



Ariadna Céspedes Moncada

Cáncer de ano y actividad sexual

Cáncer de ano y actividad sexual

Ariadna Céspedes Moncada



Ediciones UO

Edición y composición: Carlos M. Rodríguez García
Cubierta: Adrian Amed García Jardines

© Ariadna Céspedes Moncada, 2020

© Sobre la presente edición

Ediciones UO, 2020

ISBN: 978-959-207-668-6

EDICIONES UO

Patricio Lumumba s/n

Altos de Quintero

Santiago de Cuba, Cuba

e-mail: edicionesuo@gmail.com

<http://ediciones.uo.edu.cu>



*A todas las personas que ejercen
el arte de educar*

Índice

Introducción / 9

Capítulo 1. Características anatómicas del ano / 13

Capítulo 2. Cáncer anal / 19

Factores de riesgo / 20

Tipos de cáncer anal / 33

Causas del cáncer de ano / 42

Síntomas del cáncer anal / 44

Diagnóstico del cáncer anal / 47

Etapas del cáncer anal / 48

Opciones de tratamientos de algunas lesiones precursoras / 51

Opciones de tratamiento del cáncer anal / 57

Seguimiento / 61

Capítulo 3. Prevención del cáncer anal / 63

Medidas para mantener la salud anal / 67

Nutrición / 70

Ejercicios físicos. Técnica de Kegel / 79

Higiene / 80

Sexo anal saludable / 83

Prevención del contagio con el virus del papiloma humano (VPH) / 88

Examen proctológico / 89

Capítulo 4. Vivir con colostomía / 95

Cuidados / 96

Grupos de apoyo / 98

Glosario / 101

Bibliografía / 107

Introducción

El ano, segmento del aparato digestivo tan usado, no se destaca como objeto de estudio de trabajos publicados en la literatura médica cubana. Dentro de las afecciones más frecuente y difundidas entre la población, figura la enfermedad hemorroidal; sin embargo, el temido cáncer anal, no es estudiado de manera habitual.

Hablar de cáncer anal (conducto y margen anal) es poco usual debido a la baja incidencia de la enfermedad población mundial, representa solo el 2 % de todos los cánceres ano-recto-colónicos. En la población general se identifican de 7 a 9 pacientes por cada millón de habitantes. En España, por ejemplo, se estima una incidencia anual de 0,2 casos por 100 000 habitantes, afecta sobre todo a mujeres. Contradictoriamente, resulta alarmante que su incidencia se nutre de una

población de riesgo superior a la del cáncer de cérvix, experimenta un aumento significativo en los últimos años, lo que lo convierte a largo plazo en un gran problema de salud.

El cáncer anal puede presentar diferentes tipos histológicos, como carcinoma epidermoide, enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget, sarcoma de Kaposi*, entre otras. El carcinoma epidermoide o de células escamosas es la neoplasia más frecuente entre los tumores malignos anales. En su mayoría, guardan un elemento común basado en la progresión de lesiones neoplásicas intraepiteliales (NIA). Estas lesiones neoplásicas se producen como consecuencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) más conocido por sus siglas en inglés como HPV, en especial el VPH 16 aunque se describen otros genotipos de alto riesgo u oncogénicos como el 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 y 52.

El VPH es altamente transmisible y se considera hoy día como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en la mayoría de las poblaciones. Se transmite mediante el contacto de la piel o mucosas. La principal vía de contagio es la vía sexual (por penetración vaginal y/o anal) y menos frecuente por el contacto piel con piel de la zona genital y por la contracepción oral. Cual-

quier persona con una vida sexual activa que tenga contacto genital (incluso sin penetración) con otra persona infectada por el VPH puede contagiarse.

Como mínimo, un 50 % de las personas que han tenido relaciones sexuales se infectará con el VPH en algún momento de su vida. La asociación del cáncer anal con la actividad sexual expone a toda la población cubana a ingresar, con el decursar de los años, en los principales grupos de riesgo.

El cáncer anal es una enfermedad curable, por lo que incrementar las labores de educación, promoción de salud y prevención a todos sus niveles resulta un importante paso. Acortar el intervalo de tiempo transcurrido entre la primera consulta coloproctológica de pacientes aparentemente sanos, en riesgo o enfermos en etapas tempranas, a la identificación del riesgo o el diagnóstico de enfermedades premalignas o el cáncer propiamente dicho, permite la realización de tratamiento oportuno, con objetivo curativo.

El fallo de las estrategias de prevención implica diagnósticos en estadios avanzados. En Santiago de Cuba más del 60 % de los pacientes diagnosticados en 2018 se encontraban en el estadio III y IV, lo que trae como consecuencia la realización de cirugías radicales que incluyen una colostomía

permanente. Esto desencadena una serie de conflictos físicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales para el paciente y su familia e impone su incorporación a programas de apoyo y rehabilitación para pacientes colostomizados. El diagnóstico temprano garantiza, entre otros aspectos, mejoras de la calidad de vida del paciente con cáncer anal y multiplica años de supervivencia.

Contribuir a los conocimientos de la población sobre el cáncer anal es el compromiso de este libro. Con este propósito, el volumen, promueve el desarrollo de una cultura respecto al tema, brinda consejos sobre algunos aspectos de salud sexual y proctológica, e incentiva al autocuidado como principal herramienta para mantener un cuerpo saludable.

Capítulo 1. Características anatómicas del ano

Examinar nuestro cuerpo resulta un elemento significativo. Facilita reconocer el tránsito de sus funciones o características normales, o alguna alteración específica a la aparición de enfermedad. Al cuidarlo de forma consciente, responsable e individualizada se involucran conocimientos personales con acciones preventivas. Al igual que se acude a realizar un chequeo estomatológico, la prueba citológica, el autoexamen de las mamas o el examen del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) con carácter preventivo, se debe acudir a realizar un chequeo proctológico, principalmente si se tiene alguna condición de riesgo.

El ano es un órgano que está situado al final del tracto digestivo, por abajo del recto, situado

en el extremo inferior del surco interglúteo, fijo por elementos musculares y fasciales al piso pélvico, con salida externa a través de él.

Tiene una forma oval y en estado de reposo queda reducido a una hendidura, por pliegues radiados, que desaparecen con su distensión durante el acto defecatorio o la anorrección. Compuesto, esencialmente, de un aparato muscular que conforma el aparato esfinteriano, que tiene como función, controlar el paso de los gases y materia fecal desde el recto hacia afuera del cuerpo, tapizado por dentro por un revestimiento cutáneo mucoso especial.

Se divide en dos secciones: el conducto anal y el margen o borde anal. El primero se extiende desde la unión anorrectal en la superficie superior del piso pelviano, mide de 3,5 a 4 cm en hombres, más corto en las mujeres; estas dimensiones pueden variar hasta alcanzar hasta 5 cm en dependencia de la talla del individuo. Pasa a través del anillo del mismo nombre, que coincide, por encima con el borde superior del esfínter interno y por debajo con el surco interesfintérico, entre el esfínter interno y el haz subcutáneo del externo (imagen 1).

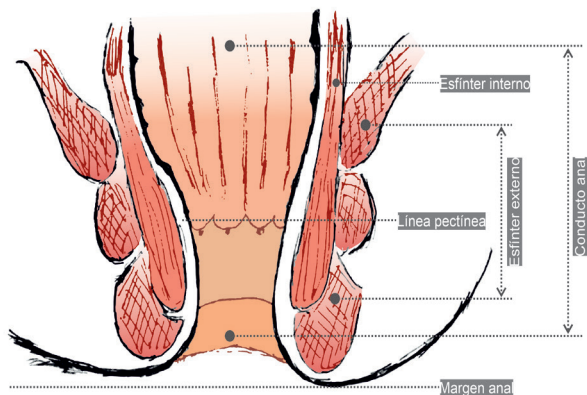


Figura 1. Anatomía interna del ano

El margen anal o borde anal se extiende distal a este surco a un área circunferencial de 5 cm, con hiperpigmentación. El revenimiento externo del ano (imagen 1) es una piel modificada, que se diferencia de la piel ordinaria en que es más delgada, desprovista de pelos y presenta pliegues cutáneos radiales, producidos por la contracción del músculo corrugador del ano y ases del esfínter anal externo, que dan aspecto de diafragma de lente fotográfica a la parte externa del ano.

El interior del ano posee un recubrimiento mucoso, presenta de 8 a 10 pliegues denominados columnas. Cada una de estas termina con

una base alargada, forma pliegues mucosos, llamados valvas anales. Estas valvas juntas forman la llamada línea dentada o pectínea, elemento que constituye un importante referente anatómico y quirúrgico.

La capa mucosa del conducto anal se constituye por diversos epitelios. Luego del epitelio cilíndrico simple del recto aparece el cuboideo no queratinizado hasta la línea pectínea, lugar donde comienza la llamada zona de transición, situada por encima de la línea dentada, de unos 12-15 mm. Por la inestabilidad del epitelio se la denomina zona cloacogénica, la cual puede contener gran variedad de células.

La zona transicional es definida como el segmento entre el epitelio cilíndrico simple del recto y el epitelio escamoso no queratinizado; por debajo se extiende al margen anal donde pueden hallarse melanocitos. Dentro de las variantes epiteliales encontradas en la zona de transición se destacan las basales, que son pequeñas y cuboides altas; las superficiales pueden ser cilíndricas, cuboides, poligonales o planas.

Esta zona de metaplasia presenta una tasa de recambio celular alta, por lo que es propensa a la aparición de displasias y las NIA precursoras del cáncer anal. Estos cambios a nivel de la mucosa

permiten que, a pesar de su escasa longitud, en el conducto anal se desarrollen una gran variedad histológica de tumores malignos.

La piel de la región perianal que rodea al orificio presenta, por lo general, un color más oscuro, con abundantes folículos pilosos, glándulas sudoríparas, sebáceas y apocrinas (glándulas de Gay*).

El ano es un órgano muy vascularizado*, por lo que los traumas a este nivel pueden ocasionar sangrado con gran facilidad. La irrigación arterial es rica y con una relación directa a la del recto. El drenaje venoso también cumple iguales características y como aspecto significativo tiene la formación de los plexos* vasculares que constituyen las hemorroides.

Los nervios que inervan el ano son numerosos y por debajo de la línea dentada o pectínea pertenecen al sistema sensitivo somático, principalmente ramas de nervio pudendo. Esto proporciona que la zona posea un nivel alto de sensibilidad, en relación con la principal función que es la eliminación de la materia fecal de forma consciente y controlada, además de ser utilizada por mujeres y hombres como fuente de obtención de placer sexual mediante su estimulación o anorrecepción.

El drenaje linfático* de la zona tiene diferencias significativas. La zona ubicada en la línea dentada y por arriba de ella drena su linfa hacia arriba, pasa por los rectales superiores a los mesentéricos inferiores; hacia los lados, por los rectales medios a los ganglios hipogástricos. La zona ubicada por debajo de la línea dentada drena su linfa a los ganglios inguinales, motivo por el cual ante enfermedades de esta zona pueden aparecer ganglios inflamados en la región de la ingle.

Capítulo 2. Cáncer anal

El cáncer anal es una neoplasia maligna producto del crecimiento anómalo de alguna de las células que forman parte de esta estructura anatómica. Estas, además de crecer sin control, adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos aledaños (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis). El cáncer anal representa aproximadamente del 2 al 3 % de todas las neoplasias digestivas, con un incremento en los últimos 30 años en Estados Unidos, Europa y Sudamérica (Gamboa, 2015; Pedrero, 2016).

Se estima que cada año se diagnostican en Estados Unidos cerca de 8 300 casos nuevos de cáncer anal y unos 1 280 fallecimientos. Se ha detectado un aumento en las últimas décadas de la incidencia de cáncer de ano, que se calcula en un 2 % anual. La incidencia de cáncer epidermoide anal

en la población general es de 152 100 000 habitantes; en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de 36,9 y en HSH con VIH de 70-128. La incidencia en Uruguay para el período 2007-2011 correspondió a 88 casos, lo que equivale a 0,67 %.

En Cuba, el cáncer anal no se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte por localización de los tumores malignos. Durante 2018, en Santiago de Cuba se diagnosticaron 35 pacientes durante el 2017 y 41 en 2018, cifras no llamativas para los porcentajes nacionales. De forma paralela, fueron diagnosticados durante el ese primer año, 246 pacientes con cáncer de cérvix, 374 pacientes con condiloma genitales, 627 con enfermedad de transmisión sexual (sífilis* y blenorragia*), y otros pacientes el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los cuales integran los principales grupos de riesgo de esta enfermedad (Minsap, 2018).

A pesar que su incidencia en la provincia representa bajas tasas, el total de pacientes de riesgo aumentó en una cifra considerable, y los diagnósticos se realizan en estadios tardíos y en personas cada vez más jóvenes.

