomando auge la radioterapia de intensidad modulada y la tomoterapia helical en las cuales se han visto mayor beneficio en el tratamiento del cáncer de canal anal.¹⁸

La radioterapia de intensidad modulada (IMRT) es ideal para el cáncer del conducto anal (ACC), la entrega de altas dosis a los volúmenes tumorales irregulares mientras que se minimiza la dosis a los tejidos circundantes normales. ¹⁹

Tratamiento con citostáticos:

Quimioterapia: El 5 Fluoracilo y el Mitomicin C son los tratamientos estándar dentro de la quimioterapia a utilizar. ²⁰

- Mitomicin C: 12 mg / m², día 1 de ambos ciclos (infusión corta de 2 h.) disuelta en Dextrosa al 5%.
- 5 Fluoracilo 1000 mg. / m² días 1 al 4 (infusión continua durante 24 h.) Se aplicarán 2 ciclos concordando con la 1era. y 4ta. semanas de la radioterapia.
- Como droga alternativa del Mitomicin C se ha usado: 75 mg / m² de cisplatino los días 1 de ambos ciclos. ^{2,21}

COUNSELLING

El counselling se perfila como una herramienta de mejora en la comunicación con el paciente, resultando de gran utilidad durante la entrevista clínica. Al igual que ocurre en las relaciones sociales, toda relación asistencial implica necesariamente una relación interpersonal, en la que los aspectos comunicativos bien entre el equipo interdisciplinario entre el profesional de la salud y paciente son considerados como una de las piezas claves.²²

El counselling es uno de los caminos que facilita esta aproximación y posibilita el manejo de la situación con el menor daño emocional posible para los enfermos, familiares y profesionales sanitarios, a través de una adecuada coordinación entre conocimientos, habilidades y actitudes y con la premisa básica de considerar el sufrimiento del paciente como un asunto esencialmente personal y dependiente de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, actitudes y emociones.²³

El respeto a la individualidad y multidimensionalidad, la sensibilidad ante el sufrimiento y el compromiso con el desarrollo de una vida humana digna configuran el marco de acción que permite la promoción de la salud en sentido amplio y minimiza el riesgo de manipulación de la relación.²³

Rogers, uno de los indudables promotores del counselling señala como actitudes básicas la empatía, la veracidad y la aceptación incondicional. La empatía permite la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión a la persona que se acompaña, a través del entendimiento de la situación vital en que se encuentra y necesita cambiar respetando su punto de vista.

La congruencia y veracidad, consiste en expresar con sinceridad que se siente solidaridad con el sufrimiento del otro y que de verdad se pretende ayudar con todas las herramientas a su alcance y requiere un sólido asentamiento en valores por parte del profesional que presta la ayuda. Evidentemente, este proceso le implica un riesgo; pues, el compromiso con el sufrimiento puede generar malestar en el profesional, sin

embargo, permite una praxis que proporciona mayor satisfacción personal que la mera aplicación técnica y conocimientos. Su práctica facilita el establecimiento de una relación de confianza significativa que permite y facilita la promoción futura del bienestar en la otra persona. Finalmente, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas la biografía de la otra persona, su estilo de vida y sus comportamientos.

El counselling, además, se sustenta en habilidades relacionales, fundamentalmente las de comunicación asertiva, el planteamiento de solución de problemas, la capacidad de control de emociones y la provisión de soporte emocional.²³

6.1 OPORTUNIDADES EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA

En primera instancia hubo una consulta oportuna y un diagnóstico el cual se le remitió a la paciente en su momento, sin embargo la limitada capacidad resolutoria y la despreocupación de la paciente la llevaron a dejar de lado su enfermedad.

Años después la consulta a un centro de primer nivel se le dificultó ante la solicitud de una cita médica y posterior la derivación a un centro de mayor nivel también llevó un tiempo de espera.

