

# CARCINOMA CLOACOGÊNICO TRANSICIONAL

Raimundo Nonato Bechara<sup>1</sup>  
Marcelo Bechara<sup>2</sup>  
Diva Regina Salomão<sup>3</sup>  
Marcio Freitas Guimarães<sup>4</sup>

## RESUMO

*Os autores apresentam três casos de tumor cloacogênico do canal anal, relatando aspectos relacionados com diagnóstico, tratamento e prognóstico. Discutem sobre a importância de diagnóstico precoce dado o comportamento biológico do tumor, que invade precocemente a musculatura. Elegem a amputação abdômino-perineal do reto associado à radioterapia como a forma mais efetiva do tratamento.*

O carcinoma cloacogênico transicional do canal anal adquire destaque como doença de evolução agressiva, acarretando para o paciente um padecimento ímpar quando se observa sua progressão natural. Grande parte das vezes é diagnosticado em fase avançada por simular patologia anorretal benigna como a fissura, fístula e doença hemorroidária. O pudor diante do exame proctológico é também responsável pelo adiamento do diagnóstico, que poderia ser precoce e definir um tratamento com propósito de cura.

Serão apresentados três casos de tumores cloacogênicos, o tratamento e a evolução de cada um desses. Concluindo, serão tecidos comentários concernentes à patologia, seu tratamento e prognóstico neste raro tumor.

## Histórico

Havia muitas publicações acerca de carcinoma da região do canal anal e ânus, estando alguns

autores cientes de que uma variante pouco frequente ocorria, sendo esta incluída entre os carcinomas epidermóides indiferenciados. Por alguns estudiosos foi descrito sob a denominação de carcinoma de células basais ou basalióide, carcinoma mucoepidermóide e adenoacantoma<sup>3, 4</sup>.

Em 1880, Hermann e Desfosses descreveram a presença de um epitélio de células transicionais na região da linha pectínia, acreditando ser esse remanescente da cloaca embrionária. Grinvalsky e Helwig confirmaram essas observações em 1956, propondo que uma neoplasia com padrão variado pudesse ter origem desta estrutura e denominando estes tumores de carcinoma cloacogênico transicional<sup>3, 4, 5</sup>.

## Anatomia

Canal anal é a porção do tubo gastrointestinal que se situa 3 a 4 cm acima da margem anal. A metade superior do mesmo é caracterizada pela presença de 5 a 10 pregas verticais da mucosa, as colunas anais em cuja extremidade distal formam-se válvulas e seios. A mucosa retal estende-se

- 1 Professor Adjunto da Fac. de Med. da UFJF e Mestre em Cirurgia pela UFRJ
- 2 Proctologista do INAMPS de Juiz de Fora e Mestrando em Cirurgia pela UFMG
- 3 Doutoranda da Fac. de Med. da UFJF
- 4 Doutorando da Fac. de Med. da UFJF

até essa região onde termina de forma irregular denteada, a denominada linha pectínia.

Acima da linha pectínia, entre essa e a borda das válvulas anais, existe uma zona circular de comprimento variável em poucos milímetros, atingindo no máximo 1 cm, zona essa coberta por camada de 5 a 7 células tipo transitórias, ou por epitélio cilíndrico estratificado, acreditando-se ser esse o local de origem dos carcinomas cloacogênicos.

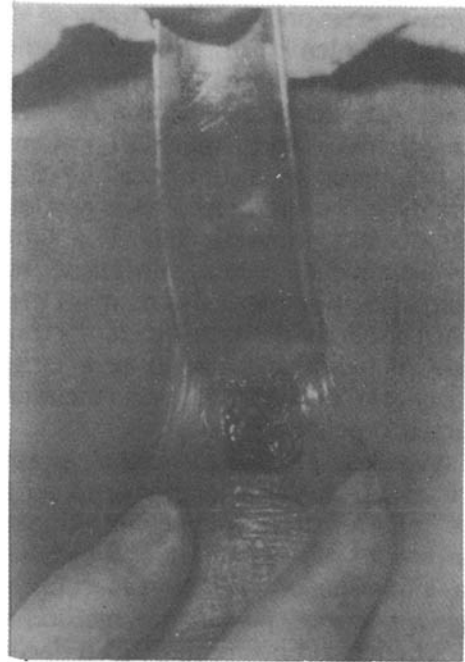
Poderão existir como remanescentes embrionários da zona cloacogênica do canal anal, 4 a 8 glândulas anais, sem função conhecida no homem. Seus ductos se ramificam no interior da camada submucosa e muscular, dirigindo-se no mais das vezes à região inferior e ocasionalmente, estendendo-se acima do nível das válvulas anais com orifício de abertura nas criptas. O revestimento epitelial dessas glândulas é do tipo transitório, o que justifica a presença de tumores cloacogênicos no interior da parede do canal anal e reto, sem envolvimento da zona transitória.