Factores de riesgo

Se identifican diferentes grupos de riesgo, que en su mayoría guardan como factor común la in-

fección pos VPH. Los individuos que se identifiquen en estos grupos son susceptibles de realizarse un examen proctológico completo con una frecuencia de 1 a 3 años, en dependencia del grado de riesgo que presente. Los grupos de riesgo se relacionan a continuación:

1. Infección por el virus del VPH.
2. Antecedentes de NIA de bajo y alto grado.
3. Infección por el virus del VIH.
4. Relaciones sexuales sin protección principalmente las anorreceptivas.
5. Mujeres con historia de enfermedad cervical o vulvar por VPH.
6. Mujeres con antecedentes de neoplasia intraepitelial* cervical (NIC) cáncer de cérvix o vulva.
7. Pacientes con infecciones de transmisión sexual no VIH ni VPH.
8. Pacientes trasplantados asociados a inmunosupresión.
9. Pacientes inmunodeprimidos.
10. Pacientes con cáncer de pene, faringe por VPH.
11. Adicción al tabaco.

Infección por VPH

La infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) es un grave problema a nivel mundial. Tiene una

capacidad de transmisión elevada y se considera como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en este ámbito. Con una alta prevalencia en las mujeres jóvenes que, en ocasiones, quedan infectadas desde que inician su actividad sexual.

El uso del preservativo no protege del virus de forma absoluta a consecuencia de que se transmite mediante el contacto de la piel o mucosas. El virus se encuentra en las secreciones. La principal vía de contagio es la vía sexual (por penetración vaginal y/o anal), y menos frecuente por el contacto piel con piel de la zona genital y por la contracepción oral. Cualquier persona sexualmente activa que tenga contacto genital (incluso sin penetración) con otra persona infectada por el VPH está expuesto al contagio.

Se han identificado más de 100 variedades de VPH, alrededor de 60 tipos causan verrugas vulgares en la piel; otros 40 afectan, además de la piel, las mucosas del organismo; de ellos aproximadamente 15 se relacionan con la aparición de lesiones premalignas o de cáncer.

Los subtipos de bajo riesgo, el 6, 11, 42, 43 y 44 se relacionan con condilomas acuminados y NIA de bajo grado; mientras que los de alto riesgo, con mayor potencial oncogénicos, son el 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 50, 51, 52, 53, 55, 56,

58, 59, y 68, los cuales se relacionan en NIA de alto grado y carcinoma invasor. Se describe un alto grado en la asociación de la infección por el VIH y VPH, de modo que, a nivel mundial, se muestra una alta incidencia de las NIA y los carcinomas anales en los grupos de pacientes infectados por el VIH.

El VPH está asociado a las causas de aparición de diferentes tipos de cáncer, al 100 % de los cánceres de cérvix, el 90 % de los cánceres anales, el 40 % de los cánceres de pene, vulva y vagina, aproximadamente a un 12 % del cáncer de orofaringe y el 3 % del cáncer oral. El virus penetra al organismo a través de microheridas o microabrasiones del tejido, e infecta las células poco diferenciadas de las capas basales del epitelio.

No existe tratamiento específico para exterminar el virus en sí. De acuerdo con reportes, más de la mitad de los hombres y mujeres contraerán una infección por el VPH en algún momento de sus vidas. La mayoría de estas infecciones no presentan síntomas y desaparecen con la ayuda del sistema inmunológico del cuerpo, usualmente transitoria, en el lapso de 2 años. Varios factores como la edad, la inmunodepresión, la contracepción oral, el tabaquismo, la predisposición genética y las características virales extienden el periodo de permanencia del virus en el organismo.

La única manera de evitar la infección con el VPH es a través de la abstinencia sexual, pues evita por completo el contacto de áreas del cuerpo de la persona infectada; o la vida sexual monógama con una persona no infectada. Sin embargo, el virus está diseminado en la población, la mayoría desconoce su estado de portador del VPH, y el comportamiento de abstinencia mencionado es casi imposible. Esto explica que la única manera efectiva de evitar la infección con algunos tipos de este virus, sobre todo la infección por los VPH de alto riesgo para generar el cáncer, es a través de la vacuna contra el VPH. En Cuba, a consecuencia de las limitaciones económicas existe una disposición insuficiente para la detección del virus y de vacunas para la inmunización de la población en riesgo

Antecedentes de NIA de bajo y alto grado

Las neoplasias intraepiteliales anales (NIA), además de ser una condición de riesgo, son las precursoras de numerosas variedades histológicas del cáncer anal. Fenger y Nielsen en 1981 fueron los pioneros en describir la lesión precursora del carcinoma anal y utilizaron el término NIA.

Los grupos de población que presentan un mayor riesgo de contacto con el VPH presentan similar riesgo de desarrollar NIA: historia

de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grado o carcinoma de cérvix, pacientes infectados por el VIH, pacientes inmunodeprimidos por otras causas, tener parejas sexuales de otros grupos descritos o el contacto sexual anorreceptivo desprotegido. Realizar acciones para evaluar la prevalencia de NIA es una forma de prevenir el cáncer anal. Las que incluyen la realización de una interconsulta especializada para entre otros aspectos realizar el examen físico de la región, la citología anal y la anoscopia de alta resolución con tinción química.

Las NIA se dividen en grado I, II y III en función de la aparición de células displásicas que afecten al epitelio de menor a mayor profundidad, respectivamente. La lesión intraepitelial escamosa (SIL, por sus siglas en inglés) de bajo grado incluiría la NIA de grado I (NIA I), mientras que la SIL de alto grado será sinónimo de NIA de grado II y III.

Se desconoce la incidencia y prevalencia exactas de las NIA. La mayoría de los pacientes no presentan síntomas y las NIA suele detectarse de manera incidental, al realizar un estudio anatomopatológico de las piezas resecadas en cirugía anal (hemorroides, condilomas anales y otros).

Desde el punto de vista citológico, puede definirse de forma similar a las lesiones del cérvix uterino y, por lo tanto, puede utilizarse la clasificación de Bethesda.

Tabla 1. Clasificación de Bethesda

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	Organismos (Trichomonas, Herpes, Cándida, Actinomyces, Citomegalovirus)
	Cambios celulares reactivos (inflamación, radiación)
Anormalidades de células epiteliales	Células escamosas anormales
	ASCUS: células escamosas atípicas citológica de significado indeterminado
	ASCH: células escamosas atípicas, no se puede excluir HASIL
	LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
	LASIL: lesión intraepitelial escamosa anal de bajo grado
	Lesiones por VPH
	NIA I
	HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado
	HASIL: lesión intraepitelial escamosa anal de alto grado
	Displasia moderada (NIA 2)
	Displasia severa (NIA 3)
	Carcinoma <i>in situ</i>
	Carcinoma de células escamosas

El diagnóstico y tratamiento oportuno de estas lesiones es necesario para garantizar una supervivencia con calidad de vida a la población afectada.

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

El derecho a la diversidad sexual y de género es un tema analizado, de forma álgida, en los esce-

narios políticos, sociales y culturales. Este término se utiliza para referirse, de manera inclusiva, a toda la diversidad de sexos, orientaciones sexuales e identidades de género, sin necesidad de especificar cada una de las identidades, comportamientos y características que conforman esta pluralidad.

Los estigmas culturales acerca del tema, hacen que persistan en la sociedad manifestaciones de irrespeto, rechazo y discriminación hacia personas con diferentes orientaciones sexuales. Acciones y actitudes que parten de la familia e incluye otros espacios en los que se desarrolla el individuo.

Como consecuencia, estas personas constituyen un grupo vulnerable desde el punto de vista psicológico, social y económico; de modo que adoptan, como resultado, conductas sexuales sin percepción del riesgo un alto porcentaje de violencia y contagios de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y el VPH, actividad sexual irresponsable, no utilización del preservativo como medio de protección, además de desconocer particularidades anatómicas de su cuerpo, los peligros y placeres de una penetración anal.

Incrementar las actividades de educación sanitaria y promoción de salud a la población permitirá la sensibilización en torno al autocuidado, la responsabilidad, el conocimiento de los factores de riesgos y herramientas de prevención. De este modo, se contribuye a disminuir la incidencia de las ITS; en resumen, mantener una buena salud sexual.

Pacientes infectados con el virus de VIH

En los pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el riesgo de que las neoplasias intraepiteliales anales deriven en cáncer está asociado con elementos de supresión inmunitaria, entre otros. Con la aparición de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (Targa), se incrementa la esperanza de vida de los pacientes asociado al tratamiento anti-VIH, y con esta el tiempo para que se desarrollen estas lesiones. De ahí la importancia de la realización de acciones de prevención a este grupo poblacional, que incluye el uso de vacunas contra el VPH.

Antecedentes de cáncer o displasia de cuello de útero vulvar o vaginal

El conducto anal y el cuello uterino tienen la misma característica histológica. Las mujeres con antecedentes de cáncer cervical o vulvar, y neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o vulvar

de bajo y alto grado, presentan un riesgo aumentado de NIA y cáncer anal, posiblemente debido a la exposición al VPH. Se establece una relación de probabilidad de infección por VPH, cáncer de cuello y cáncer anal. La incidencia en las pacientes que presentan cáncer de cuello uterino o NIC es de 3 a 5 veces mayor que en las que no la presentan. Por lo que es prudente determinar la incidencia de NIA en mujeres que acuden al consultorio de patología cervical.

La infección por VPH y citología anal anormales son comunes en diversas poblaciones en pacientes infectadas por VIH. Citología cervicales anormales, previos o concurrentes, presencia de VPH cervical, o historia de otras enfermedades de transmisión sexual se asocian con un incremento de la citología anal patológica. Hay una alta correlación entre citología anal y cervical anormal e infección cervical y anal por VPH, por lo que estos pacientes tienen un riesgo mayor de presentar enfermedades a nivel anal.

Infecciones de transmisión sexual

Numerosos microorganismos producen infecciones que pueden transmitirse a través de las prácticas sexuales, estimulación manual y el contacto con la piel de la pareja con o sin penetración vaginal o

anal, sexo oral en todas sus modalidades (felación*, cunnilingus o anilingus), mediante el intercambio de secreciones como saliva, sangre, leche materna, fluidos vaginales y semen. Estas, además, pueden transmitirse por otras vías según su agente causal.

Entre las causadas por virus se identifican el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (Sida) por el VIH, la condilomatosis* por VPH, la hepatitis A, B y C, el herpes simple tipo I y II, el molusco contagioso* y la citomegalovirus* por los virus homónimos; por hongos como la vaginitis* moniliásica por la *Candida albicans*.

Dentro de las producidas por bacterias se reconoce la sífilis por el *Treponema pallidum*, la vaginitis y el linfograuloma venéreo* por la *Chlamydia trachomatis*, la blenorragia por la *Neisseria gonorrhoeae* que ocasiona vulvitis*, salpingitis* y uretritis*, proctitis* y prostatitis* al igual que el micoplasma hominis o el *Ureaplasma urealyticum*; vaginosis bacteriana* por la *Gardenerella vaginalis* y los *Movilluncus*, el chancroide* por *Haemophilus ducreyi*, así como enfermedades diarreicas producidas por la *Shigella* y la *Salmonella*.

Se incluyen en las parasitarias la vaginitis tricomoniásica por las trichomonas vaginales; enfermedades diarreicas causadas por *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*; y

ectoparásitarias como la pediculosis pubis* por la *Phthirus pubis* y la escabiosis* por el *Sarcoptes scabiei*.

Sus síntomas varían en dependencia del microorganismo que la ocasione, entre los más comunes se registran la secreción uretral o vaginal, úlceras genitales u orales y dolor abdominal en bajo vientre. Las modalidades de tratamiento han evolucionado con el tiempo, pero ante su sospecha se debe acudir con urgencia a una consulta médica para evitar las secuelas que ocasiona el diagnóstico tardío como la infertilidad.

La prevención de estas enfermedades incluye un grupo de medidas como desarrollar la cultura del autocuidado de nuestro cuerpo y prácticas monogámicas con parejas sanas. Estas infecciones pueden no causar síntomas en un momento determinado y estar presentes en el organismo, por lo que si no se tienen evidencias mediante exámenes de laboratorio que excluyan a la pareja de no ser portadora de una de estas infecciones, se debe utilizar el preservativo como medio de barrera en cada practica sexual.

Otras medidas incluyen mantener una buena higiene corporal, practicar el lavado de las manos antes y después de realizar cualquier práctica sexual, y la inmunización con vacunas de

estar disponibles. Evitar el contagio de las ITS y disminuye la posibilidad de contraer otras enfermedades como el cáncer a consecuencia de ellas, ejemplo el VPH y VIH.

Pacientes inmunodeprimidos trasplantados o no

Las personas que se les administra medicamentos para suprimir el sistema inmunitario, sea a causa de un trasplante o por otra enfermedad, corren riesgo de sufrir cáncer anal. Los medicamentos inmunosupresores disminuyen la capacidad del sistema inmunitario de identificar y eliminar las células cancerosas. Asimismo, reducen la magnitud de combatir las infecciones y dentro de ellas las que causan cáncer anal como el VPH.