6.2 OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN

Paciente vive en el centro de la ciudad, en el sector urbano, dispone de una Unidad de Salud Primaria cerca de su lugar de residencia, no se evidencia dificultades geográficas ya que existen vías de primer orden desde su residencia hasta la Unidad Primaria de Salud, el centro de salud está dotado de médico general, médico familiar, obstetrix, odontólogo, consta con todos los servicios básicos brindan atención médica todos los días, pero la paciente refiere que tienen que sacar turno para ser atendida y no disponía de tiempo además no consideró crédulo el diagnóstico emitido ya hace varios años.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La captación del paciente en los centros de primer nivel resulta crucial para la promoción y prevención de patologías así como el tratamiento adecuado ante la existencia ya de una enfermedad. El trabajo del personal de la salud en la atención primaria está dirigido a garantizar una óptima atención del individuo, familia y comunidad y así cambiar el estilo de vida, entorno ecológico biológico y social. Todo esto se lleva a cabo con una correcta relación médico paciente en la comunidad así como el conocimiento e integración de la comunidad para con las actividades del médico comunitario.

7. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

En este caso clínico se identificaron varios puntos críticos los cuales son:

- El descuido de la paciente para con su atención oportuna
- La falta de captación en el primer nivel de atención, según el modelo de atención integral de salud indican que en el primer nivel de atención debe resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la comunidad, enfatizando en la promoción y prevención, estas actividades serán intramural y extramural.
- En el segundo nivel de atención se observó la limitada capacidad resolutoria ante la patología ya avanzada.
- Además se observó los limitados medios diagnósticos para con la estadificación de la patología en estudio al encontrarse tomógrafo fuera de funcionamiento.
- Poco conocimiento en cuanto a un Counselling adecuado en pacientes con este tipo de patología.

8. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAS

Después del análisis de caso es conveniente establecer un plan de mejoramiento, que consiste en proponer actividades tendientes a controlar las condiciones médicas y no médicas que contribuyeron al proceso de evolución de la enfermedad, y evitar que se

repitan en situaciones futuras. Este plan de mejoramiento toma en cuenta las condiciones de la comunidad y de los hospitales, acordes al análisis realizado. Se asigna responsables y plazos de ejecución, crea condiciones de seguimiento y evaluación.

Oportunidades de Mejora	Acciones de Mejora	Fecha de Cumplimiento	Responsable	Forma Acompañamiento
Atención oportuna en unidades de atención primaria	<p>Visitas domiciliarias que se cumple en la atención primaria de salud y búsqueda activa de pacientes</p> <p>Categorizar a los pacientes para tener una atención más rápida</p> <p>Brindar promoción y prevención de salud adecuada.</p>	Un año	Ministerio de Salud Publica	<p>Autoridades y comisión propias del centro de salud.</p> <p>Médico Familiar</p> <p>Médico Rural</p> <p>Director Provincial de Salud</p>
Información adecuada sobre la patología	Brindar charlas de prevención a la paciente indicar los riesgos que existen al no hacerse un seguimiento y control adecuado y tratamiento oportuno.	Un mes	Ministerio de Salud Publica	<p>Director de la Unidad de Salud</p> <p>Internos rotativos de medicina</p> <p>Médico Rural</p> <p>Director Provincial de Salud</p>

<p>Conocimiento sobre el Counselling en patologías de este tipo</p>	<p>Preparación por parte de médicos de primer nivel y especialidad sobre cómo llegar al paciente con patologías terminales.</p>	<p>Un mes</p>	<p>Ministerio de Salud Publica</p>	<p>Director de la Unidad de Salud Internos rotativos de medicina Director Provincial de Salud Médicos de especialidad</p>
<p>Cooperación Institucional</p>	<p>Mejoramiento en los mecanismos de referencia y contrareferencia a instituciones de mayor nivel, tanto público como privado</p>	<p>Seis meses</p>	<p>Ministerio de Salud Publica Médicos de consultorios o clínicas privadas Director médico de los hospitales</p>	<p>Director de la Unidad de Salud Director Provincial de Salud</p>