### Apresentação dos casos

**Caso nº 1** – L.M.C.N., sexo feminino, 80 anos, cor branca, viúva, brasileira, natural de Tabuleiro, MG, doméstica, procedente de Juiz de Fora, registro 372/80 AC 039652. Procurou atendimento médico em outubro/1980, queixando-se de dificuldade para evacuar e prolapso de massa no ânus (**Fig. 1**). Na HDA, relatou que há cerca de 8 meses vinha apresentando esse mesmo quadro. Tendo sido diagnosticado doença hemorroidária, foi contra-indicada a cirurgia devido ao risco cardiológico. No exame físico mostrava-se em bom estado geral, eupnéica, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem extra-sístoles. Ao exame proctológico observava-se presença de tumoração em canal anal com 3,0 x 3,5 cm.

A biópsia da mesma revelou ser carcinoma cloacogênico, sendo proposta ressecção local alargada com complementação radioterápica, como forma de tratamento. A cirurgia foi realizada em 31/10/80, tendo a paciente evoluído sem complicações no pós-operatório. Submetida a controles semanais, apresentou cicatrização completa após 60 dias. O tratamento radioterápico constou de 4.950 rads em região pélvico-perineal (150 rads/dia) e 5.000 rads em região inguinal (200 rads/dia).

O último controle foi realizado em 1983, pois a paciente não retornou a posteriores exames. Nessa época, não se registraram evidências clínicas da neoplasia.



**Fig. 1**

**Patologia:** Peça operatória constituída por retalho de pele e musculatura de região anorretal medindo 4,9 x 2,7 x 2,2 cm exibindo lesão ulcerada de bordos ligeiramente elevados, irregulares, que media 3,4 cm de diâmetro. O exame histológico revelou ulceração de mucosa, invasão da musculatura por massas celulares irregulares de aspecto basalióide ou transitório, com áreas de arranjo em paliçada típico. Observava-se ainda pronunciada reação desmoplástica do estroma.

**Caso nº 2** – G.M., sexo masculino, 50 anos, branco, casado, natural de Oliveira Fortes, MG, industrial, residente em Juiz de Fora, MG, registro 254/81 AC 0187549. Procurou assistência médica em junho de 1981, queixando-se de dor intensa na região anal e sangramento ao evacuar. Relatava que há aproximadamente quatro meses tivera início o quadro, tendo sido instituído tratamento clínico para fissura anal, sem resultados.

Ao exame físico, observamos bom estado geral, sinais de doença pulmonar obstrutiva crônica compatível com tabagismo (60 cigarros diários segundo seu relato). Não se registraram alterações cardiovasculares. Ao exame do abdome apresentava cicatriz de apendicectomia na fossa ilíaca direita. Não havia linfonodos palpáveis. O exame proctológico mostrava lesão de canal anal, ulcerada, de bordos proeminentes, dolorosa ao toque, situada na região anterior. A retossigmoidoscopia dificultada pela doença orificial nada evidenciou até 25 cm.

A biópsia excisional revelou tratar-se de carcinoma cloacogênico. Foi proposto radioterapia pré-operatória (4.000 rads) e amputação abdômino-perineal do reto após melhora de suas condições pulmonares. Tendo recusado tratamento cirúrgico, submeteu-se a um total de 5.040 rads (180 rads/dia), com irradiação abrangendo desde a região anal até a transição L2/L1, a fim de que fossem englobadas cadeias linfáticas regionais. Abandonou o tratamento em maio de 1981, devido à insistência da necessidade do tratamento cirúrgico. A radiografia do tórax e cintilografia hepática, nesta ocasião, não evidenciavam comprometimento pela neoplasia.