Pacientes con cáncer de pene y faringe por VPH

La presencia del VPH como agente causal de estas enfermedades predispone a este grupo de paciente a padecer cáncer causado por el virus en otras localizaciones.

Adicción al tabaco

La acción antiestrogénica del tabaco contribuye a la carcinogénesis escamosa anogenital. El hábito de fumar está asociado con un riesgo cinco veces mayor de cáncer de ano. La adicción al tabaco,

con su efecto antiestrogénico, produce cambios en el epitelio anogenital similar a los que se observan fisiológicamente en la posmenopausia.

La mayor vulnerabilidad mucosa, con su sequedad, atrofia y fisuras acompañantes pueden ser uno de los mecanismos en cuales un efecto antiestrogénico puede ser un cofactor de riesgo en neoplasia anogenital, posiblemente permite mayor acceso viral a las capas epiteliales basales. También es causa de hipoestrogenismo, constitucional o inducido, asimismo un cofactor en carcinogénesis anal. No se observó efecto protector del reemplazo hormonal o por anticonceptivos, quizás debido a las bajas dosis de estrógenos o por otro mecanismo de acción de los componentes artificiales.

Tipos de cáncer anal

En tal sentido, para el cáncer del canal es utilizado el criterio de la *American Joint Comitee on Cancer* (AJCC), como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación histológica de los tumores del canal anal de la Organización Mundial de la Salud

Tumores epiteliales	Neoplasia intraepitelial (neoplasia)	Epitelio escamoso o transicional
		Glandular
		Enfermedad de Paget
		Enfermedad de Bowen
	Carcinoma	Carcinoma de células escamosas: pavimentoso (queratinizante y no queratinizante), basaloide (cloacogénico) e indiferenciado
		Adenocarcinoma mucinoso
		Carcinoma de células pequeñas
		Carcinoma indiferenciado
		Melanoma maligno
		Otros carcinoides
Tumores no epiteliales	Linfomas	
	Mesenquimales	
	Sarcoma de Kaposi	
	Tumores del músculo liso: Leiomiosarcoma, Leiomioblastoma	
	Tumores de tracto gastrointestinal GISTs (<i>Gastrointestinal Stromal Tumours</i>)	

Los tumores del margen anal se clasifican como cánceres de piel. Por el pequeño espacio que ocupan el conducto y el margen anal, es frecuente que los tumores afecten el órgano en su totalidad. Los tumores perianales tienden a crecer localmente, pero pueden extenderse al margen y conducto anal. El síntoma más común es la aparición de una masa tumoral que aumenta de tamaño con el decursar del tiempo, en dependencia de la velocidad de crecimiento y multiplicación de las células tumorales.

Carcinoma de células escamosas

El carcinoma de células escamosas es la variedad histológica más frecuente (carcinoma epidermoide, imagen 1). Afecta a pacientes mayores de 60 años principalmente, aunque en los últimos años experimenta un aumento de la incidencia en el paciente adulto joven. Es más común su aparición en las mujeres. Entre sus síntomas se registran el sangrado, mucorra*, estreñimiento, cambios en el hábito evacuatorio, sensación de recto ocupado, pujo, picazón, dolor o molestia anal, heces acintadas y síntomas de anemia.



Imagen 1. Carcinoma epidermoide

Subestimar la presencia de estos síntomas, los que pueden presentarse en enfermedades benignas, trae como consecuencia que se realicen diagnósticos tardíos que afectan la supervivencia y la calidad de vida del enfermo y su familia.

Enfermedad de Paget anal

Es una rara situación descrita por Sir James Paget en 1884, que prolifera principalmente en el tejido mamario. Se trata de un adenocarcinoma mucinoso subepidérmico (imagen 2). Afecta a pacientes de piel blanca, hombres, entre 60 y 70 años, principalmente. Puede evolucionar de forma asintomática o manifestar síntomas como prurito*, dolor, sangrado, úlceras y secreción.



Imagen 2. Enfermedad de Paget anal

Al examen ocular de la región perianal y el ano se observa dermatosis eritematosa, elevada, ecsematoide* y, ocasionalmente, papilar. Para mejor comprensión, al realizarse un autoexamen se observar una lesión en forma de placa rojiza que pica y puede ocupar desde la región perianal hasta el ano.

Enfermedad de Bowen

Enfermedad descrita por Bowen en 1912. Se manifiesta como un carcinoma de células escamosas intraepidérmico *in situ* y representa el final del espectro de los cambios displásicos* de las NIA. La localización de esta lesión es rara en el ano y región perianal, aunque puede extenderse hasta la unión anorrectal. Se ha descrito una fuerte asociación con el virus del papiloma humano.



Imagen 3. Enfermedad de Bowen

Los síntomas son masa anal, ardor, prurito; puede haber dolor, sangrado y humedad. La lesión se caracteriza por una placa eritematosa pigmentada, de bordes netos y bien definidos. Al realizar un autoexamen puede observarse lesiones en forma de placas de color marrón-rojizas. Suele confundirse con una psoriasis o enfermedad de Paget. Afecta a pacientes jóvenes y registra una incidencia de carcinomas más baja que la enfermedad de Paget de localización anal, por lo que tiene mejor pronóstico que esta.

Carcinoma de células basales

Esta es una lesión extremadamente rara. Se trata habitualmente de un tumor de 1 a 2 cm de diámetro localizado en el margen o borde anal que alcanza mayor diámetro y grado de afección del ano, en dependencia del tiempo de evolución de la enfermedad, de lo que también depende su pronóstico. El paciente percibe la protuberancia o la úlcera que le genera dolor, ardor, prurito y secreción.

Adenocarcinoma

Los adenocarcinomas del canal anal son similares a los rectales. Pueden ser originarios de la zona de transición, o por infiltración de un tumor de recto. Macroscópicamente, pueden presentar-

se desde pequeños nódulos firmes y fisuras, hasta largos tumores ulcerados. En estadios avanzados manifiesta, tras la presencia de masa tumoral, dolor anal, mucorra, sangrado, humedad, sensación de recto ocupado y pujos, así como síntomas y signos de anemia.

Carcinoma verrucoso escamoso

Raro tumor que es confundido con condiciones benignas, en especial con el condiloma gigante, el tumor de Buschke-Lowenstein, con la diferencia de que no son la transformación maligna de un condiloma preexistente. Se presenta como una masa tumoral, con aspecto de coliflor. Histológicamente, es un tumor de epitelio escamoso proliferativo, bien diferenciado. En biopsias repetidas no es fácil encontrar carcinoma; debe ser realizada en la base para demostrar invasión.

Por lo general, se sitúan en el margen anal o en la piel perianal, con una apariencia similar a un condiloma de crecimiento voluminoso. Invasión crónica al estroma adyacente e inflamación, crecimiento y expansión de la neoplasia. Presenta extensas erosiones y necrosis por presión en los tejidos circundantes, con invasión de los espacios cercanos al ano y al recto y, en ocasiones, de la cavidad pelviana. La naturaleza invasiva de la lesión

puede causar múltiples trayectos fistulosos, que invaden fascias, músculos y recto, de modo que puede causar inflamación, infección y hemorragia.

Melanoma maligno

Es un tumor muy raro, representa el 0,5 % de todos los cánceres anorrectales y el 0,2 % de todos los melanomas. Los síntomas son los propios de los tumores anales (dolor anal, sangrado, tumor palpable, ganglios inguinales). El examen físico puede mostrar lesiones, ulceraciones o masas polipoideas en la región anorrectal. Estas lesiones suelen tener una pigmentación que hacen sospechar el melanoma, pero se describen lesiones amelanóticas. El diagnóstico temprano es difícil, sin embargo no imposible si se realizan exámenes proctológicos de forma rutinaria, pues el pronóstico empeora con el grado de desarrollo de la enfermedad.

Tumores del músculo liso: leiomiomas y leiomiosarcomas

Los leiomiomas se originan en la *musculari mucosae* y suelen adoptar la apariencia de un pólipo intraluminal, que puede tratarse por resección endoscópica o transanal. Los leiomiosarcomas, también de apariencia polipoidea, son por el contrario sarcomas de alto grado y deben ser subsi-

diarios de cirugía radical. Ambos predominan en el sexo femenino, suelen presentar síntomas similares a otros tumores de recto y dependen de la dirección de crecimiento y el tamaño del tumor. Tiene un alto poder invasivo con una baja supervivencia, por debajo de los 18 meses.

Tumores de tracto gastrointestinal (GIST)

Los Gist anales son extremadamente infrecuentes. Suelen ser asintomáticos u ocasionar síntomas inespecíficos. Se detectan durante una exploración o procedimiento destinado a otro problema de salud o enfermedad. Una sintomatología florida se manifiesta luego del crecimiento tumoral considerable.



Imagen 4. Tumor de Gist

Causas del cáncer de ano

El cáncer anal tiene un origen multicausal, uno de ellos son los factores de riesgo o agentes carcinógenos los cuales desempeñan un papel fundamental al estimular la aparición de mutaciones genéticas que convierte las células normales y sanas en células anormales. Las primeras crecen y se multiplican a una velocidad controlada, con un ciclo determinado para morir. Las células anormales crecen, se multiplican de forma descontrolada, y se les prolonga el periodo de morir, por lo que causan daño e invaden tejidos sanos.

Un alto porcentaje de tumores malignos anales guardan una estrecha relación con una infección del VPH, así como de ser el responsable de la aparición de las NIA como lesiones precursoras del cáncer anal. Las NIA se caracterizan por el reemplazo parcial o total del epitelio normal por células inmaduras que poseen muchas de las características de las células basales.

Aproximadamente en el 90 % de los cánceres anales se demuestra la asociación con el VPH, y es posible que este número aumente en estudios futuros. Los subtipos más oncogénicos son el 16 y el 18. El virus tiende a infectar la zona de transición entre el epitelio columnar rectal y el

epitelio estratificado de la piel, que es donde se desarrollan comúnmente las NIA. La presencia de metástasis ganglionares y viscerales implica un estadio más avanzado.

Entre las lesiones premalignas se encuentran los condilomas acuminados y el condiloma acuminado gigante o Tumor de Buschke-Lowenstein.

Condilomas acuminados

Muestran varias formas de presentación, como una lesión papilomatosa, papular o acuminada. La primera se caracteriza como lesiones sésiles de amplia base, papilares de aspecto de roseta, de color blanco perlado; la segunda, pápulas* pequeñas de color blancuzco, redondeada, apenas sobre elevadas, generalmente extensas y espiculares; las acuminadas son excrecencias pequeñas, medianas o grandes, pediculadas, múltiples, verrugosas e hiperqueratóticas, en forma de cresta de gallo.

Los condilomas acuminados perianales se presentan hasta en el 1 % de la población sexualmente activa. En general, son blandos, de color blanquecino, gris o rosado con papilas que pueden crecer en grupos. A mayor aumento, el epitelio superficial contiene células escamosas con citoplasma vacuolizado y núcleos agrandados,

irregulares e hiper cromáticos. Estas células, denominadas coilocitos, son características de la infección por VPH y se visualizan en la citología.

Condiloma acuminado gigante o Tumor de Buschke-Lowenstein

Se caracteriza por un crecimiento voluminoso y exofítico de un condiloma, que frecuentemente excede los 10 cm de diámetro. Son más frecuentes en hombres, muchas veces inmunodeprimidos. Su microscopía es similar a la de los condilomas clásicos, pero focos de carcinoma invasor se encuentran hasta en un 50 %. Están, por lo general, asociados a las cepas 6 y 11 de VPH.

Síntomas del cáncer anal

El cáncer anal cursa de forma silente en sus etapas más tempranas o con síntomas poco específicos que el enfermo valora como algo sin importancia, o encuentra justificación en una enfermedad benigna anal. Del autocuidado, las acciones de educación sanitaria, promoción de salud, prevención depende la detección en etapas tempranas de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes afectados. Dentro de los síntomas más comunes podemos relacionar:

- Sangrado

- Tumoración palpable
- Dolor anal
- Mucorrea
- Estreñimiento
- Pujo
- Tenesmo o sensación constante de defecar que obliga al individuo a acudir al baño.
- Sensación de recto ocupado.
- Cambios en el hábito evacuatorio.
- Supuración purulenta.
- Prurito
- Heces acintadas o en escíbalos.
- Ganglios linfáticos (glándulas) hinchadas en las zonas la ingle.
- Úlcera a nivel del ano.
- Anemia de causa inexplicable.
- Dispareunia*

Acuda de forma oportuna a un centro de salud especializada y salvará su vida, recuerde que:

- Todo lo que sangra por el ano no es hemorroides.
- Todo aumento de volumen en el ano no son las hemorroides brotadas.
- Todo lo que pica en el ano no es oxiuro.
- Todo lo que duele en el ano no es fisura.
- Todas las diarreas no ocurren por infección por ameba.

- Todo estreñimiento no es de causa alimentaria.
- Todo lo que supura pus no es fistula.

A continuación, en las tablas 3-6 se relacionan diferentes enfermedades que pueden producir síntomas similares al del cáncer anal y enmascarar el diagnóstico de no sospecharlo.