Mejoramiento o adquisición de equipos diagnósticos necesarios.	<p>Referir a un hospital de tercer nivel para la realización de los exámenes de mayor complejidad.</p> <p>Adquisición de equipos para realizar un mejor diagnostico</p> <p>Manutención de equipos existentes en buen estado y en uso.</p>	<p>Inmediata</p> <p>Un año</p> <p>Un mes</p>	<p>Ministerio de Salud Publica</p> <p>Director médico del Hospital</p>	<p>Director Provincial de Salud</p>
Valoración por Especialista	<p>Contratar especialistas para una mejor atención</p> <p>Referir al tercer nivel de salud para una atención integral del paciente</p>	<p>Seis meses</p> <p>Inmediata</p>	<p>Ministerio de Salud Publica</p> <p>Director médico del Hospital</p>	<p>Director Provincial de Salud</p>

9. CONCLUSIONES

- El cáncer de canal anal es una patología poco frecuente pero que ha ido incrementando su incidencia relacionado con sus factores de riesgo. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentra su estrecha relación con el contagio de HPV y VIH. Dentro del cáncer anal el más común en presentarse es el escamoso mismo que se relaciona con el HPV. Las manifestaciones clínicas no son tan específicas y en un inicio puede presentarse asintomático.
- En cuanto al diagnóstico lo más importante es la realización de una biopsia y existen nuevos métodos como la tomografía con positrones que nos permiten identificar ganglios infectados.
La radioterapia sola puede conducir a una tasa de supervivencia de cinco años en más del 70%, aunque las dosis elevadas (≥ 60 Gy) pueden provocar necrosis o fibrosis.
- En cuanto a protocolos de diagnóstico y tratamiento el primer paso a seguir es la toma de una biopsia y de acuerdo a esta tomar la decisión de realizar o no una tomografía. El tratamiento también será llevado a cabo tomando en cuanto la estadificación de la patología según AJCC siendo la 7ma edición la más actual.
- Tras el diagnóstico certero de esta patología el comunicar al paciente es la prueba más difícil para el profesional de la salud el cual debe estar preparado para este tipo de situaciones. El Counselling es una nueva modalidad utilizada para la relación médico paciente en este tipo de patologías. Todos los profesionales de la salud debemos estar preparados para el trato de este tipo de patologías no solo quienes se especializan en la antes descrita.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10.1 BIBLIOGRAFÍA

- Alberta Health Services. “Anal canal cancer” version 4. October. 2013 ³
- American Cancer Society. Anal Cancer. Acs guide manual. 2010. ¹³
- Barreto, P. Díaz, J. Saavedra, G. Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. Información Psicológica. 2010. ²³
- Brown, E. Cray, A. “Dose planning objectives in anal canal cancer imrt: the trog anrotat experience”. J medradiatsci 62. 99–107. 2015. ¹⁹
- Egawa, N. Egawa, K. Griffin, H. Doorbar, J. Human Papillomaviruses; Epithelial Tropisms, and the Development of Neoplasia. Viruses 7, 3863-3890; 2015. ¹⁶
- Glynne, R. Nilsson, P. Aschele, C. Et al. Anal cancer: esmo–esso–estro clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Radiotherapy and Oncology. 111. 330–339. 2014. ⁹
- Martí, C. Barreda, D. Marcos, G. Barreira, D. Counselling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farm Hosp;37(3):236-239. 2013. ²²
- Northover, J. Glynne, R. Sebag, D. Et al. Chemoradiation for the treatment of epidermoid anal cancer: 13-year follow-up of the first randomised ukcccr Anal Cancer Trial (act I). British Journal of Cancer 102, 1123 – 1128. 2010. ¹¹
- Nozawa et al. Metachronous tubulovillous and tubular adenomas of the anal canal. Diagnostic Pathology 10:139. 2015. ⁷
- Serup, E. Linnemann, D. Et al. Human papillomavirus genotyping and p16 expression as prognostic factors for patients with AJC on cancer stages I to III carcinoma of the anal canal. Jclinoncol 32:1812-1817. 2014. ¹⁵
- Shawn, P. Webb, Chong, S. Lee. Epidermoid Cancer of the Anal Canal. clinics in colon and rectal surgery 24 (3) 2011. ¹
- Shridhar, R. Shibata, D. Chan, E. Et al. Anal Cancer: Current Standards in Care and Recent Changes in Practice. Ca Cancer J Clin 65:139–162. 2015. ⁸
- Sociedad Cubana de Coloproctología. “Consenso cáncer anal (conducto anorrectal y margen anal)”. Infomed. Marzo. 2011. ²