Em fevereiro de 1982, voltou a apresentar dores na região dorsal e sangramento ao evacuar. O toque retal mostrou presença de tumoração em região posterior do reto, tendo a biópsia confirmado a ineficácia da radioterapia como método isolado. O paciente novamente recusou o tratamento cirúrgico proposto. Procurou facultativos, com orientações diversas, sem sucesso no alívio da dor.

Em julho de 1983, foi realizada amputação abdômino-perineal do reto, após ligadura de artérias hipogástricas, sem caráter curativo e de radicalidade, devido a extensão do tumor para região perineal. Pesquisa de linfonodos inguinais, bilateralmente, não evidenciou metástases. No pós-operatório, exibiu dificuldade de cicatrização da ferida perineal, com infecção secundária por *Escherichia coli*. Foi encaminhado para complementação com radioterapia (3.000 rads) e quimioterapia.

Persistiam dores intensas refratárias ao uso de medicação analgésica. A radioterapia de bacia não mostrava alterações. Em abril de 1984, começou a apresentar edema de membros inferiores, pênis e bolsa escrotal, secreção em pequena quantidade na ferida perineal. Colostomia sem anormalidades, assim como ausência de linfonodos inguinais. Em junho, radiografia da bacia evidenciava lesões líticas no púbis. Foi observada fistulização da bexiga para ferida perineal<sup>6</sup>, sendo realizada cistotomia, sem sucesso, com persistência de eliminação de urina, sangue, e às vezes fragmentos ósseos por este local. Em setembro, realizou-se ureterostomia cutânea bilateral. A radiografia de tórax evidenciou metástase pulmonar. O paciente apresentou progressiva queda do estado geral, sendo realizado bloqueio anestésico pela intensificação da dor. Veio o óbito em dezembro.

**Patologia:** Peça de biópsia de tumoração de região anal medindo 7,2 x 2,8 x 2,0 cm, exibindo lesão central, úlcero-vegetante que mede 2,4 cm de diâmetro. O exame histológico evidenciava

proliferação neoplásica de padrão variado em suas diversas áreas. Foram observadas áreas de infiltração por células pequenas hiper Cromáticas, às vezes indiferenciadas, tipo *oat cell*, padrão adenóide cístico, áreas de maciços celulares com diferenciação escamosa central e figuras de mitoses relativamente freqüentes. Havia invasão de musculatura e comprometimento de margens.

**Caso nº 3** – A.D.C.O., feminina, 66 anos, casada, natural de Itabira-MG, doméstica, procedente de Juiz de Fora, com registro 189/85 AC 049267. Procurou atendimento médico em março de 1985, queixando-se de ponto doloroso no ânus e sangramento ao evacuar.

Relatou que há nove meses vinha se tratando com facultativos, de doença hemorroidária, sem resultados. Acrescentou ter ocorrido um emagrecimento discreto neste período, sem comprometimento do estado geral. Não relatava alteração do hábito intestinal. Exame físico não evidenciava alterações. Exame proctológico constatou lesão de canal anal em sua região posterior, tipo fissura anal crônica. Suspeitou-se de carcinoma epidermóide, sendo proposto ressecção local alargada com radioterapia complementar (**Fig. 2**).

A cirurgia foi realizada no mesmo mês, tendo o paciente recebido 4.590 rads (170 rads/dia), como complementação terapêutica. Exibiu hiper Cromia intensa da área irradiada, a qual se cicatrizou completamente em 65 dias. De acordo com o relato, apresentava discreta incontinência para fezes líquidas e gases.



**Fig. 2**

Até a data atual, vem se mantendo sob controle mensal, não evidenciando recidiva local da doença.

**Patologia:** Porção de pele, tecido celular subcutâneo e musculatura de região anal medindo 5,6 x 3,0 cm acompanhado por faixa de pele que mede 6,2 x 1,4 cm, sendo observado em sua porção central lesão ulcerada que mede 1,6 de diâmetro. O exame histológico evidenciou proliferação neoplásica de padrão basalióide, com áreas de diferenciação escamosa e com invasão da camada muscular.

### COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO

O carcinoma cloacogênico do canal anal em sua fase inicial, ainda lesão pequena, pode ser diagnosticado através do exame proctológico. Frequentemente, simula patologia orificial benigna, sendo importante afastar-se a possibilidade de neoplasia ao diagnóstico dessas patologias. Os três casos apresentados foram examinados por facultativos e tratados, inicialmente, como portadores de doença hemorroidária. Como se observa na **Fig. 3**, a lesão, inicialmente, poderá ser confundida com fissura anal crônica.

Segundo os autores consultados, é mais comum a associação com doença hemorroidária<sup>3</sup>. Enfatiza-se, então, a necessidade de estudo histopatológico dos tecidos ressecados durante cirurgias anorretais, considerando-se que as lesões, em sua fase inicial, foram achado ocasional de exame realizado em peças de hemorroidectomias<sup>2, 3</sup>.



Fig. 3 .

Nos casos relatados, a maioria com localização posterior no canal anal, não foi evidenciado comprometimento de linfonodos inguinais, mesmo em fase avançada onde ocorreria invasão de próstata, bexiga, ossos de púbis e metástase pulmonar. A referência bibliográfica comenta acerca de 62% de envolvimento das cadeias linfáticas inguinais<sup>3, 4</sup>.

### CONCLUSÕES

– Ao exame proctológico, quando observadas doenças orificiais, deverá ser afastada a possibilidade de associação com carcinoma cloacogênico, que muitas vezes simula este tipo de patologia ou é por esta mascarado.

– As lesões se localizaram, preferencialmente, na região posterior, diferindo das referências observadas nas obras consultadas, onde se registra maior incidência na região anterior.

– Todos os pacientes exibiam bom estado geral no momento do diagnóstico e mantiveram, durante a evolução, satisfatório estado de nutrição.

– Dor foi o sintoma mais incidente, tendo assumido caráter refratário a tratamento analgésico habitual, com a progressão da doença.

– Foi observado, diferentemente dos achados de Klotz, que pacientes com faixa etária na quinta década tiveram evolução mais agressiva que os da sétima e oitava décadas. O autor consultado relata que grupos etários entre 30-39, 70-79 anos têm pior prognóstico do que os de décadas intermediárias.

– A ressecção local alargada associada à radioterapia mostrou bons resultados, em pacientes selecionados, portadores de doença precoce e acima da sétima década.

– A amputação abdômino-perineal do reto mesmo associada à radioterapia tem pouco resultado em pacientes com fase avançada da doença.

A radioterapia isolada mostrou ser método pouco eficiente no tratamento do tumor, mesmo quando associada à quimioterapia.

– Carcinoma cloacogênico do canal anal tem melhor prognóstico quando tratado com amputação abdômino perineal ampla e ressecção de larga faixa de pele perineal.

– Em toda cirurgia realizada para doenças orificiais, deverá ser enviado o material ressecado, para estudo histopatológico, com a finalidade de diagnóstico precoce da neoplasia.

### SUMMARY

*The authors present 3 cases of Transitional*

*Cloacogenic Carcinoma of anal canal and report aspects involved in the diagnosis, treatment and prognosis. It is discussed the importance of precocious diagnosis, regarding the biological behaviour of the tumor, with prematurely invades musculature.*

*They recommend the rectum abdominoperineal resection in association with radiotherapy as the most effective way of treatment.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUMINI R (Ed) et al. — Câncer no Brasil: dados histopatológicos: Câncer no Brasil: histopathology data 1976/80. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, 1982.
2. GRINVALSKY HT & HELWIG EB — Carcinoma of the anorectal junction. *Cancer*, 9: 480-488, 1956.
3. KHEIR S et al. — Cloacogenic carcinoma of the anal canal. *Arch Surg*, 104: 407-515, april 1972.
4. KLOTZ RG et al. — Transitional cloacogenic carcinoma of the anal canal. Clinicopathologic study of 373 cases. *Cancer*, 20: 1727-1745, 1967.
5. SVENSON EW et al. — Results of treatment in transitional cloacogenic carcinoma. *Cancer*, 46: 828-830, 1980.
6. TANK ES et al. — Urinary tract complications of anorectal surgery. *Amer J Surg*, 123: 118-122, january 1972.