Tabla 3. Causas de dolor anal

Agudo		Crónico	
Orgánico	Funcional	Orgánico	Funcional
Trombosis hemorroidal		Cáncer	Proctalgia fugaz
Fluxión hemorroidal		Úlceras	
Cuerpo extraño		Enfermedades dermatológicas	
Herpes simple		Peptenosis	
Absceso			
Fisura			
Trauma			
Crititis			
Papilitis			
Absceso			

Tabla 4. Causas de tumor anal

Aparición aguda	Aparición crónica
Trombosis hemorroidal	Cáncer
Fluxión hemorroidal	Condiloma plano
Absceso	Condiloma acuminado
Papila hipertrófica	Hemorroides centinela de Bride
	Molusco hemorroidal
	Hidrocistoma apocrino
	Fibroadenoma

Tabla 5. Causas de supuración anal

Sangre	Mucus	Pus	Heces
Cáncer	Cáncer	Cáncer	
Enfermedad hemorroidal	Herpes	Absceso submucoso	Incontinencia
Fisura / Úlcera	Condilomatosis	Proctitis severa	
Trauma	Prolapso mucoso	Proctitis gonocócica	
Cuerpo extraño		Fistula	

Tabla 6. Causas de úlcera anal, tenesmo y prurito

Úlcera	Tenesmo	Prurito
Cáncer	Cáncer	Cáncer
Idiopática		Idiopático
Secundaria		Micosis
Sífilis		Oxiuriasis
Tuberculosis		Eczema
Crohn		Herpes
Fímica		

Diagnóstico del cáncer anal

El diagnóstico del cáncer anal se realiza al tener en cuenta los elementos encontrados en:

- Antecedentes de salud del paciente.
- Examen físico general y por aparatos.
- Examen físico proctológico.
 - Inspección visual.
 - Examen digital anorrectal (tacto).
 - Anoscopia estándar.
 - Anoscopia de alta resolución (AAR).

- Exámenes complementarios:
 - De laboratorio: hemograma completo, coagulograma, hemoquímica, marcadores tumorales, entre otros.
 - Imaginológicos: ecografía abdominal, ecografía endoanal*, radiografía de tórax.
 - Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de ano y recto.
 - Tomografía axial computarizada (TAC) de ano y recto.
- Anatomopatológicos: citología anal, biopsia de la lesión.

En el acápite de prevención se desarrollará la importancia y algunas particularidades de estos elementos.

Etapas del cáncer anal

Es importante que el paciente conozca la etapa de la enfermedad en que se encuentra y hacer copartícipe de esta información a la familia si el paciente lo desea. Establecer una buena relación entre el paciente, la familia y el especialista permitirá que puedan enfrentar con resiliencia* y responsabilidad las alternativas terapéuticas seleccionadas, plantearse retos objetivos que rondan en torno a la efectividad del tratamiento y la so-

brevidad del paciente con la mayor calidad posible, así como preparar su organismo desde el punto de vista psicológico, biológico y social para enfrentar una vida con colostomía para algunos, o con cuadros dolorosos a consecuencia de la enfermedad. Es necesario que ambos se cuenten con estas herramientas necesarias para enfrentar el tratamiento con valentía, decisión y ganas de vivir.

La estadificación del paciente es el paso siguiente al diagnóstico y se realiza con todos los elementos resultantes de este último: tamaño del tumor y presencia o no de metástasis ganglionares y viscerales. En cuanto al tamaño, son de mejor pronóstico aquellos tumores menores de dos centímetros, de pronóstico intermedio los mayores de cinco centímetros, y mal los que invaden estructuras vecinas o a distancia. De este proceso dependen las alternativas de tratamiento y la supervivencia de los pacientes, de ahí la importancia de realizar diagnósticos en estadios tempranos de la enfermedad.

Para el cáncer anal, se declaran los estadios: 0, I, II, III, IIIA, IIIB y IV. Cada etapa se caracteriza por elementos que describimos a continuación.

La T se refiere al tamaño del tumor primario:

- Tx: no se puede evaluar el tumor primario.
- T0: no hay prueba de tumor primario.
- Tis: carcinoma *in situ* (AIN III) confinado a la mucosa, que no traspasa las capas de la misma.
- T1: el tumor mide = 2 cm en su mayor dimensión.
- T2: el tumor mide > 2 cm, pero = 5 cm en su mayor dimensión.
- T3: el tumor mide > 5 cm en su mayor dimensión.
- T4: el tumor puede ser de cualquier tamaño e invade los órganos adyacentes: vagina, uretra y vejiga. No se clasifica como T4 la invasión directa de la pared rectal, la piel peri y el tejido subcutáneo o el músculo del esfínter.

La N se refiere a la presencia o no de afectación de los ganglios linfáticos regionales o más próximos a la zona donde se origina el tumor:

- Nx: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
- N0: no hay metástasis en un ganglio linfático regional.
- N1: hay metástasis en los ganglios linfáticos perirrectales.
- N2: hay metástasis unilaterales en los ganglios iliacos internos y/o inguinales.

- **N3:** hay metástasis en ganglios linfáticos perirrectales e inguinales y/o bilaterales en los ganglios iliacos internos y/o ganglios linfáticos inguinales.

La M se refiere a la presencia confirmada de metástasis a distancia:

- **M0:** No hay metástasis a distancia.
- **M1:** Hay metástasis a distancia.

Tabla 7. Clasificación por estadios

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N1	M0
II	T2, T3	N0	M0
IIIA	T1, T2, T3	N1	M0
	T4	N0	M0
IIIB	T4	N1	M0
	Cualquier T	N2, N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Opciones de tratamientos de algunas lesiones precursoras

Alternativas terapéuticas actuales para la Condilomatosis genital.

1. Autoaplicado por el paciente:
 - a) **Podofilox 0,5 %** solución o gel. Es un medicamento antimitótico que destruye las verrugas. Es relativamente barato, fácil de usar, seguro

y autoaplicado. Se aplica con un algodón o con el dedo, para las verrugas genitales visibles, dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento. Este ciclo se puede repetir, si es necesario, para un máximo de cuatro ciclos. El total de área de la verruga tratada no debe exceder de 10 cm², y el volumen total de Podofilox debe limitarse a 0,5 ml por día. Eventos adversos: después del tratamiento puede desarrollarse dolor de leve a moderado o irritación local. La seguridad de Podofilox durante el embarazo no ha sido establecida.

- b) **Imiquimod** al 5 % crema. Es un tópico activo potenciador inmunológico que estimula la producción de interferón y otras citocinas. Debe aplicarse una vez al día al acostarse, tres veces a la semana durante hasta 16 semanas. El área de tratamiento se debe lavar con jabón y agua 6-10 horas después de la aplicación. El total de área de la verruga tratada no debe exceder de 60 mm². Eventos adversos: las reacciones inflamatorias locales, como enrojecimiento, irritación, induración, ulceración/erosiones y vesículas son comunes con el uso de Imiquimod. También se ha descrito e hipopigmentación. Puede debilitar los con-

dones y diafragmas vaginales. La seguridad durante el embarazo no ha sido establecida.

- c) **Catequinas** al 15 % pomada Polyphenon E (MediGene AG Munich, Germany), Ungüento Sinecatechin). Extracto de té verde con un producto activo (catequinas) con efecto antiviral, antioxidante, antiproliferativo e inmunoestimulante. Se aplicar tres veces al día (0,5 cm de hilo de ungüento para cada verruga) usar un dedo para asegurar la cobertura con una fina capa de pomada hasta la desaparición completa de verrugas. Este producto no debe ser continuado por más de 16 semanas. El contacto sexual (es decir, genital, anal u oral) debe ser evitado, mientras que la pomada este sobre la piel. Eventos adversos: los efectos secundarios más comunes son eritema, prurito/ardor, dolor, úlceras, edema, endurecimiento, y la erupción vesicular. Este medicamento puede debilitar los condones y diafragmas. El medicamento no se recomienda para personas infectadas con VIH, inmunodeprimidas o personas con un cuadro clínico de herpes genital debido a que la seguridad y la eficacia de la terapia en estos lugares no se ha establecido. La seguridad de catequinas durante el embarazo también es desconocida.

2. Aplicados por el médico:

- a) **Crioterapia** con nitrógeno líquido o criosonda. Se repiten las aplicaciones cada 1-2 semanas. Destruye las verrugas por citólisis por inducción térmica. Los médicos deben estar capacitados en el uso adecuado de esta terapia puesto que un tratamiento deficiente puede dar lugar a complicaciones o baja eficacia. Eventos adversos: el dolor después de la aplicación del nitrógeno líquido, seguido de necrosis y formación de ampollas, a veces, es muy común. La anestesia local (tópica o inyectada) puede facilitar la terapia si las verrugas están presentes en muchas áreas o si el área de las verrugas es grande.
- b) **Resina de Podofilina** de 10 o 25 % en tintura compuesta de benjuí o benzocaína. Se aplica a cada verruga y se deja secar al aire antes de que el área tratada entre en contacto con la ropa. Eventos adversos: puede causar irritación local causada por la diseminación del compuesto en las zonas adyacentes. El tratamiento puede repetirse semanalmente, si es necesario. El área debe ser lavada a fondo de 1 a 4 horas después de la aplicación para reducir la irritación local. Para evitar la posibilidad de complicaciones asociadas con la absorción sis-

témica y toxicidad se deben seguir dos pautas: 1) La aplicación debe limitarse a $< 0,5$ ml de Podofilina o un área de < 10 cm² de las verrugas; 2) El área tratada no debe tener ninguna lesión o herida abierta.

- c) **Ácido Tricloroacético (TCA)** o ácido de Bicloroacético (BCA) 80 – 90 %. Tanto TCA y BCA son agentes cáusticos que destruyen las verrugas por coagulación química de las proteínas. Debe aplicarse una pequeña cantidad solo a las verrugas y debe permitirse secar. Si se aplica una cantidad en exceso de ácido, el área tratada debe empolvarse con el talco (bicarbonato de sodio) o preparaciones de jabón líquidas para quitar el exceso del ácido. Este tratamiento puede repetirse semanal, si necesario. Aplicar solo a las verrugas y se deja secar antes de que el paciente se siente o permanezca de pie, momento en el que se desarrolla un glaseado blanco. Eventos adversos: si se aplica una cantidad excesiva de ácido puede provocar dolor intenso, dañar los tejidos adyacentes que para aliviarse deben neutralizar el ácido con jabón o bicarbonato de sodio.

3. Tratamientos quirúrgicos:

- a) El tratamiento quirúrgico tiene la ventaja de la eliminación de verrugas, por lo general, en

una sola visita. Es el más beneficioso para los pacientes que tienen una gran cantidad o el área de las verrugas genitales.

- b) Tanto el láser con dióxido de carbono y la cirugía podrían ser útiles en el tratamiento de las verrugas o las verrugas extensas intrauretral, en especial para aquellas personas que no han respondido a otros tratamientos.
- c) Tratamientos alternativos: regímenes alternativos incluyen las opciones de tratamiento que podrían estar asociados con más efectos secundarios y/o menos datos sobre la eficacia: a) Interferón intralesional; b) terapia fotodinámica.

Alternativas terapéuticas actuales para las NIA

Los pacientes diagnosticados se tratan de forma protocolizada en instituciones de salud de nivel secundario, y las alternativas dependen del grado de lesión. El tratamiento de estas lesiones forma parte de más acciones de prevención del cáncer anal.

- NIA grado I o lesión intraepitelial escamosa anal de bajo grado (LASIL siglas en inglés). Tienen la capacidad de regresar y curar de forma espontánea, se indica seguir con AAR y biopsia cada 6 meses

- NIA grado II y III o intraepitelial escamosa anal de alto grado (HASIL, por sus siglas en inglés).
 - a) Tópicos:
 - Tricloroacético al 85 %.
 - Crioterapia o congelación con nitrógeno líquido.
 - Cidofovir (se utiliza para tratar las infecciones para citomegalovirus).
 - 5-fluorouracilo
 - Imiquimod
 - b) Tratamientos ablativos:
 - Láser
 - Electrocoagulación mediante electrobisturí.
 - Cirugía (resecciones locales).
 - Coagulación por infrarrojos.

Opciones de tratamiento del cáncer anal

El tratamiento está en dependencia de la etapa en que se encuentre el enfermo. Se utilizan tres alternativas fundamentales o la combinación de ellas: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, entre otras opciones de tratamiento como la inmunoterapia y la medicina natural y tradicional.

De forma resumida, se puede afirmar en que los tumores muy localizados (estadios 0 y I) el tratamiento fundamental es la cirugía. Se debe

resecar el tumor con un margen de tejido sano periférico de al menos 1 cm. Las recurrencias locales son frecuentes (50 % de los casos), aun así, se pueden tratar de nuevo con cirugía.