10.2 LINKOGRAFÍA

- Caldarella, Carmelo. Annunziata, Salvatore. Treglia, Giorgio. Et al. Diagnostic Performance of Positron Emission Tomography/Computed Tomography Using Fluorine-18 Fluorodeoxyglucose in Detecting Loco regional Nodal Involvement in Patients with Anal Canal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Scientific World Journal. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/196068> ¹⁰

Tomado el 17 de Agosto del 2015

- Instituto Nacional de Cáncer. Inc. 2015. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/ano/pro/tratamiento-ano-pdq> ¹²

Tomado el 17 de Agosto del 2015

- Leon ME, Shamekh R, Coppola D. Human papilloma virus related squamous cell carcinoma of the anal canal with papillary features. World J Gastroenterol 21(7): 2210-2213. 2015. Available from: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v21/i7/2210.htm>. ⁶

Tomado el 15 de Agosto del 2015

- Márquez, Manuel. Velasco, Francisco. Lozano, Ricardo. Et al. Adenocarcinoma del canal anal. Revisión de conjunto. ciresp.91(5):281–286. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.01.002>. ⁴

Tomado el 13 de Agosto del 2015

- Pollastri, E. Morante, S. Naves, A. et al. Tumores malignos del ano. Cirugía Digestiva, F. Galindo. 2009. III-390, pág. 1-10. Disponible en: www.sacd.org.ar. ⁵

Tomado el 13 de Agosto del 2015

10.3 CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

- EBSCO HOST. Ravenda, P. S., Zampino, M. G., Fazio, N., et al. Human papillomavirus in anal squamous cell carcinoma: an angel rather than a devil?. *Ecancermedicalscience*. 2015. 9(519-548), 1-4. doi:10.3332/ecancer.2015.529. ¹⁴
- EBSCO HOST. Jones, M., Hruby, G., Stanwell, P., et al. Multiparametric MRI as an outcome predictor for anal canal cancer managed with chemoradiotherapy. *BMC Cancer*, 15(1), 1-7. 2015. doi:10.1186/s12885-015-1244-7. ¹⁷
- EBSCO HOST. Khawandanah, M., Baxley, A., & Pant, S. Recurrent metastatic anal cancer treated with modified paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin and third-line mitomycin/cetuximab. *Journal Of Oncology Pharmacy Practice*, 21(3), 232-237. 2015. doi:10.1177/1078155214526268. ²¹
- SCOPUS. Yeung, R., McConnell, Y., Warkentin, H., et al. Intensity-Modulated Radiotherapy (IMRT) vs Helical Tomotherapy (HT) in Concurrent Chemoradiotherapy (CRT) for Patients with Anal Canal Carcinoma (ACC): an analysis of dose distribution and toxicities. *Radiation Oncology*, 10(1), 1-8. 2015. doi:10.1186/s13014-015-0398-4. ¹⁸
- SCOPUS. White, E. Goldman, K. Aleshin, A. et al. Chemoradiotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal: Comparison of one vs two cycles mitomycin.C. *Radiotherapy and Oncology* 08.015. 2015. ²⁰

11. ANEXOS

LESIÓN PREQUIRÚRGICA



IMAGEN 11.1

• **Diagnóstico de la Endoscopia:**

region perianal lesion eritematosa de bordes engrosados en canal anal tacto rectal se palpa lesion en retroflexion no se observa lesion interna se avanza con dificultad por la mala preparacion del colon gran cantidad de materia fecal se llega hasta ciego y se toma muestra de polipo y en region perianal 3 muestras de lesion perianal ca de canal anal



