

# TUMORES MALIGNOS DA REGIÃO ANAL

## REVISÃO HISTOPATOLÓGICA DE 47 CASOS

AFONSO CAMILO FERNANDES, CARLOS SILVA DUARTE

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria. Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

### RESUMO

Após breve referência à anatomia, histologia e embriologia da região anal, expõem-se os resultados de um estudo, fundamentalmente histopatológico, de 47 casos de tumores malignos daquela região. Da comparação preambular desta série com outras publicadas sobressaem: a coincidência do predomínio dos tumores do canal anal sobre os da margem do ânus; a semelhança das distribuições de casos pelos dois sexos e por idades. Do ponto de vista histológico, a característica mais impressionante é a variabilidade, inclusivamente num mesmo tumor, observando-se, nos mais frequentes, aspectos epidermóides, transicionais e/ou basalóides. Nalguns deles identificam-se ninhos de *células claras* e/ou um componente produtor de muco que pode também ter diversas expressões morfológicas. Os carcinomas que reúnem vários destes aspectos podem originar-se, segundo se conclui, quer no epitélio da zona das válvulas anais quer nos ductos anais. Os adenocarcinomas mucosos, de que se descrevem três exemplos, parecem constituir uma entidade à parte, com características morfológicas que não surgem associadas àqueles outros aspectos. Ocorreram sempre em indivíduos do sexo masculino com fistula anal crónica. Num dos casos encontrou-se evidência morfológica confirmativa da possível origem destes tumores nos ductos anais. Finalmente, tecem-se algumas considerações sobre o modo de classificar os tumores da região anal e sobre as implicações terapêuticas e prognósticas das classificações usualmente adoptadas.

### SUMMARY

#### Malignant tumours of the anal region. Histopathologic study of 47 cases

The anatomy, histology and embryology of the anal region are briefly reviewed. The results of an histopathologic study of 47 malignant tumours of that region are then presented and analysed. As in other published series, the anal canal tumours are more frequent than those of the anal margin and the cases are distributed by both sexes and ages nearly in the same way. Histologic variability is the most striking finding, even in the same tumour. The most frequent tumours have epidermoid, transitional and/or basaloid features. In some of them there were also nests of *clear cells* and/or a mucous-secreting component which may have different aspects. All these carcinomas may arise either in anal junctional zone or in anal ducts epithelium. Three cases of mucinous adenocarcinoma are described. They seem to be a singular entity. They have always occurred in men suffering from chronic fistulae-in-ano. Their morphological characteristics do not appear associated with the above mentioned aspects. In one of the cases a morphological demonstrable origin from an anal gland was found. The way of classifying the anal region tumours and the therapeutic and prognostic implications of the usually adopted classifications are at last discussed.

### INTRODUÇÃO

Tal como em relação a muitos outros temas de Patologia, vários factores têm dificultado a sistematização nosológica dos tumores malignos da região anal. De entre eles destacamos: 1. A relativa raridade de tais tumores; 2. A pouca nitidez dos limites da região anal e dos segmentos em que se pode dividir; 3. A complexidade e variabilidade histológica da região.

Os tumores malignos da região anal são, no seu conjunto, neoplasias pouco frequentes. A grande maioria tem natureza epitelial, constituindo 1-2% do número total de carcinomas do intestino grosso<sup>1</sup> e cerca de 3% dos carcinomas do recto.<sup>2</sup> Alguns tipos são muito raros, como o adenocarcinoma das glândulas anais.<sup>3</sup>

Quer do ponto de vista anátomo-patológico quer clínico é conveniente localizar a origem dos tumores da região anal no canal anal ou na margem do ânus. Os limites destas estruturas são, todavia, pouco nítidos,<sup>4</sup> pelo que têm surgido algumas imprecisões e divergências nas demarcações estabelecidas por diferentes autores.

O canal anal, com 3 a 4 cm de comprimento, estende-se da extremidade superior ao bordo inferior do esfíncter interno do ânus.<sup>3</sup> Aquela faz parte do anel muscular ano-rectal.<sup>5</sup> O bordo inferior do esfíncter está cerca de 6 a 9 cm acima do nível do orifício anal.<sup>6</sup> As válvulas anais localizam-se entre o meio e a união dos terços médio e inferior do canal anal.<sup>6</sup>

A margem do ânus iniciar-se-á no limite inferior do canal anal, rodeia o orifício anal e inclui uma área da pele

peri-anal de limite periférico forçosamente convencional, por exemplo até 6 cm do orifício anal<sup>7</sup> (Figura 1).