El resto de los estadios deben ser tratado con la combinación de tratamientos, como la radioterapia y quimioterapia simultáneas (lo que se llama tratamiento neoadyuvante), seguido de una cirugía radical entre otras combinaciones, según el protocolo de tratamiento nacional e internacional, y el criterio del especialista de acuerdo con el paciente a tratar. Las posibilidades de curación a largo plazo y de efectividad de los tratamientos disminuyen de forma proporcional con las etapas de la enfermedad. Los avances científicos alcanzados en el tema revierten esta proporción de forma paulatina.

1- Cáncer anal en estadio 0 (carcinoma *in situ*): el tratamiento para el estadio 0 suele ser resección local.

2- Cáncer del ano en estadio I: el tratamiento puede incluir los siguientes procedimientos:

- Resección local.
- Radioterapia de haz externo con quimioterapia o sin ella. Si queda cáncer después del tratamiento se puede administrar quimioterapia

y radioterapia adicionales para evitar la necesidad de una colostomía permanente.

- Radioterapia interna.
- Resección abdominoperineal si el cáncer permanece o vuelve después del tratamiento con radioterapia y quimioterapia.
- Radioterapia interna para el cáncer restante después del tratamiento con radioterapia de haz externo.

Los pacientes que han recibido tratamiento para preservar los músculos esfínteres se pueden someter a exámenes de seguimiento cada tres meses durante los primeros dos años, incluso exámenes rectales con endoscopia y biopsia según sea necesario.

3- Cáncer anal estadio II: el tratamiento puede incluir los siguientes procedimientos:

- Resección local.
- Radioterapia de haz externo con quimioterapia o sin ella. Si queda cáncer después del tratamiento se puede administrar quimioterapia y radioterapia adicionales para evitar la necesidad de una colostomía permanente.
- Radioterapia interna.

- Resección abdominoperineal si el cáncer permanece o vuelve después de tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

Los pacientes que recibieron tratamiento para preservar los músculos esfínteres se pueden someter a exámenes de seguimiento cada tres meses durante los primeros dos años, incluso exámenes rectales con endoscopia y biopsia según sea necesario.

4- Cáncer del ano en estadio IIIA: el tratamiento puede incluir los siguientes procedimientos:

- Radioterapia de haz externo con quimioterapia o sin ella. Si queda cáncer después del tratamiento se puede administrar quimioterapia y radioterapia adicionales para evitar la necesidad de una colostomía permanente.
- Radioterapia interna.
- Resección abdominoperineal si el cáncer permanece o vuelve después de tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

5- Cáncer del ano en estadio IIIB: puede incluir los siguientes procedimientos:

- Radioterapia de haz externo con quimioterapia.
- Resección local o resección abdominoperineal si el cáncer permanece o vuelve después del tratamiento con radioterapia y quimio-

rapia. Es posible que también se extirpen los ganglios linfáticos.

6- Cáncer del ano en estadio IV: puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Radioterapia como tratamiento paliativo.
- Quimioterapia con radioterapia como tratamiento paliativo.

Opciones de tratamiento para el cáncer de ano recidivante

El tratamiento para el cáncer de ano recidivante puede incluir dos procedimientos: la radioterapia y quimioterapia para la recidiva después de la cirugía; y la cirugía, para la recidiva después de la radioterapia o la quimioterapia. Por su parte, la cirugía tiene dos variantes:

- Resección local
- Resección abdominoperineal

Seguimiento

Depende de la evolución de cada paciente, con una evolución satisfactoria se realizaría con una frecuencia cada tres meses el primer año, luego cada seis el segundo año y anual los años sub-

siguientes hasta completar cinco años. En estas consultas el facultativo evalúa de forma integral el curso de la enfermedad apoyándose en la realización del examen físico y algunos exámenes complementarios.

Al igual que el tratamiento el seguimiento de encierra una gran relevancia. Esta es la vía para detectar a tiempo persistencia, recidivas o recurrencia de la enfermedad que tratadas a tiempo, aumentarían el tiempo de supervivencia y con ello la calidad de vida de los pacientes.

Capítulo 3. Prevención del cáncer anal

La prevención en salud es una estrategia constituida por conjunto de acciones que se desarrollan escalonadamente. Está orientada desde el individuo sano hasta el que sufre una secuela física o psicológica como consecuencia de una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la prevención de la enfermedad como: “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Leborgne, *et al.*, 2019).

Las actividades de promoción se ocupan de crear condiciones económicas medioambientales, sociales y culturales que favorezcan la salud y que minimicen la probabilidad de desarrollar la

enfermedad, así como disminuir la posibilidad de aparición de los factores de riesgo, con el fin de mejorar la calidad de vida.

Las actividades de prevención primaria cobran una importancia vital ya que están encaminadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y predisponentes o de riesgo. Educar a la población en los temas de factores de riesgo y sintomatología permitirá desarrollar una cultura de salud en cuanto a cáncer anal, vital para encaminar las acciones prevención secundaria. Modificar estilos de vida, eliminar o disminuir hábitos tóxicos, adoptar hábitos dietéticos sanos, incrementar la práctica de ejercicios físicos y de relajación, el uso del preservativo y la práctica de un sexo anal saludable.

Las acciones de prevención secundaria están dirigidas a disminuir la prevalencia de una enfermedad, reducir su evolución y duración. Incluye acciones para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, objetivo que se consigue a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos en sujetos aparentemente sanos. La realización del autoexamen de la región anal y del examen proctológico completo por un especialista en Coloproctología, de forma periódica.

El examen proctológico completo incluye la realización de citología anal con el objetivo de detectar el cáncer antes que se manifieste clínicamente con el diagnóstico sus precursores o el cáncer en etapas tempranas (*in situ* I, II). De este modo, se ofrece un seguimiento adecuado a los pacientes en riesgo y tratamiento con fines curativos las personas afectadas para reducir la mortalidad y aumentar de la calidad de vida.

Las acciones de prevención terciaria se realizan en caso de enfermedad clínicamente manifiesta. Se pretende prevenir, retardar o reducir las complicaciones y secuelas con el objetivo de lograr la recuperación integral de la salud. Incluye diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social en el caso de invalidez.

El seguimiento correcto de estos pacientes permite prevenir o reducir, al máximo, las recidivas de la enfermedad, así como el funcionamiento de los grupos de apoyo que, entre otros aspectos, educa a paciente y familiares, brinda herramientas de adaptación para vivir con la enfermedad o enfrentar las complicaciones o secuelas como la colostomía o síntomas de la enfermedad en etapas avanzadas; además ayuda a mitigar la incertidumbre que causa la idea del regreso de la enfermedad después del tratamiento.

A pesar de que estas acciones se realizan de forma escalonada, en la práctica se desarrollan de forma dinámica; de la efectividad de una depende el resultado de las restantes.

El cáncer anal es una enfermedad curable, pero las personas diagnosticadas ven sus esperanzas de supervivencia y calidad de vida disminuir, mientras más avanzado sea la etapa diagnóstica de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico en etapas avanzadas se acompaña, generalmente, de colostomía permanente. Es de conocimiento de los especialistas los disturbios psicológicos, físicos, biológicos y económicos que acarrea para el paciente y su familia la realización de una colostomía.

Es importante que el especialista conozca formas de comunicar, sin causar temor, sensibilice a los pacientes sobre los riesgos de la enfermedad y las alternativas de tratamientos. Asimismo, los facultativos deben acercarse a los medios de comunicación para llegar a mayor número de población, apoyarse en los recursos tecnológicos sin olvidar que un buen uso del método clínico disminuye los costos de cualquier programa de cribado. De no ser implementados de forma correcta traza algoritmos diagnósticos que se alejan de la epidemiología y la clínica del paciente, pues

olvidan que no hay enfermedades sino enfermos. La ejecución correcta del protocolo de prevención es la vía para incrementar la calidad de vida de la población en general.

Medidas para mantener la salud anal

La cultura de la salud es la categoría que revela el grado de desarrollo alcanzado por el hombre en el conocimiento y dominio de su organismo y medio socioecológico, de modo tal que trascienda en su actuación hacia una conducta que propicie un modo saludable de vida. Desarrollar una cultura acerca de la salud anorrectal es algo que no se ha logrado en la población general. El ano es un órgano necesario, pero que se mantiene en una zona oscura desde el punto de vista orgánico y psicológico. Es víctima del olvido y el descuido, es atendido por los individuos solo al presentar síntomas como expresión de enfermedad, principalmente el dolor, sangrado o prurito.

Cuidar de nuestro cuerpo es una tarea importante y mantener una buena higiene anorrectal forma parte de ello. Resulta necesario conocer nuestro organismo, cuidarlo y protegerlo, por ser el único sitio donde se guarece el alma. Nos cuestionamos a diario muchas cosas, pero al hablar

del ano y las enfermedades que lo afectan nos abruma la vergüenza, es más fácil acudir a un cardiólogo que no a un coloproctólogo.

La Coloproctología es una especialidad derivada de la Cirugía General cuya competencia abarca la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon*, el recto, el ano, el piso pelviano y el periné proctológico. Cobra reconocimiento en la población al atender afecciones de alta incidencia como la enfermedad hemorroidal, la colitis ulcerativa idiopática, el cáncer de colon y recto. Los especialistas deben desarrollar un gran conjunto de competencias en función de su desempeño profesional.

La confidencialidad y la privacidad de las consultas médicas coloproctológicas son dos aspectos éticos indispensables para establecer una buena relación médico paciente. Estos elementos facilitan sensibilizar al paciente sobre los factores de riesgos que presenta, su estado de salud y, principalmente, educarlos en la necesidad de asistir con una frecuencia mínima anual a realizarse un examen proctológico. El interrogatorio debe ser dirigido e individualizado y encaminado a obtener los detalles más sutiles que apunten a riesgos y síntomas iniciales de la enfermedad.

Resulta de suma importancia el acudir de prisa al coloproctólogo al encontrarse en una situación de riesgo de cáncer anal o presentar síntomas que sospechen su presencia. Los elementos relacionados a continuación, de ponerlos en práctica, contribuyen al mantenimiento de una buena salud anal.

Equilibrio psicológico y relajación

El equilibrio psicológico del cuerpo humano también influye en el funcionamiento del aparato digestivo y del ano específicamente. Las situaciones de estrés precipitan síntomas como dolor, diarreas, estreñimiento, entre otras. La práctica de técnicas ancestrales como el yoga y el taichí ayudan a lograr este objetivo. De modo que se visualizar el ano como parte de nuestro cuerpo para, de forma responsable, tomar en cuenta cuidados que eviten daños.

Eliminar adicciones al cigarro, alcohol y café

El consumo excesivo de café, cigarro y alcohol ejerce su efecto carcinogénico en el organismo con la liberación en su metabolismo de radicales libres entre otras sustancias dañinas a su funcionamiento. Además, el alcoholismo puede acompañarse de déficit de vitaminas.

Nutrición

De los productos con que nos alimentamos depende, en gran medida, el funcionamiento de nuestro organismo. Por tanto, comenzaremos por algunas recomendaciones nutricionales de impacto en la salud del aparato digestivo y, en particular, del ano.

Se debe disminuir la ingestión de alimentos que contengan componentes que actúen como estimulantes de la aparición del cáncer; sobre todo, disminuir la ingestión de grasas insaturadas y trans. En cambio, es necesario aumentar proporcionalmente los que ayuden a la salud del aparato digestivo: el consumo de agua, alimentos que contengan fibra y elementos con acción antioxidante.

El agua es un nutriente indispensable para el funcionamiento del organismo. Representa aproximadamente el 70 % de este y participa en un alto número de funciones no superado por otro nutriente. Dentro de ellas la termorregulación, medio de todos los líquidos, transportador, lubricante control del equilibrio hídrico y electrolítico, y la digestión.

Se recomienda ingerir una determinada cantidad de líquidos, principalmente agua de bebida,

1,5 a 2,5 litros al día, lo que equivale a 8 vasos aproximadamente. Esta proporción depende del clima, el sexo, la talla y el peso corporal.

La fibra dietética es un componente vegetal que contiene polisacáridos* y lignina*. Es altamente resistente a la hidrólisis de las enzimas digestivas humanas. La ingestión diaria de fibra dietética resulta un elemento saludable para el aparato digestivo y al organismo en general. El proceso comienza durante la masticación y continúa con la digestión; actúa sobre la flora colónica, la formación de la materia fecal, su calidad y ritmo de expulsión de nuestro organismo a través del acto de la defecación.

Pueden ser solubles e hidrosolubles. La fibra soluble atrae el agua y hace que el proceso digestivo sea lento. Reduce el colesterol. Se encuentra en el salvado de avena, la cebada, las nueces, las semillas, las lentejas y algunas frutas y verduras. La fibra insoluble está en el salvado de trigo, las verduras y los granos integrales. Este tipo de fibra acelera el paso de los alimentos en el estómago y los intestinos.

Las dietas ricas en fibra llevan un periodo de masticación mayor y esto hace que aumente la salivación; las encimas que se liberan intervienen

en el proceso de higiene bucal. A nivel del estómago las fibras solubles, como consecuencia de su viscosidad, enlentecen el vaciamiento gástrico y aumentan su distensión, por lo que provoca una sensación de saciedad que puede ayudar a controlar el peso.