1 Recto
Histopatologico: NO



1 Recto
Histopatologico: NO



1 Recto
Histopatologico: NO



1 Recto



4 Colon Transverso



6 Apéndice

COLONOSCOPIA

IMAGEN 11.2

HISTOPATOLÓGICO N°1

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO		
FECHA DE RECEPCION 03/07/2015	FECHA DE ENTREGA 10/07/2015	Nº INFORME 2106-15

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

N°1 Se recibe 2 fragmentos de tejido irregular de color grisáceo de 3 mm, cada uno. SPTM (1C).
N°2 Se recibe 1 fragmento de tejido alargado, grisáceo de 3 mm. SPTM (1C).

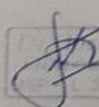
DESCRIPCION MICROSCOPICA:


N°1 En los cortes histológicos se observan formación redondeada cubierta por epitelio mucosecretor que muestra en el estroma numerosas glándulas tubulares, también revestidas por epitelio cilíndrico mucosecretor sin atipicidades celulares. En la lámina propia un infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario severo.
N°2 Se observan dos minúsculos fragmentos de tejido constituido por células de aspecto tumoral anaplásicas, con anisocitosis y anisocarióticas, de núcleos irregulares e hiperpigmentados, muchos núcleos con un espacio de citoplasma aclarado circunferencial.

DIAGNOSTICO:

- * N°1 ADENOMA TUBULAR.
- * N°2 CARCINOMA EPIDERMOIDE.

NOTA: No es posible establecer diferenciación ni grado de infiltración por la pequeñez de la muestra.