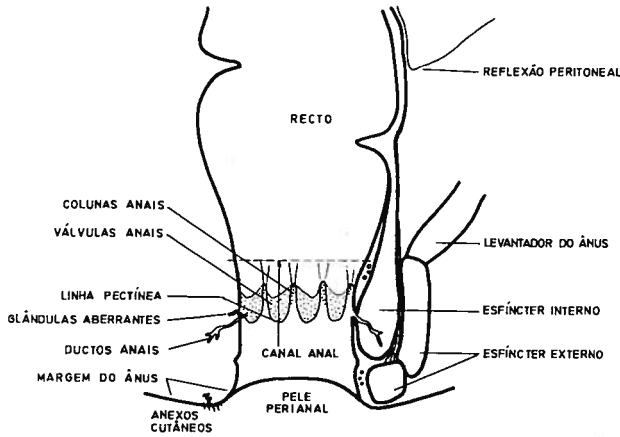


Figura 1: Região anal.

Verificou-se contudo, na prática, que os tumores pavimento-celulares localizados sobretudo ou inteiramente logo abaixo das válvulas anais, embora em rigor possam ter origem no canal anal, são histologicamente semelhantes e comportam-se como os da margem do ânus, pelo que são habitualmente incluídos no grupo destes.<sup>8, 9</sup>

A variedade de tipos histológicos dos carcinomas com origem na região anal resulta da diversidade das estruturas epiteliais da região (Figura 2).

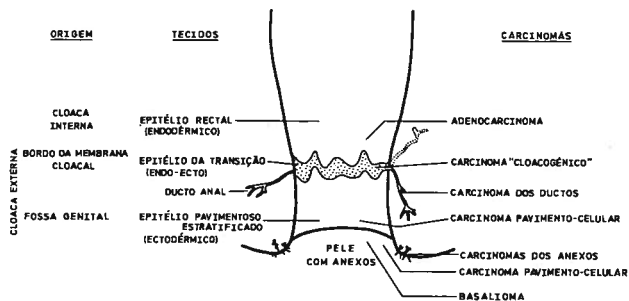


Figura 2: Histogénese dos tumores da região anal.

Ao nível do anel muscular ano-rectal não há habitualmente mudança do tipo de epitélio,<sup>10</sup> identificando-se nos 4 a 6 mm proximais da mucosa do canal anal um epitélio cilíndrico simples muco-secretor idêntico ao da mucosa rectal.<sup>5</sup> Dele poderão derivar adenocarcinomas do canal anal indistinguíveis histologicamente dos adenocarcinomas do cólon.<sup>10</sup>

Segue-se uma zona de transição para a mucosa mais distal do canal anal que é revestida por epitélio pavimento-estratificado. Aquela tem 1 a 11 mm de largura e é reco-

hecível macroscopicamente. O limite superior é sinuoso e passa pelos vértices das papilas anais. O limite inferior coincide com o das válvulas anais. Alguns autores definiram a linha pectínea ou dentada como coincidente com aquele limite superior e com o início do canal anal.<sup>11, 12</sup> A maioria dos autores definem-na contudo como a linha das válvulas anais<sup>1, 3, 5, 6, 13</sup> e alguns autores consideraram ser aqui o limite superior do canal anal anatómico.

O revestimento epitelial da zona de transição não só varia de indivíduo para indivíduo como não é uniforme.<sup>5, 8, 11</sup> O epitélio característico da zona é cilíndrico-estratificado ou semelhante ao urotélio, com 5 a 7 camadas de células. Embora possa revestir toda a zona está muitas vezes limitado às criptas anais e aos segmentos proximais das papilas anais e das faces axiais das valvas. A área restante é então revestida por epitélio pavimentoso-estratificado não queratinizado de espessura variável. Por vezes encontram-se também ilhéus de epitélio cilíndrico simples muco-secretor.

No fundo das criptas abrem-se, em geral, os ductos das glândulas anais. São formados na sua porção inicial por epitélio de transição ou, menos frequentemente, por epitélio pavimentoso-estratificado.<sup>14</sup>

As glândulas anais são tubulares e pouco ramificadas. O trajecto, tortuoso, é em geral caudal, e atinge frequentemente as zonas profundas do esfíncter interno ou até o ultrapassa. À medida que penetram no córion e no músculo, os ductos vão sendo revestidos por epitélio de transição ou pavimentoso-estratificado com menor número de camadas celulares até que se podem identificar, apenas nalguns,<sup>14</sup> células cilíndricas ou caliciformes, por vezes muco-secretoras, constituindo uma fieira superficial ou um epitélio simples.<sup>5, 11, 15</sup>

Abaixo das válvulas anais, numa extensão de 8 a 15 mm até à linha branca de Hilton (sulco interesfíncteriano) a mucosa do canal possui um epitélio pavimentoso-estratificado mais ou menos queratinizado, muitas vezes mais espesso que a epiderme, com aumento progressivo da quantidade de melanina no sentido distal. É excepcional, nesta zona, a identificação de anexos cutâneos, sendo rudimentares quando existem<sup>5</sup> (Figura 3).