La fibra soluble, nuevamente por la formación de soluciones viscosas, enlentece el tiempo de tránsito y disminuye la absorción de glucosa, lípidos y aminoácidos. Asimismo, producirá una disminución en la absorción de los ácidos biliares, como resultado de la depleción* de ácidos biliares pueden disminuir los niveles de colesterol. Colabora al mantenimiento de la flora, el conjunto de bacterias que viven en el intestino y que son las encargadas de procesar algunos alimentos difíciles de digerir, absorber nutrientes y formar un ecosistema complejo que se autorregula y se mantiene en equilibrio.

Asimismo, previene la aparición de estreñimiento, y lo mejora en casos leve y moderado, debido al incremento de la masa fecal. Esta última aumenta debido a los restos de fibra no digeridos y a su capacidad para retener agua. El aumento del volumen fecal y el consiguiente estiramiento de la pared intestinal, estimulan que se desencadenen los reflejos de evacuación. La fibra

garantiza, además, la calidad de la materia fecal que debe ser expulsada a través del ano, de modo que disminuye la posibilidad de trauma a este nivel, en el momento de la defecación. Igualmente, evita la aparición de enfermedad diverticular, enfermedad hemorroidal, cáncer de colon recto y ano, diabetes, hipercolesterolemia, entre otras.

En general, las verduras son la mayor y más natural fuente de fibra. También hay una gran cantidad de fibra en las frutas, legumbres y en los frutos secos. A continuación, la tabla 8 muestra una lista de alimentos, fuentes naturales de fibras:

Tabla 8. Alimentos ricos en fibra dietética

Vegetales	Semillas, frutos secos y cereales	Frutas
Espinacas, espárragos	Girasol	Papaya
Apio	Almendras	Plátano
Coles y repollo	Pistachos (semilla del marañón)	Manzanas
Acelgas	Nueces	Naranja
Calabaza, calabacín	Trigo y sus derivados	Mandarinas
Coliflor		Toronja
Tomates		Ciruela
Judías verdes		Nísperos
Pepinos		Melón
Nabos		Piña
Remolachas		Uvas
Cebollas		Pera
Pimientos		Higo
Lechuga		Fresa, frambuesa
Zanahorias		Albaricoques
Berenjenas		Chirimoyas
Ajos		Melocotones
Remolacha		Kiwi
Brócoli		

Es importante conocer que ingerir fibras en proporciones exageradas disminuye la absorción de determinados minerales como el calcio, hierro, cobre y zinc. Produce, además, flatulencia, distensión abdominal, meteorismo* y dolor abdominal, así como agravar los cuadros de estreñimiento severo.

Para el consumo de alimentos ricos en fibra, como recomendaciones prácticas, podríamos establecer:

- Tres raciones diarias de verdura.
- Dos raciones diarias de fruta. Mejor completas que en zumo.
- Seis raciones diarias de cereales en forma de pan, cereales de desayuno, arroz o pasta. Preferiblemente integrales dado el mayor aporte de fibra.
- De 4-5 raciones semanales de legumbres.

Por otro lado, la grasa es útil en el funcionamiento correcto del organismo. La grasa es una fuente de energía importante y ayuda a absorber las vitaminas. El consumo racional de grasas insaturadas, polinsaturadas y omega-3 tiene un efecto saludable. Sin embargo, el abuso de su ingestión es perjudicial, principalmente las saturadas y las trans. Esta últimas son aceites líquidos transfor-

mados en grasas sólidas durante el procesamiento de las comidas. Las grasas saturadas y las trans aumentan el nivel de colesterol malo en sangre (LDH); provoca disturbios cardiovasculares y circulatorios, entre otros. Las tabla 9 y 10 muestra en qué alimentos pueden ser encontradas cada tipo de grasas.

Tabla 9. Alimentos en los que se encuentra cada tipo de grasas

Omega-3	Insaturadas y Polinsaturadas
Salmón	Nueces
Caballa	Almendras
Arenque	Maní y su mantequilla
Sardinas	Piñón
Atún blanco	Semillas de calabaza
Trucha arcoíris	Semillas de ajonjolí
Productos de soja	Semillas de girasol y su aceite
Nueces	Aceite de oliva
Linaza y productos	Aceites de semillas de algodón
Aceite de canola	Aceite de alazor
	Aceite de maíz
	Aceite de soja
	Aguacate

Tabla 10. Alimentos en los que se encuentra las grasas que aumentan el colesterol “malo” (LDL)

Grasas saturadas	Trans
Aceite de palma	Aceites o manteca vegetal parcialmente hidrogenados
Aceite de coco	Alimentos elaborados y fritos con grasa trans
Grasa de la carne	
Quesos con alto contenido de grasa	
Cortes de carne con alto contenido de grasa	
Mantequilla	
Crema y leche entera	

Otros elementos importantes en la alimentación sana son los antioxidantes dietéticos. Constituyen sustancias que forma parte de los alimentos de consumo cotidiano y que pueden prevenir los efectos adversos de especies reactivas sobre las funciones fisiológicas normales de los humanos. Disminuyen la concentración de radicales libres en nuestro organismo y, por tanto, defienden nuestras células de la acción negativa de estos.

Los radicales libres son una figura química que, en altas concentraciones, tienen un efecto negativo para el organismo. Se producen durante diversas funciones metabólicas, la acción de contaminantes atmosféricos, del agua y los suelos, exposición a fertilizantes, pesticidas y radiaciones. Asimismo, como causa del consumo de tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas, dietas no saludables, además de someterse al elevado

estrés físico o psíquico. El cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y endocrinas, por citar algunas, tienen relación con una alta concentración de radicales libres en el organismo.

Dentro de los elementos que tienen acción antioxidante se encuentran las vitaminas A, C, E, y crotenoides: betacarotenos, alfacaroteno, licopeno, luteína y zesantina; minerales como el zinc, selenio y compuestos fenólicos. Las tablas 11 (a y b) y 12 muestran una lista de alimentos en los cuales podemos encontrarlos.

Tabla 11a. Alimentos en los que se encuentra elementos antioxidantes

Vitamina A	Vitamina C	Vitamina E	Betacarotenos
Leche	Nueces	Nueces	Mangos
Mantequilla	Limón	Almendra	Calabaza
Yema de huevo	Naranjas	Maní	Naranja
Hígado	Mandarina	Avellana	Mandarina
	Lima	Aceites vegetales	Zanahoria
Albaricoque	Fresas	Aceites de semillas	Boniato
Brócoli	Guayaba	Brócoli	
Espinaca	Kiwi	Espinaca	
Remolacha	Papaya	Remolacha	
	grosella	Semillas	
Boniato	Granada	Col rizada	
	Mango	Frijoles	
	Piña	Germen de trigo y de maíz	
	Brócoli	Papas frescas	
	Espinaca	Pimentón	
	Remolacha	Mariscos	
	Acelga		
	Pepino		
	Cebolla		
	Tomate		
	Lechuga		

Tabla 11b. Alimentos en los que se encuentra elementos antioxidantes

Zinc	Selenio	Luteína	Licopeno
Cebolla	Cereales frutos secos	Vegetales de hojas verdes	Frutos rojos
Copos de avena	Maní	Espinaca	Melón
Almendras	almendras	Col verde	Tomate
Semillas de calabaza	Semillas de girasol	Brócoli	Guayaba
Pechuga de pollo	Cacao	Guisante	Frutabomba
Hígado	Nueces	Hoja de nabo	Toronja rosada
	Mantequilla de maní	Maíz	Pomelo
	Frijoles	Frutas naranjas	Albaricoque
	Semilla de marañón		
	Pan integral		
	Pescado		
	Carne de cerdo		
	Huevo		
	Hígado		
	Ternera		
	Pavo		
	Uvas		
	Fresa		
	Melón		
	Aguacate		
	Plátano		
	Vino		
	Café		
	Cerveza		

Tabla 12. Alimentos con alto contenido de antioxidantes fenólicos

Alimento	Antioxidantes fenólicos
Frijol de soya	Isofavonas, ácidos fenólicos
Té verde, té negro	Polifenoles, catequinas
Café	Ésteres fenólicos
Vino tinto	Ácidos fenólicos, polifenoles
Romero	Ácido carnósico, ácido rosmárico
Cítricos y otras frutas	Bioflavonoides, chalconas
Cebollas	Quercetina, camferol
Aceitunas	Polifenoles

Elegir una buena combinación en nuestro menú diario nos proporcionará una vida larga y saludable.

Ejercicios físicos. Técnica de Kegel

La práctica de ejercicios físicos es una actividad que influye positivamente en el estado de salud. A pesar de tener algún padecimiento o enfermedad que cause limitante, especialistas en el tema relacionan combinaciones que favorecen al organismo. Hacer habitual esta práctica fortalece la musculatura del suelo pélvico y con ella la del aparato muscular esfinteriano localizado a nivel del ano. Dentro del esquema de ejercicios a realizar cada día podemos incorporar de forma preventiva los ejercicios de Kegel, principalmente para los que pasan de los 40 años: sencillos, discretos y en cualquier escenario sirve para su ejecución.

Luego de conocer qué músculos debemos contraer. Se describen para el sexo femenino y masculino indistintamente. Los ejercicios Kegel incrementan la fuerza tensil de los músculos del suelo pélvico, favorecen su rendimiento y función durante la actividad sexual, evitan la incontinencia urinaria y anal. Los ejercicios se pueden realizar en la posición de sentado, de pie o acostado.

Se recomienda que haga los ejercicios en cada posición todos los días. A continuación, se describen algunos detalles para su ejecución.

Antes de realizarlos se deben identificar correctamente los músculos a utilizar, cuidar de no usar los músculos abdominales en sustitución de los del suelo pélvico. Para lograrlo, la mujer debe insertar un dedo dentro de su vagina y contraerla hasta apretarlo, al lograrlo habrá utilizado el grupo muscular correcto. Otro método, es imaginar que tiene colocado un tampón y va a caer, contraiga los músculos con los cuales lo sostendría, o contraiga las nalgas como si intentara evitar una flatulencia en público. Este último también sirve para el hombre identificar el grupo muscular, además de sentir que la punta de su pene se eleva levemente con cada contracción.

Técnica del ejercicio: contraer los músculos del piso pélvico durante cinco segundos, luego relájelos durante cinco segundos. Repítalo diez veces. Incremente de forma paulatina las contracciones hasta llegar a diez segundos, seguidas de diez segundos de relajación.

Higiene

Mantener una buena higiene anal forma parte del cuidado de nuestro cuerpo. Diariamente nos

levantamos y miramos al espejo, escudriñamos cada segmento de nuestro rostro; pero quién se detiene a observar aquellos lugares oscuros de nuestra anatomía, que apenas podemos alcanzar con nuestros ojos. Les invito a mirar, tocar, descubrir cómo somos, inclusive mirar aquello que se desprende de nuestro cuerpo. La materia fecal también expresa diferentes alteraciones de nuestro organismo. Un conocimiento de estas partes facilita alarmarnos si algo cambia de forma repentina, para acudir de forma oportuna a un servicio de salud.

El autocuidado de la región es una actividad que debemos realizar con regularidad, palpar la textura de la piel de los glúteos y la región perianal, así como el músculo corrugado del ano. Mantenernos vigilantes a los cambios permite acudir de forma oportuna a un facultativo. La presencia de tumores, úlceras, supuraciones, humedad, dolor deben de despertar nuestra preocupación.

El aseo del ano y regiones aledañas luego de la defecación, con agua y jabón lo más neutro posible es una acción recomendada. Favorece la turgencia natural de la piel de la región perianal y el borde anal. Es importante la higiene de las uñas luego del aseo, es un elemento a no olvidar. No aplicar perfumes ni lociones que resulten

irritantes en esta región. Extremar cuidados en el momento de la depilación para evitar heridas, infecciones, o irritación de la zona perianal. El uso de ropa interior no tan ceñidas y efectuar un cambio regular de estas.

Habito defecatorio (postura para defecar)

El hábito defecatorio normal es un tema aun discutido, pues depende de disimiles factores, dentro de ellos la dieta. Se considera normal en una frecuencia de 1 a 3 veces por día a 3 veces por semana, sin sensaciones asociadas de dolor, esfuerzo o evacuación incompleta. Trastornos de esta naturaleza son causa frecuente de consulta en Coloproctología. Educar nuestro organismo y establecer un hábito defecatorio dentro de límites normales, resulta necesario para mantener una buena salud del aparato digestivo.

De igual modo, es importante conocer la forma óptima de la materia fecal que expulsamos, la cual debe ser como salchicha o serpiente lisa y blanda o como morcilla con grietas en la superficie; presentar otras formas de manera regular puede ser causa de consulta médica.

Habituarnos a defecar de forma regular a la misma hora del día, tomar el tiempo necesario en un lugar tranquilo y fuera de cualquier situación que genere estrés; adoptar una posición fisiológi-

ca en cuclillas o semicucullas que facilite la expulsión de la materia fecal harán de este acto algo sagrado que se disfrute diariamente.