D. José Rodríguez
ANATOMÍA PATOLÓGICA
as.


SERVICIO DE
PATOLOGIA Y
CITOLOGIA

ENTREGADO 11 JUL 2015

IMAGEN 11.3

LESION POSTQUIRURGICA



IMAGEN 11.4

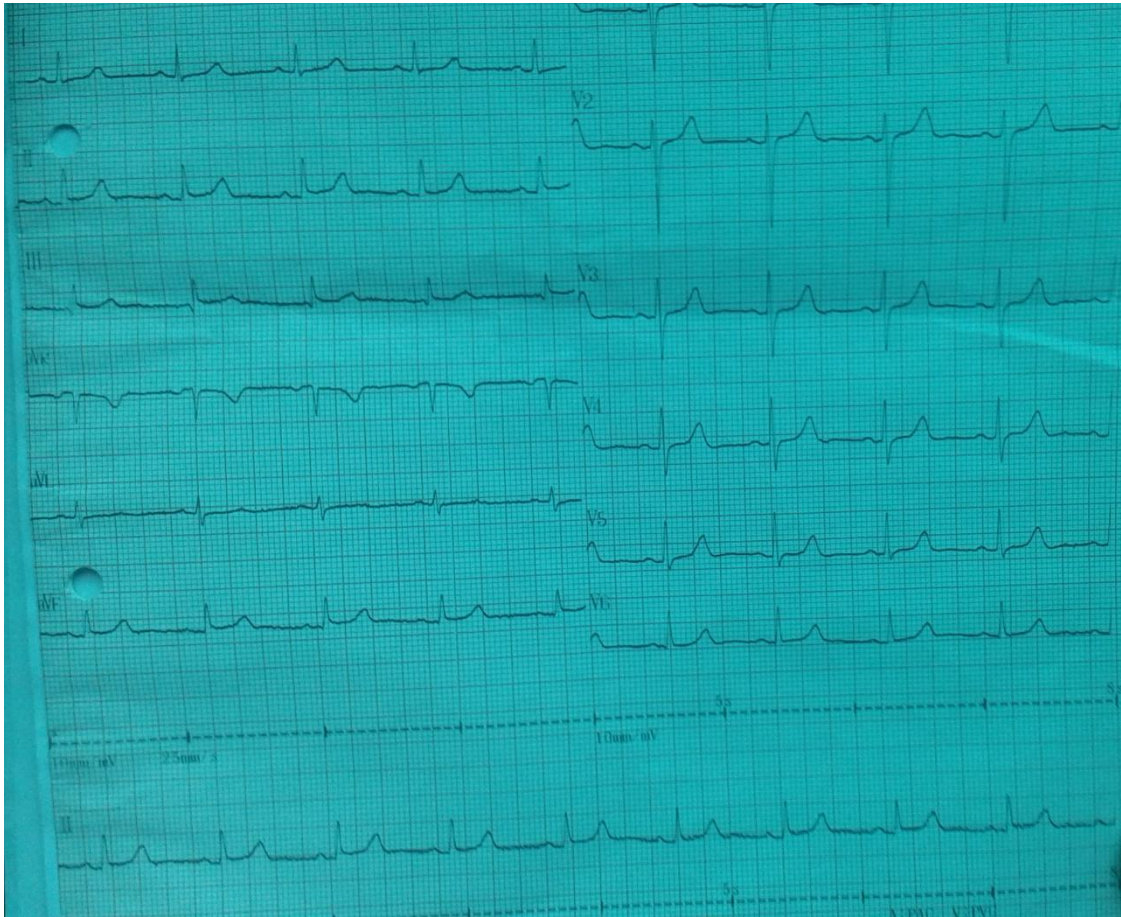


IMAGEN 11.5

LESIÓN EN RESOLUCIÓN



IMAGEN 11.6



ELECTROCARDIOGRAMA

IMAGEN 11.7

RX STANDAR DE TORAX

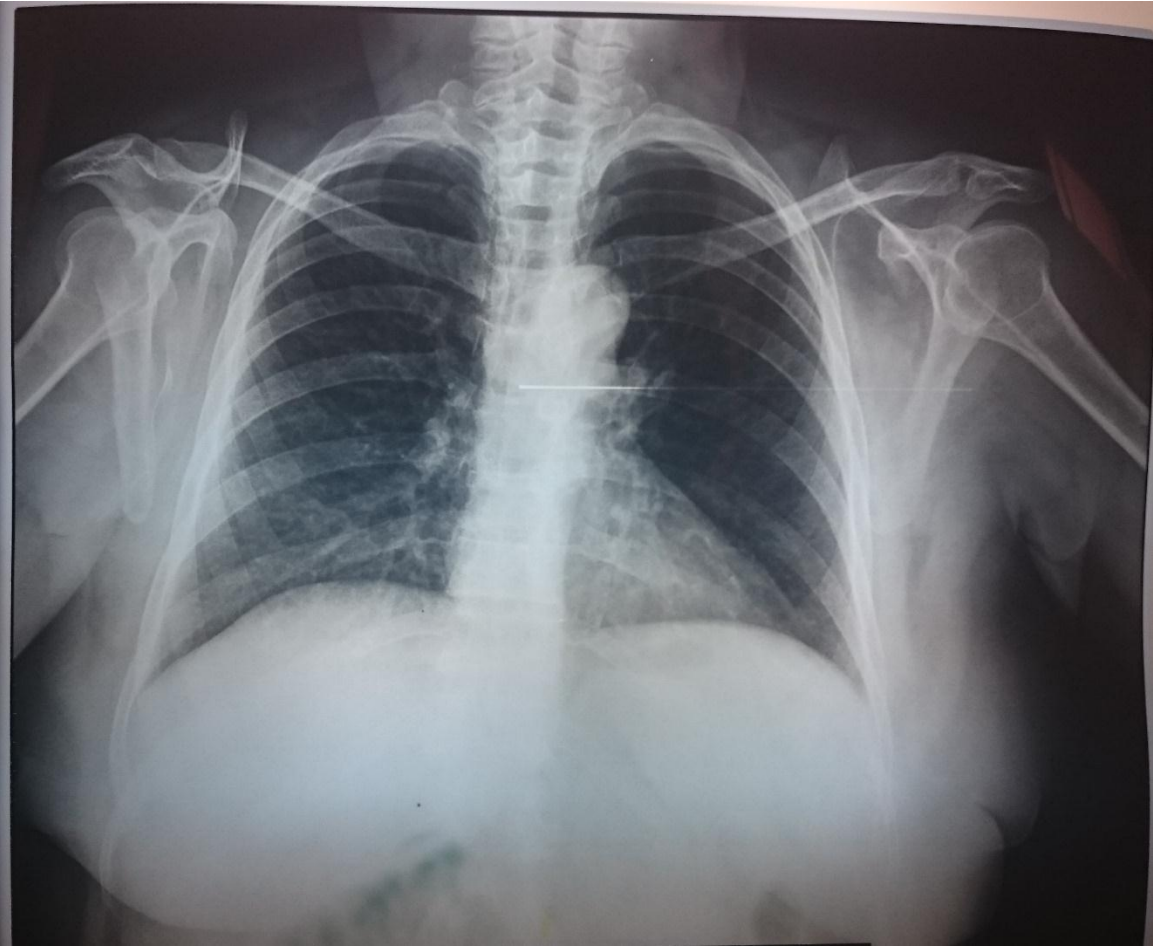


IMAGEN 11.8

HISTOPATOLÓGICO N° 2

ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA

FECHA DE ENTREGA

DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE	N° DE PIEZAS
Dr. Santiago Arguello FIRMA DEL MEDICO	

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE ENTREGA	N° INFORME
20/07/2015	28/07/2015	2234-15

DESCRIPCION MACROSCOPICA:
Se recibe fragmento de piel de la región anal, que mide 1.7 de longitud por 0.6 de diámetro. SPTM (1C).

DESCRIPCION MICROSCOPICA:
En los cortes efectuados se observa epidermis con una macada acantosis y gruesas prolongaciones interpapilares. Todo el espesor de la epidermis sustituido por células de aspecto tumoral y crecimineto desorganizado, irregulares, con núcleos anisocarióticos y muy picnóticos con mitosis atípicas, queratinización individual, formación de perlas corneas, todo lo cual se extiende a la capa cornea y se mezcla con abundante queratina. En algunos puntos específicos se observa rotura de la membrana basal y pequeños grupos de células anaplásicas "gotean" al dermis. Algunas células con espacios claros en el citoplasma en halo perinuclear. Existe un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario denso en el dermis superior. Un borde de la piel se muestra libre de lesión, hacia el otro se observa zona ulcerada.

