



01

INDICACIONES DE SCREENING DE CÁNCER ANAL

Dra. Natalia Serber

Agenda

JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN

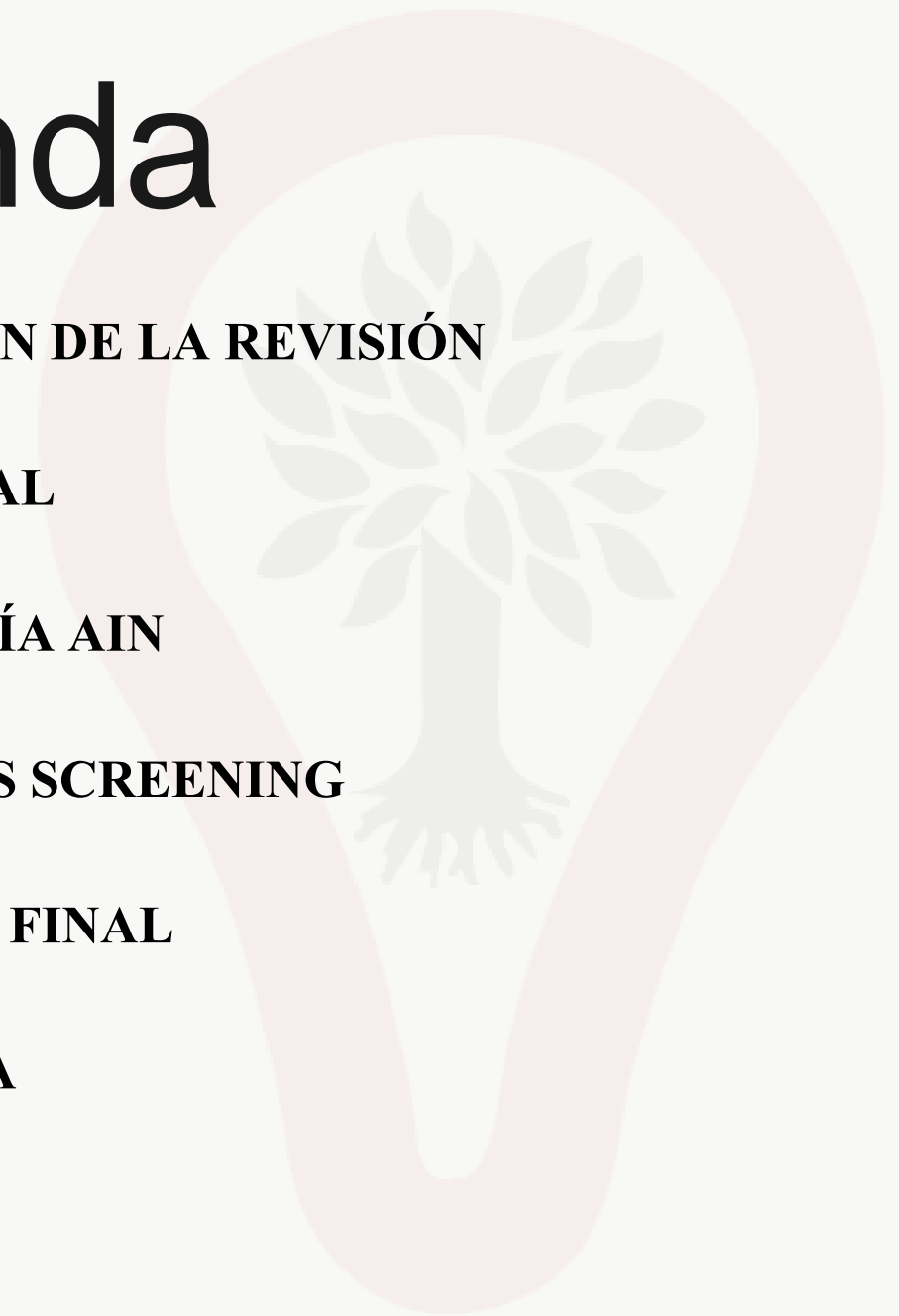
EL CANAL ANAL

TERMINOLOGÍA AIN

INDICACIONES SCREENING

COMENTARIO FINAL

BIBLIOGRAFIA





Justificación de la revisión

- La **incidencia anual** del cáncer anal se encuentra en aumento, siendo aproximadamente del **2%**[1].
- La **edad media** de presentación del cáncer anal es a los **60 años**[1].
- **Factores de riesgo:** infecciones de transmisión sexual (VPH, VIH), tabaquismo, algunas prácticas sexuales (inicio temprano de relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, HSH*, inmunosupresión crónica (transplante de órganos sólidos, corticoterapia crónica) [2].
- **IARC** considera que hay una fuerte evidencia para considerar al **VPH** como **factor carcinogénico** de esta neoplasia[3].
- Se estima que el 90% del cáncer escamoso anal esta causado por los genotipos oncogénicos del VPH, **siendo el 16 asociado en el 75% de los casos**[3].

.*HSH: hombres que tienen sexo con hombres



El canal anal.

- El canal anal tiene una UEC*--> es el punto donde el epitelio anal escamoso se encuentra con el epitelio columnar rectal, y está ubicada a nivel de la línea pectínea.
- La “ZT* anal” es el área donde se produce el proceso de metaplasia escamosa, siendo este área susceptible a la infección por el VPH[4][5].

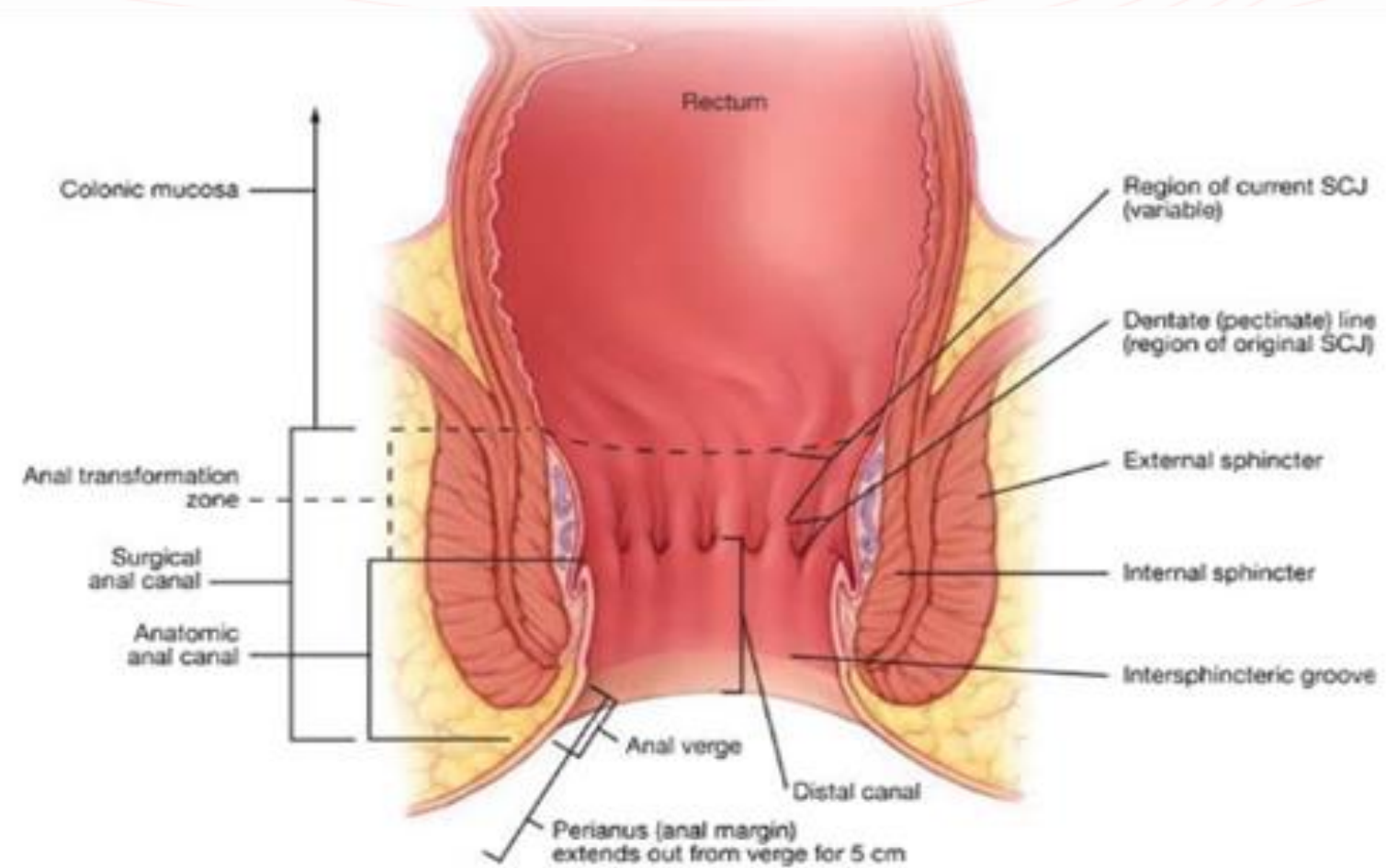


FIGURA 1: ANATOMIA DEL CANAL ANAL[5]

*UEC: Unión escamo columnar

*ZT": Zona de Transformación



Terminología AIN.

Siguiendo los lineamientos duales del Proyecto LAST 2021 que unifica la terminología histológica de las neoplasias intraepiteliales del tracto genital inferior, el AIN se clasifica en[6]:

- Neoplasia intraepitelial de bajo grado (L-SIL): AIN 1.
- Neoplasia intraepitelial de alto grado (H-SIL): AIN 2-3.

Se considera que la neoplasia intraepitelial anal (AIN) de alto grado es producida por el VPH y es la lesión precursora del cáncer anal de células escamosas[1].



Indicaciones Screening

Las lesiones precursoras anales, al igual que las cervicales suelen ser **asintomáticas**.

Hasta el momento **no hay evidencia** que indique que sea necesario realizar screening en pacientes **sanas y asintomáticas**.

En mujeres que son sanas pero que presentan algún **síntoma** (sangrado, dolor, prurito, quemazón) se recomienda al menos realizar un **tacto rectal**[3].

En **grupos de riesgo** debería realizarse pesquisa con **anamnesis** de síntomas anales y **tacto rectal**. Los expertos consideran además la **detección precoz** con **citología anal de rutina**, y en lo posible **anoscopía de alta resolución (AAR)** que guie la toma de biopsia de imágenes sospechosas [3].



Indicaciones Screening

- Las **categorías de riesgo** en las que se recomienda realizar el screening de cáncer anal son[3]:
 - **Portadores del VIH,**
 - **Lesiones de alto grado o cáncer en algún sitio del tracto genital inferior,**
 - **Trasplante de órganos sólidos,**
 - **Enfermedades sistémicas (Lupus eritematoso sistémico, Enfermedad de Crohn),**
 - **Condilomas perianales.**



Indicaciones Screening

- La **citología anal** tiene una sensibilidad variable en distintos reportes (50-70%), siendo mayor en VIH+.
- Se requiere de una **celularidad adecuada** (2000-3000 células), y la muestra puede estar limitada por la presencia de materia fecal.
- Se realiza con el paciente de decúbito lateral izquierdo introduciendo un cepillo endocervical hasta **4cm en el canal anal**, rotándolo en sentido antihorario, luego se extiende la muestra en el porta objeto y se fija[7].
- A continuación, se realiza un **tácto unidigital** con lidocaína en gel para verificar la indemnidad de la anatomía, la presencia de tumoraciones, úlceras, etc.[7].



Indicaciones Screening

- Se procede con la AAR que utiliza las mismas bases que la colposcopia, teniendo como **objetivo visualizar la ZT e identificar cambios acetoblanco, mosaicos, puntillados, vasos irregulares.**
- Una AAR **completa y satisfactoria** es aquella en la que se visualiza completamente el ano (que incluye: vértice del canal anal, canal anal, toda la circunferencia de la UEC, ZT, margen anal, periano).
- Visualizar y graduar estas imágenes **requiere un entrenamiento.**
- Si se ven **imágenes sospechosas** de lesión de alto grado o invasión acorde a la clasificación de la IFCPC 2011 (incluida en un apartado de la de vulva) se debe tomar una biopsia.
- Las pinzas más adecuadas para la mucosa anal suelen ser las mini Tischler^{[5,7][8]}.



Comentario Final.

El pionero en el estudio de las lesiones precursoras de cáncer anal mediante AAR fue el **Dr. Joel Palesfsky**.

Desde el año 2014 lidera un ensayo clínico denominado “**ANCHOR STUDY**” (Anal cáncer/HSIL Outcomes Research Study).

El mismo tiene como **objetivo principal** comparar distintos tratamientos ablativos y escisionales vs observación de AIN de alto grado en pacientes VIH+ mayores de 35 años.

Este estudio se encontraba en **Fase III**, con un total de **4446 participantes**. Si bien aún no están los resultados finales publicados, el estudio se ha finalizado en Octubre del 2021, antes de lo previsto, ya que **se demostró que el tratamiento de las lesiones precursoras del cáncer anal puede reducir significativamente el riesgo de progresión a cáncer anal avanzado en las personas con VIH**[9].

Estos recientes resultados denotan la importancia de la detección precoz en los ya demostrados grupos de riesgo, y serán la base de nuevas guías para el manejo diagnóstico y terapéutico del AIN.



BIBLIOGRAFÍA

1. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED Jr, Aranda C, Jessen H, et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. N Engl J Med. 2011;365: 1576–1585.
2. Valvo F, Ciurlia E, Avuzzi B, Doci R, Ducreux M, Roelofsen F, et al. cáncer of the anal region. Crit Rev Oncol Hematol. 2019;135: 115–127.
3. Moscicki A-B, Darragh TM, Berry-Lawhorn JM, Roberts JM, Khan MJ, Boardman LA, et al. Screening for Anal cáncer in Women. J Low Genit Tract Dis. 2015;19: S27–42.
4. Limoges-Gonzalez M, Al-Juburi A. Anal Intraepithelial Neoplasia. J Clin Gastroenterol. 2017;51: 203–207.
5. Hillman RJ, Cuming T, Darragh T, Nathan M, Berry-Lawthorn M, Goldstone S, et al. 2016 IANS International Guidelines for Practice Standards in the Detection of Anal cáncer Precursors. J Low Genit Tract Dis. 2016;20: 283–291.
6. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Arch Pathol Lab Med. 2012;136: 1266–1297.
7. Web. Manifestaciones Clínicas y Anoscópicas de las Lesiones Escamosas Cintraepiteliales de Alto Grado Anales. [cited 15 Dec 2021]. Available: <https://www.sacp.org.ar/revista/index.php/30-ultima-edicion/volumen-30-numero-4/255-manifestaciones-clinicas-y-anoscopicas-de-las-lesiones-escamosas-cintraepiteliales-de-alto-grado-anales>
8. eamonnc. IFCPC Nomenclature. [cited 15 Dec 2021]. Available: <https://ifcpc.org/medical-professionals/ifcpc-nomenclature/>
9. www.anchorstudy.org. [cited 15 Dec 2021]. Available: https://anchorstudy.org/sites/default/files/newsletters/anchor_press_release_07oct2021_word_format_esp-us.pdf



Para información contactanos:

www.colpoweb.org

✉ sociedad@colpoweb.org

☎ (54 11) 4823-6187

☎ (54 11) 4825-5141

Redes Sociales



Colpoargentina