Sexo anal saludable

El uso del ano para obtener placer durante la actividad sexual de mujeres y hombres, está rodeado de tabúes, irresponsabilidad, goce y riesgos, a pesar del desarrollo social, cultural, tecnológico y económico alcanzado. Muestra de ello es el incremento de las enfermedades de transmisión sexual. Adoptar conductas sexuales de riesgo facilita el contagio con infecciones de transmisión sexual, principalmente del VPH.

Se considera una práctica antigua envuelta entre prejuicios, aunque despreciada por pocos, es aceptada y practicada por gran porcentaje de la población. Es necesario conocer que durante esta práctica se involucran diferentes órganos de nuestro cuerpo, que presentan una alta sensibilidad.

Estos órganos pueden sufrir daño o perjuicio de no adoptar algunas medidas durante las prácticas anorreceptivas. Su posición anatómica adyacente a los órganos genitales y la rica inervación de toda esta zona, hace que la estimulación del órgano con función digestiva permita que puedan involucrarse durante en la actividad

sexual de forma satisfactoria. Los glúteos, la región perianal, el ano y recto entrarían en la danza entre el riesgo y placer.

Existen algunas condiciones anatómicas especiales de estos órganos que deben tener en cuenta: en el ano se encuentra el aparato muscular esfinteriano que participa en la función de continencia de la materia fecal, su relajación dependerá que la penetración sea lo más placentera posible; la mucosa del recto es aterciopelada y vascularizada, por lo que es sensible a los traumas y al sangrado, generalmente puede albergar materia fecal rica en bacterias. Lo antes expuesto hace que las prácticas anales desprotegidas tengan una alta tasa de contagios de enfermedades de transmisión sexual.

Es una práctica que no debe hacerse a ciegas, ni con personas desconocidas. Existen datos que debemos dominar o por lo menos tener noción, como antecedentes de enfermedades de transmisión sexual de la pareja, el número de compañeros o compañeras sexuales previas que tuvo cada componente de la pareja, edad de inicio de las relaciones sexuales, uso o abuso de alcohol o otra droga. Asimismo, se debe observar que la piel que entra en contacto esté aparentemente sana. Todo esto por el alto riesgo que se corre de conta-

gio de una enfermedad de transmisión sexual tras unos minutos de placer, como el VIH, el virus de la hepatitis, sífilis, herpes genitales, blenorragia, entre otras.

Es importante conocer que luego de un individuo haber recibido tratamiento para remover las lesiones condilimatosas de la piel, el virus del papiloma humano sigue circulando el torrente sanguíneo por un periodo de tiempo, según el estado inmunitario de la persona. Es válido tener en cuenta este elemento si se trata de prevención del contagio con el VPH.

En este mundo diverso en que vivimos es de elección personal realizar o no esta práctica sexual, que a pesar de los riesgos siempre que se realice de forma consciente, responsable y protegida no es un secreto el placer que proporciona. Las siguientes recomendaciones lo ayudarán a evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y los traumas anorrectales como desgarros, perforaciones y hemorragia:

- Aumentar la cultura general sobre las enfermedades de transmisión sexual, principalmente sus síntomas y vías de transmisión.
- Tener conocimientos claros en cuanto a las prácticas sexuales anorreceptivas.

- El uso del condón o preservativo debe ser obligatorio desde el comienzo hasta el fin de la práctica.
- No debe ser un acto violento, ni realizarse en lugares no apropiados, pues amerita de relajación y cuidados de forma responsable.
- Ejecutar la penetración anal de forma suave después de alcanzar una adecuada lubricación y dilatación de los esfínteres.
- No usar la saliva o soluciones irritantes para lograr lubricación.
- Elegir las posiciones de forma correcta, conservar la posición anatómica del recto para prevenir traumas.
- No realizar movimientos bruscos durante la práctica.
- Seleccionar, de forma correcta, los juguetes sexuales:
 - Utilizarlos con apoyo del preservativo.
 - No usar objetos puntiagudos como juguetes sexuales.
 - Su diseño debe guardar relación con las características anatómicas del recto.
 - Su superficie debe ser lisa o con características que no traumatizan la mucosa anorrectal.
 - Proceder a su desinfección luego de una relación anorreceptiva.

- No intercambiarlos de forma irresponsable de una persona a otra.
- Realizar lavado de las manos y uñas antes y después de utilizarlas como medio de estímulo de la región anorrectal. Mantener uñas cortas e higiénicas.
- El estímulo oral de la zona anorrectal se debe realizar con el uso del preservativo como barrera.
- Extremar los cuidados si se encuentra en algún estado de inmunosupresión.
- No realizar esta práctica bajo el uso o abuso de alcohol u otra droga, pues impide que se lleven a cabo con juicio crítico los cuidados anteriores.
- Ante cualquier lesión producida durante las prácticas sexuales anorreceptivas, acudir con premura a un Coloproctólogo es la mejor opción.

El autocuidado es un elemento importante a tener en cuenta durante la ejecución de estas prácticas sexuales. Se debe realizar un examen proctológico completo anual en busca de una valoración especializada del estado de salud de estos órganos y prevenir la aparición de lesiones incipientes producto de la infección por HPV o el cáncer anal y sus precursores en etapas tempranas.

Prevención del contagio con el virus del papiloma humano (VPH)

La interrelación entre los diferentes niveles de atención en salud es básica para el desarrollo de las actividades de promoción de salud, educación sanitaria y prevención de las ITS, en especial el VPH. El nivel primario de atención juega un papel fundamental, encargado de la educación de la población en cuanto al tema, principalmente a las personas en riesgo dentro de ellos la población juvenil.

La abstinencia es una buena vía de prevención aplicable si se retrasa la edad de comienzo de las relaciones sexuales; esta cifra es más baja cada año. Educar a los jóvenes en la importancia del uso del preservativo y disminuir el número de parejas sexuales, en poligamia o en monogamia seriada, sin protección corren el mismo riesgo de contagio. Recibir tratamiento oportuno a otras ITS concomitante con el VPH disminuye el riesgo de carcinogénesis. Así como evitar el uso de drogas y alcohol durante las prácticas sexuales. La medida más inteligente para evitar el contagio del VPH es tener una vida sexual activa, monógama con una persona no infectada, y utilizar protección utilizar el preservativo.

Hoy en día las vacunas para prevenir el HPV están disponibles a nivel mundial. Es recomendada su administración en niños y niñas entre las edades de 11-12 años. No obstante, todos los adultos de entre 27 y 45 años también son beneficiados. En nuestro país no se ha realizado vacunación masiva a la población por las limitaciones impuestas por el bloqueo económico que impacta en el desarrollo científico-técnico del país.

Examen proctológico

Deben brindarse servicios proctológicos a los pacientes aparentemente sanos y de riesgo con una frecuencia que oscila entre 1 y 3 años. Incluye la ejecución por parte del especialista de Coloproctología del método clínico y procedimientos tecnológicos biomédicos para la prevención: una historia clínica, incluido la firma del consentimiento informado; inspección visual; citología anal; examen digital (tacto) anorrectal; anoscopia estándar.

En caso de citología anormal, el facultativo puede indicar los siguiente exámenes:

1. Anoscopia de alta resolución (AAR).
 - Con colposcopio y tinción química.
 - Con video cromoendoscopia digestiva magnificada.

2. Prueba de Schiller*.
3. Biopsia.

A continuación, se ofrece una breve explicación de en qué consisten y la importancia de realizarlos.

Examen ocular y digital proctológico

El examen ocular permite concretar una posible representación diagnóstica y encaminar acciones posteriores. El examen digital anorrectal forma parte importante del examen físico. Solo se difiere frente cuadros de dolor intenso o bajo ausencia del consentimiento del paciente. Observamos cómo es frecuente en la práctica médica diaria alegar que “el paciente se niega”. Esto refuerza estigmas culturales de una sociedad machista en que nos desarrollamos, lo cual construye una barrera a la ciencia.

La comunicación es una competencia de los profesionales de la salud. El especialista de Coloproctología debe transmitir confianza al paciente y debe dejar clara la importancia del examen, sin violar principios éticos y poner en práctica valores humanos. Mediante su ejecución pueden detectarse formaciones tumorales, características macroscópicas prostáticas en el hombre, afecciones ginecológicas en la mujer, características de

la materia fecal, constatar sangrado y otra supuración color y olor.

Anoscopia convencional

Vale resaltar la importancia del conocimiento por los especialistas de la anoscopia convencional. Resulta el complemento de todo el examen. Su realización rutinaria entrena en la observación de los cambios macroscópicos del conducto anal, facilita la observación del conducto anal el recto inferior. La realización de la citología anal y la biopsia confirma el diagnóstico de lesiones nivel del ano principalmente el cáncer.

Es un procedimiento sencillo, no doloroso, en el cual, de forma gentil, el coloproctólogo, previo consentimiento del paciente, introduce en el ano un anoscopio lubricado, que es un pequeño equipo tubular, corto, hueco, de un diámetro aproximado de 2 cm o más pequeño y una longitud aproximada de 10 cm. Puede ser metálico o plástico y transparente. Con el auxilio de una fuente de luz se observan las características del ano en su interior y el recto en su porción más inferior. Facilita la realización de otros procedimientos.

Examen citológico de Papanicolaou

La citología anal, igual a la que se realiza en el cuello uterino para la prevención del cáncer de esta localización, debe de realizarse a toda la población, debido a que la tasa de riesgo es alta y desconocida. Se realiza tanto en el conducto anal como en el margen anal.

Es un proceder sencillo, no doloroso, que toma pocos minutos para su ejecución. La muestra debe ser tomada antes de realizar el tacto rectal u otro procedimiento a nivel del ano. En las 24 horas previas al examen el individuo no debe tener relaciones anorreceptivas, ni aplicarse enemas, ni cremas, para garantizar la calidad de la muestra y la eficacia del examen.

El coloproctólogo introduce en el conducto anal aproximadamente de 3 a 4 cm un aplicador o escobilla de dacron (*cytobrush*) humedecido en suero fisiológico. Luego realiza movimientos rotatorios de 360°, en espiral, suaves, en contacto con las paredes del conducto anorrectal y el margen anal. La muestra tomada se envía al departamento de Anatomía Patológica. Esto permite realizar un diagnóstico preliminar de la presencia de lesiones precursoras del cáncer anal o este propiamente dicho.

Los resultados obtenidos se informan de forma personal y de ello depende la realización de otros procedimientos para su confirmación, como la anoscopia de alta resolución y la biopsia de ano. Evita la realización de biopsias anales de forma innecesaria.

Anoscopia de alta resolución (AAR)

La AAR es un procedimiento que se realiza con la utilización de un anoscopio y un colposcopio que es un equipo que se utiliza para magnificación óptica de los detalles anatómicos del ano en su interior. Pone al descubierto caracteres no visibles al ojo humano. Con el desarrollo de la ciencia y la técnica son cada vez más sofisticados los métodos para realizar una anoscopia magnificada con el objetivo de simplificarla, acortado los plazos y las rotaciones del anoscopio, que pueden resultar molestos. A través de ella se realiza la toma de biopsia de observarse alguna lesión sospechosa.

Biopsia

Examen que proporciona la confirmación diagnóstica de lesiones premalignas o el cáncer en cualquiera de sus etapas. Se realiza con el uso de anestésicos porque de no usarlos resulta dolorosa. Es básica y necesaria para realizar el tratamiento

de forma correcta. Cualquier zona sospechosa deberá de ser biopsiada y se recomienda realizarla en el contexto de una anoscopia de alta resolución.

La decisión de acudir a un facultativo para un chequeo proctológico es personal. Válido es reconocer que el ano es un órgano tan usado como olvidado en cuanto a temas de salud, excepto que presente síntomas de enfermedad. De la actividad de prevención que se desarrolle depende que las enfermedades que lo afectan se diagnostiquen en etapas tempranas.

Capítulo 4. Vivir con colostomía

La colostomía es un procedimiento quirúrgico que se utiliza entre otras indicaciones como tratamiento del cáncer anal en pacientes que se encuentran en etapas avanzadas. Un tema tratado ampliamente en la literatura, por lo que siempre resulta útil brindar algunas recomendaciones sobre sus cuidados.

Los tabúes culturales en cuanto a la colostomía hacen al paciente transitar en un circuito de adaptación que, frecuentemente, se acompaña de un daño psicológico importante. Se deforma el diseño anatómico abdominal con la observación de un segmento de colon exteriorizado a través de la pared abdominal. De acuerdo con la técnica desarrollada por el cirujano, tendrá mejor o peor estética a criterio del paciente.

La percepción olfatoria proveniente de la materia fecal constituye la primera barrera que dificulta la aceptación del paciente, su cónyuge, familiares, compañeros de trabajo y sociedad en general, con repercusión en ocasiones de su vida sexual y social. Las expectativas en cuanto a la efectividad del tratamiento, la evolución de su estado de salud, el gasto económico y las limitaciones en cuanto a calidad y cantidad de equipos de colostomía con que dispone, constituyen otros elementos que afectan a la persona colostomizada.

Los grupos de apoyo a estos pacientes y sus familiares, colaboran en el proceso de resiliencia que desarrollen cada uno de los afectados, lo cual modificaría, de manera positiva, sus perspectivas futuras.

Cuidados

Las colostomías realizadas en el colon proximal, por lo general localizadas en el hemiabdomen superior, del lado derecho, expulsan materia fecal blanda, no así con las realizadas con segmentos distales situadas en el cuadrante inferior izquierdo, que expulsan heces duras moldeadas.

Es importante conocer el sistema de bolsas a utilizar, los cuales pueden ser muy sencillos o muy sofisticados. Sea cual fuere a utilizar debe:

1. Realizar la apertura de la entrada del colector con un diámetro acorde al de la colostomía que presenta.
2. Verificar que el colector no tenga roturas.
3. Verificar que el colector tenga un aditamento para intercambiar gases, de no tenerla puede realizar pequeños orificios, en número de 5 o 6, con una aguja en su parte superior, o abrir el cierre de su extremo inferior si se distiende.
4. Si el colector no tiene aditamentos para atenuar los olores de la materia fecal introduzca dentro un pequeño fragmento de carbón vegetal.
5. Verificar que el cierre del extremo inferior del colector esté correctamente colocado.
6. Secar la piel antes de colocar el colector.
7. Vaciar la bolsa si esté a la mitad. La bolsa no debe llenarse demasiado.
8. Cambiar el colector cada 3 a 5 días, siempre y que no exista escape de la materia fecal alrededor de la colostomía.
9. Para prevenir las hernias puede usar una faja diseñada para pacientes con colostomía de fabricación industrial o artesanal.
10. Ante lesiones de piel u otra alteración de la colostomía acude al especialista.

11. Participa en grupos de apoyo a pacientes colostomizados, el intercambio de experiencias favorece la adaptación a ella.
12. Mantener una nutrición adecuada, evite los alimentos que puedan causar cuadros diarreicos.
13. Ingerir abundantes líquidos compartidos entre agua y jugos.
14. Disminuir o elimine el consumo de café y alcohol.
15. Disminuir la ingesta de bebidas gaseadas.
16. Ingerir alimentos con fibra en una proporción racional.
17. Practicar ejercicios, siempre bajo la orientación de un facultativo. La natación puede ser practicada.
18. Tener colostomía no limita su actividad sexual.

Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo terapéuticos, en interacción con la red social que rodea al paciente dígase miembros de la familia, cónyuges, hijos y amigos resultan una fortaleza para los pacientes con cáncer anal. Estos ayudan a enfrentar la aceptación de la enfermedad, así como el tránsito hacia la curación o la evolución de etapas avanzadas. Su labor facilita la educación del paciente en cuanto

a su enfermedad y cómo manejar la situación entre este y la familia.

La colostomía como tratamiento resulta un aspecto a superar. La alteración de la imagen corporal, la percepción olfatoria de la materia fecal, así como el desarrollo de su vida sexual, resultan los aspectos más importantes, los cuales deben ser superados por el deseo de vivir una vida próspera. La colostomía no es una barrera, es una solución a un problema de salud que brinda la oportunidad de vivir, ser felices y sonreír todas las mañanas.

Glosario

Agudo: proceso de comienzo súbito y una evolución rápida, incluyendo su resolución.

Blenorragia: infección de transmisión sexual que se caracteriza por la inflamación de las vías urinarias y los genitales y produce un flujo excesivo de moco genital de aspecto amarillo verdoso.

Chancroide o chancro blando: infección de transmisión sexual (ITS) causada por una bacteria gramnegativa llamada *Haemophilus ducreyi*.

Citomegalovirus: infección frecuente por un virus herpes que presenta una gran variedad de síntomas, desde una evolución asintomática hasta la aparición de fiebre, fatiga o síntomas graves con afectación de los ojos, el encéfalo u otros órganos internos.

Colon: segmento del sistema digestivo que se divide en diferentes segmentos: ciego, ascendente, transverso y sigmoide.

Condilomatosis: verrugas genitales benignas causadas por la infección del virus del papiloma humano (VPH).

Crónico: proceso de comienzo más lento y se mantienen en el tiempo.

Depleción: extracción o pérdida de un líquido, como la sangre, o disminución notoria de sustancias contenidas en él, como los electrolitos.

Dispareunia: coito doloroso tanto en mujeres como en hombres. Abarca desde la irritación vaginal poscoital hasta un profundo dolor.

Displásico: término que describe la presencia de células anormales en un tejido o un órgano; no es cáncer.

Drenaje linfático: sistema formado por un conjunto de órganos, conductos, ganglios y vasos que transportan un líquido, la linfa, hasta la sangre; constituye una de las partes centrales del sistema inmunológico.

Ecsematoide: reacción cutánea caracterizada por presentar lesiones inflamatorias diversas tales como eritema, vesículas, pápulas y exudación.

Endoanal: dentro del ano.

Escabiosis o sarna: enfermedad de la piel causada por el ácaro parásito *Sarcoptes scabiei*, llamado comúnmente arador de la sarna. Es una ectoparasitosis cosmopolita, extremadamente contagiosa.

Felación: chupar, lamer o usar la lengua para estimular el pene con la boca.

Fibroadenoma: tipo de tumor benigno.

Glándulas de Gay: glándulas sudoríparas anales muy desarrolladas.

Herpes: enfermedad infecciosa causadas por virus de herpes tipo I o II, caracterizada por las lesiones cutáneas que se forman por pequeñas vesículas en racimo. Estas vesículas aparecen rodeadas de un halo rojo que, al romperse, forman úlceras.

Hidrocistoma apocrino: lesión quística.

Lignina: clase de polímeros orgánicos complejos que forman materiales estructurales importantes en los tejidos de soporte de plantas vasculares y de algunas algas e insectos.

Linfograuloma venéreo: infección de transmisión sexual (ITS) causada por la *Chlamydia trachomatis*, caracteriza por la presencia de una úlcera o pápula indolora en el sitio de inoculación que, a menudo, pasa inadvertida.

Meteorismo: distensión abdominal provocada por la producción y acumulación de una cantidad excesiva de gases en el tracto gastrointestinal.

Molusco contagioso: infección viral de la piel que tiene como resultado protuberancias redondas, firmes e indoloras.

Mucorrea: abundante eliminación de moco durante la defecación.

Neoplasia intraepitelial: afección en la que se encuentran células anormales en la superficie o el tejido que recubre un órgano, como la próstata, la mama, el cuello uterino o ano.

Pápula: lesión en piel, menor de un centímetro de diámetro, circunscrita, elevada, de bordes bien definidos y de contenido sólido.

Pediculosis pubis: infección resultante de la presencia de piojos del pubis.

Peptenosis: es el endurecimiento y fibrosis del pecten, zona del ano situada entre la línea interesfinteriana y la línea dentada.

Plexo: red formada por nervios o vasos sanguíneos o linfáticos que se cruzan entre sí.

Polisacárido: biomoléculas formadas por la unión de una gran cantidad de monosacáridos. Se encuentran entre los glúcidos.

Polinsaturadas: son ácidos grasos que poseen más de un doble enlace entre sus átomos de carbonos; disminuyen el colesterol total.

Proctitis: inflamación del recubrimiento del recto, órgano que se sitúa entre el colon y ano.

Prostatitis: inflamación de la glándula prostática.

Prueba de Schiller: prueba en la que se aplica yodo al cuello uterino o en el ano. El yodo colorea las células sanas de color marrón; las células anormales permanecen sin color.

Prurito: picor que se siente en una parte o todo el cuerpo que provoca la necesidad o el deseo de rascarse.

Resiliencia: capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas o experiencias psicológicas negativas.

Salpingitis: infección de las trompas de Falopio, que transportan los óvulos desde el ovario hasta el útero

Sarcoma de Kaposi: cáncer que produce parches de tejido anormal debajo de la piel y puede propagar a otros órganos.

Sífilis: enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema pallidum*.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: es la etapa final de la infección por VIH. Ocurre cuando el sistema inmunitario del cuerpo está muy dañado por el virus.

Uretritis: inflamación (hinchazón e irritación) de la uretra, el conducto que transporta orina desde la vejiga al exterior del cuerpo.

Vaginitis: inflamación de la vagina.

Vaginosis bacteriana: inflamación vaginal causada por el crecimiento excesivo de bacterias que se encuentran naturalmente en la vagina, lo que altera el equilibrio natural se caracteriza por aumento de la secreción vaginal con olor desagradable.

Vascularizado: referido a la disposición de los vasos sanguíneos en una zona determinada.

Vulvitis: inflamación de la vulva.

Bibliografía

- ALIAGA DÍAZ, E., CUBA FUENTES, S. Y MAR MEZA, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 330. Recuperado de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143/2243>
- AMIN, M. B.; EDGE, S. B. & GREENE, F. L. *et al.* (eds.). (2017). *AJCC Cancer Staging Manual*. (8th ed.) New York: Springer.
- BENÍTEZ GONZÁLEZ, Y. (2015). Diagnóstico de la neoplasia intraepitelial anal, una prioridad para la provincia Holguín. *Correo Científico Médico*, 19(1), 132-135, recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100013&lng=es

- CHARÚA GUINDIC, L. *et al.* (2009). La neoplasia intraepitelial anal y la infección por virus del papiloma humano en pacientes anorreceptivos. *Rev. Gastroenterol. Mex.*, 74(3), 195-201, recuperado de: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-la-neoplasia-intraepitelial-anal-infeccion-articulo-L.X0375090609477238>
- DOMÍNGUEZ BAUTA, S. R., TRUJILLO PERDOMO, T., AGUILAR FABRÉ, K. Y HERNÁNDEZ MENÉNDEZ, M. (2018). Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.*, 44(1), 1-13, recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017&lng=es
- GAMBOA, P. C. (2015). Cáncer anal. *Rev. Med. Cos. Cen.*, 72(614), 135-139.
- GARCÍA AGUADO, J. (2017). Cribar o no cribar: ¿esa es la cuestión? *Curso de Actualización Pediatría*, 211-221, recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/211-222_cribar_o_no_cribar.pdf
- IRIBARREN DÍAZ, M. *ET AL.* (2017). Preliminary results of a screening program for anal cancer and its precursors for HIV-infected men who

have sex with men in Vigo-Spain. *Rev. esp. enferm. dig.*, 109(4), 242-249, recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082017000400002&lng=es

LEBORGNE, J. H. ET AL. (2019). Tratamiento del cáncer de canal anal. Descripción de técnica y resultados de tratamiento radiante con o sin quimioterapia. Estudio retrospectivo en una población no seleccionada (1988-2016). *Rev. Méd. Urug.*, 35(4), 29-51.

LLORENTE LLANO, F. F. Y RENGIFO GONZÁLEZ, C. (2017). Prevalencia de infección anal por el virus del papiloma humano en el Hospital Comandante Manuel Fajardo. *Rev. Cubana Cir.*, 56(1), 27-36, recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000100004&lng=es

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2018). *Anuario estadístico de salud*. Recuperado de: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019-compressed.pdf>

MEDINA, M. L., MEDINA, M. G. Y MERINO, L. A. (2018). Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. *Av. Odontoestomatol.*,

34(6), 311-319. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005&lng=es

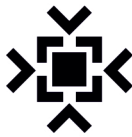
PADILLA-ESPANA, L. ET AL. (2016). Effectiveness of human papillomavirus genotyping for detection of high-grade anal intraepithelial neoplasia compared to anal cytology. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 34(7), 400-405.

PATIÑO, M. (2020). Amor, riesgo y Sida: hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Estudios Feministas*, 28(1), <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n150443>

PEDRERO, M. F. (2016). Cáncer de ano: definición. Recuperado de: <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/cancer-de-ano>

RIVERA, Z. R., AGUILERA, T. J. Y LARRAÍN, H. A. (2002). Epidemiología del virus papiloma humano (HPV). *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 67(6), 501-506, recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600013&lng=es

- SANABRIA NEGRÍN, J. (2012). Virus del Papiloma humano. *Rev. Ciencias Méd. de Pinar del Río*, 13(4), 1-23.
- SERRA, F., CHACÓN, C., GAVOSTO, S. Y GALLO, L. (2012). Avances en el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de ano. *Rev. Argent. Coloproct.*, 23, 121-174
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C. Y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med. Interna*, 33(1), 11-14.



Ediciones UO

A un olvidado se dedica este libro: el ano. Aquí se ofrecen vitales ideas para la prevención del cáncer anal y su relación con una actividad sexual saludable. Brinda conocimiento teórico básico, para contribuir al desarrollo de una cultura de salud en cuanto a la prevención del cáncer anal. Sus factores de riesgo, epidemiología, causas, tipos, tratamiento y acciones de prevención indispensables para realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad. Constituye una herramienta para estrategias de prevención primordial y primaria. El volumen está escrito en un lenguaje comprensible para médicos, estudiantes, pacientes y público en general.



ISBN: 978-959-207-668-6



9 789592 076686