DIAGNÓSTICO:
* CARCINOMA INTRAEPITELIAL (ENFERMEDAD DE BOWEN) PERIANAL.
* POSIBLE INICIO MICROINFILTRACION.

NOTA: No es posible descartar mayor grado de infiltración en otros sitios de la lesión.

Dr. José Rodríguez
ANATOMO-PATOLOGO
MSP L. 3-E F. 5 N° 13

Dr. José Rodríguez F.

ITAL PROVINCIAL D.O.C.
SERVICIO DE
PATOLOGIA Y

ENTREGADO 29 JUL

IMAGEN 11.9

12. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., CI....., previa explicación, doy mi consentimiento, para la utilización de los datos que reportan en la historia clínica con el número de historia clínica N..... previo explicación, doy mi consentimiento informado el día.....de ... del 2015 para la realización y presentación de su caso clínico. El presente consentimiento informado, lo firmo, para permitir que la Srta. Cazar Gallegos Thalía Fernanda egresada de la carrera de medicina: con cédula de identidad No. 1804009577, estudiante de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO use la información médica de la historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“CÁNCER DE CANAL ANAL”**.

Después de haber leído detenidamente la hoja de consentimiento informado y de haber escuchado las respuestas a mis inquietudes en forma voluntaria autorizo a que se me tomen los datos necesarios para la realización de dicho análisis de caso. La información obtenida será confidencial

.....
Cazar Gallegos Thalía Fernanda
Egresada de la carrera de medicina
CI: 1804009577

.....
Sra:
Paciente de HPDA
CI: