

NOTA CIENTÍFICA: CARCINOMA COLORRECTAL

SOBRE FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA.

Al Cidoncha Berlanga, A Acosta Rodríguez, P Cremades Belmonte, N Monge Ropero, JC Trapero Díaz, J Etreros Alonso, V García Gutiérrez, JG. Aís Conde.

Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Segovia. Segovia, España.

Correspondencia: para contactar con la autora accionar [aquí](#) (Ana I. Cidoncha Berlanga).

ABSTRACT:

Introducción: Las fístulas anales son trayectos recubiertos de tejido de granulación que comunican el revestimiento del canal anal con la piel perineal. Se pueden clasificar en complejas y simples, siendo las complejas aquéllas cuyo tratamiento conlleva un mayor número de recidivas o de trastornos de continencia.

Caso clínico: Paciente de 74 años diagnosticado de fístula perianal compleja. Durante el seguimiento en consultas externas presenta empeoramiento clínico, por lo que se realiza reintervención, siendo diagnosticado en pieza quirúrgica de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tras la realización de colonoscopia, se objetivan dos focos más a 15 y 25 cm de margen anal y un tercero en relación al trayecto fistuloso, el cual se considera como un tercer tumor primario sincrónico, ya que el fenotipo y la histología es muy similar a las otras dos neoplasias.

Conclusiones: Sobre las fístulas complejas puede aparecer degeneración maligna por la inflamación crónica, siendo más frecuente el subtipo mucinoso o coloide, pero también puede darse la aparición de adenocarcinomas sincrónicos. Por

lo tanto, es importante la exploración de las fístulas complejas, requiriendo en alguna ocasión de la realización de colonoscopia como estudio preoperatorio así como biopsia de la zona para descartar malignidad a ese nivel.

Palabras clave: fístula perianal, adenocarcinoma colorrectal, inflamación crónica, tumor mucinoso.

NOTA CIENTÍFICA:

Introducción:

Las fístulas anales son trayectos recubiertos de tejido de granulación que comunican el revestimiento del canal anal con la piel perineal. Se pueden clasificar en complejas y simples.

La fístula perianal se considera una lesión premaligna y puede degenerar en un adenocarcinoma mucinoso¹, siendo ésta una patología muy rara y que en ocasiones aparece como hallazgo casual tras el estudio anatomopatológico.

Caso clínico:

Paciente de 74 años que presenta supuración crónica perianal de 8-10 meses de evolución y molestias locales, sin abscesos, fiebre u otra complicación. Se diagnostica de fístula perianal compleja que es intervenida y que en el seguimiento en consultas externas en el año 2016 presenta nuevo empeoramiento clínico (ver **figura 1**), por lo que se decide reintervenir.

Se realiza fistulotomía con esfinteroplastia de ambos esfínteres (ver **figura 2**) sin complicaciones relevantes.

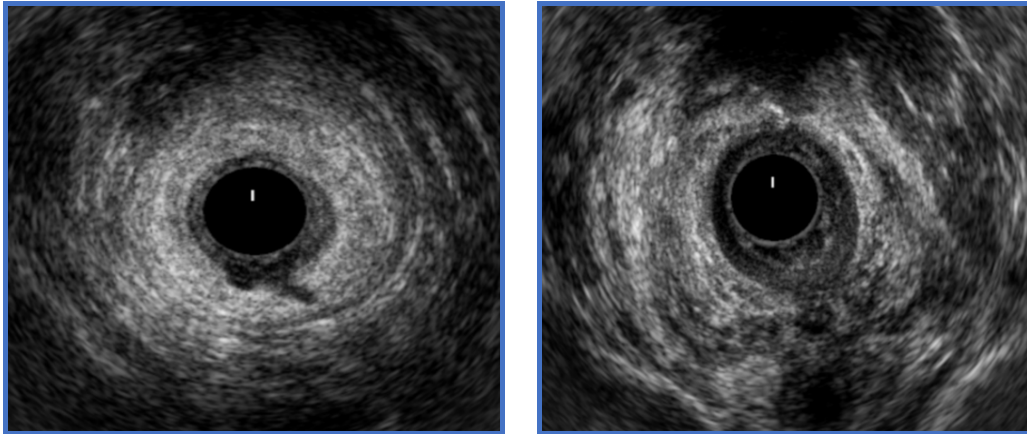


Figura 1: Ecografía endoanal de fístula perianal compleja.



Figura 2: Reconstrucción trayecto fistuloso tras exéresis.

En la Anatomía Patológica de la lesión, se describe trayecto fistuloso y piel ampliamente infiltrada por adenocarcinoma moderadamente diferenciado con áreas de necrosis y calcificación. Ante el hallazgo, se realiza colonoscopia que muestra neoplasias sincrónicas de colon a 15 y 25 cm del margen anal y un estudio de extensión (TAC toraco-abdomino-pélvico) que no muestra enfermedad a distancia.

Con estos hallazgos, el paciente es sometido a amputación abdominoperineal con resección de piel y tejido perifistuloso de 1 cm y cierre primario de la herida perineal, asociado a linfadenectomía inguinal izquierda. El estudio

anatomopatológico definitivo concluye que presenta tres adenocarcinomas, bien diferenciados, dos de localización rectal y sigmoidea y un tercero de localización anal, sincrónicos. No se observan características histológicas sugestivas de inestabilidad de microsatélites. Márgenes libres de infiltración tumoral: los márgenes proximal y anal se encuentran a más de 3 cm, el margen radial (mesorrecto) se encuentra a más de 3 cm y el margen profundo circunferencial de los tejidos blandos del ano se encuentra a 1,2 cm de la neoplasia de localización anal. No se observan invasión vascular ni perineural ni depósitos tumorales. Se aíslan 31 ganglios linfáticos, observándose metástasis en 1 de ellos que se encuentra localizado en la grasa perirrectal proximal, cercano al tumor de localización más proximal. En el tejido linfograso inguinal izquierdo se aíslan 5 ganglios linfáticos sin evidencia de metástasis. Clasificación TNM: T2(m), N1a(m), Mx(m).

Discusión:

El adenocarcinoma mucinoso en las fístulas perianales crónicas se ha descrito con una incidencia en torno al 3-11 % de los tumores del canal anal². Puede tener múltiples etiologías, siendo una de ellas la degeneración de fístulas de más de 10 años de evolución³. Sin embargo, es difícil distinguir si se trata de una malignización de la fístula o que provenga de un tumor de recto primario que presente una fístula como complicación⁴. La implantación de un tumor primario colorrectal sobre una fístula tras la cirugía es controvertida, si bien se recomienda la administración de agentes citostáticos intraluminales durante la intervención¹.

Algunos estudios en los últimos años sostienen que se beneficiarían de un tratamiento con quimiorradioterapia pre y postquirúrgica, si bien es necesaria la cirugía, practicando una amputación abdominoperineal con linfadenectomía si fuera

necesaria⁵. No existe consenso sobre la forma de abordar este tipo de casos, aunque se sabe que es importante la biopsia de todos los abscesos o fístulas perianales crónicas para establecer un diagnóstico y tratamiento temprano⁶.

Respecto al caso aquí presentado, la fístula podría ser un tercer tumor primario sincrónico, como opción más probable, dado que el fenotipo y la histología son muy similares a los otros dos existentes. Los adenocarcinomas asociados a fístulas anales son de tipo coloide/mucinoso y fenotipo intestinal que no coincide con lo hallado en nuestro caso.

Se han descrito algunos factores que predisponen a la aparición de tumores sincrónicos como los estudios de histoquímica, presencia de mucina y la presentación histológica (tamaño, tipo de crecimiento en mucosa y grado de displasia)⁷.

Conclusiones:

La fístula perianal compleja se considera una lesión premaligna y puede degenerar en un adenocarcinoma mucinoso o coloide por efecto de la inflamación crónica, pero también pueden aparecer en su seno adenocarcinomas sincrónicos.

Por lo tanto, es importante la exploración de las fístulas complejas, requiriendo en alguna ocasión de la realización de colonoscopia como estudio preoperatorio así como biopsia de la zona para descartar malignidad a ese nivel.

El manejo de estos casos es controvertido ya que no existe evidencia suficiente, considerando que la amputación abdominoperineal es necesaria en todos los casos, pudiendo asociar o no quimioterapia en los casos en los que exista afectación de los ganglios inguinales, e incluso radioterapia.

Declaraciones y conflicto de intereses: El manuscrito ha sido revisado y aprobado por todos los autores. No existe conflicto de intereses con la revista ACIRCAL.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Zbar AP, Shenoy RK. Synchronous carcinoma of the sigmoid colon and a perianal fistula. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(4): 544-545.
- 2.- Mates IN, Dinu D, Radulescu G, Iosif C. Infiltrating mucinous carcinoma developed on chronic anal fistula; diagnostic and surgical difficulties. *Chirurgia (Bucur)*. 2003; 98(5): 459-464.
- 3.- Sandiford N, Prussia PR, Chiappa A, Zbar AP. Synchronous mucinous adenocarcinoma of the rectosigmoid seeding onto a pre-existing anal fistula. *Int Sem in Surg Oncol* 2006; 3:25.
- 4.- Torres Gómez FJ, Fernández Machín P, Pastor Roldán Aviña J, Torres Gómez A. Basaloid carcinoma on a perianal fistula. *Cir Esp*. 2010; 87(2): 116-117.
- 5.- Patrinoú V, Petrochilos J, Batistatou A, Oneniadum A, Venetsanou-Petrochilou C. Mucinous adenocarcinoma arising in chronic perianal fistulas. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33 (2): 175-176.
- 6.- Dal Bo R, Discalzo L, Conti F, Cimarelli S. Carcinogenic perianal fistula. *Minerva Chir*. 1990; 45(13-14): 981-2
- 7.- Miguel A Rodríguez-Bigas. Axel Grothey. Overview of the management of primary colon cancer. *AJCC Cancer Staging Manual, 8th, Amin MB (Ed), AJCC, Chicago 2017. p.251.*