Figura 3: Os diferentes tipos de epitélios reconhecíveis no canal anal. Identifica-se também um ducto anal. H-E x40.

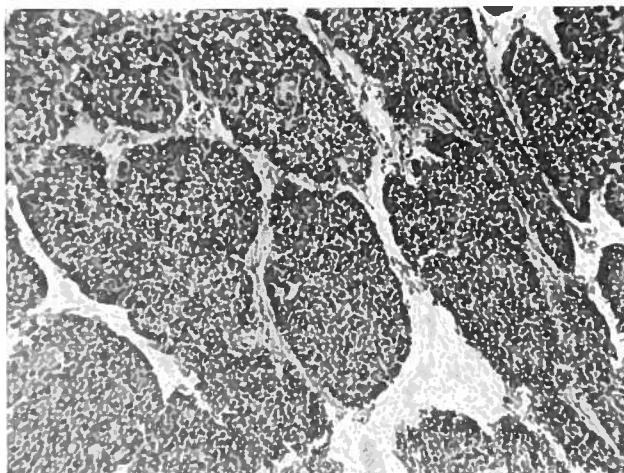


Figura 4: Ninhos basalóides. H-E×110.

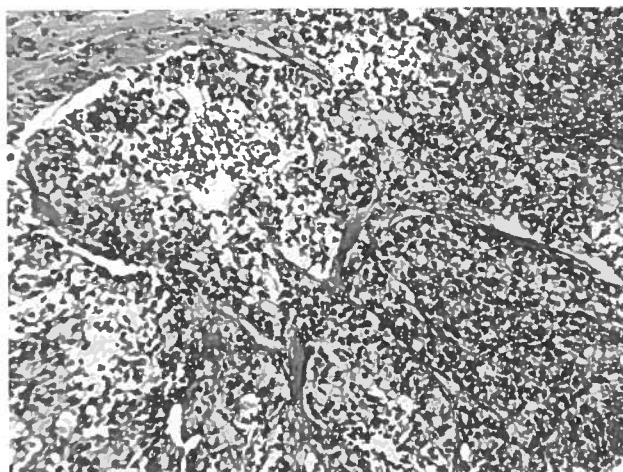


Figura 5: Ninhos de células claras. Mesmo tumor da Figura 4. H-E×110.

A margem do ânus é revestida por pele com pêlos, glândulas sudoríparas e sebáceas. Pode pois ser sede de tumores com origem nestas diferentes estruturas.

O conhecimento do desenvolvimento embrionário do canal anal permite compreender a diversidade de epitélios que nele se encontram.<sup>16, 35</sup>

O segmento superior do canal provém da cloaca interna, endodérmica. A zona das valvas anais, com o característico epitélio de transição, tem origem no bordo não desintegrado da membrana cloacal, formada por uma camada interior, mais espessa, endodérmica, e uma camada exterior, ectodérmica. O espaço deixado pelo desaparecimento da membrana cloacal contribui para a formação da cloaca externa de cuja parte inferior e posterior, de natureza ectodérmica (proctodeum), deriva o segmento sub-valvular do canal anal.

Estas considerações prévias permitem uma abordagem fundamentada e crítica da série de casos que adiante apresentamos e que inclui alguns tumores pouco usuais e revela aspectos que podem contribuir para um melhor conhecimento dos tumores da região anal.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos todos os casos de tumores malignos da região anal registados nos arquivos do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa de 1936 a 1982.

Recolheram-se os dados clínicos relevantes disponíveis. A localização dos tumores de que foram examinados apenas fragmentos colhidos por biopsia baseou-se nas informações contidas nos relatórios dos toques ano-rectais e observações ano-rectoscópicas. Nos casos com ressecção local ou abdómino-perineal aquela foi feita com base nas descrições macroscópicas das peças.

Todo o material histológico existente foi reexaminado. Sempre que necessário obtiveram-se mais cortes dos fragmentos incluídos em parafina. Para além da coloração pela hematoxilina-eosina, recorremos em alguns casos às colorações de van-Gieson e PAS após digestão pela amilase.

Dos 55 casos que inicialmente reunimos só obtivemos dados e material suficiente para uma caracterização adequada em 47.

## RESULTADOS

Dos 47 tumores malignos da região anal estudados, 39 localizavam-se no canal anal e os restantes na margem do ânus.

A distribuição por sexos e grupos etários consta do Quadro 1. Os do canal anal são mais frequentes nas mulheres do que nos homens (2,3:1) e acima dos 60 anos (média das idades — 65 anos). Para os da margem a distribuição foi igual pelos dois sexos e a média das idades de 63,6 anos.

### Canal anal

Nos carcinomas do canal anal identificámos vários padrões fundamentais, alguns dos quais frequentemente associados num mesmo tumor: 1. Carcinoma pavimento-celular com ou sem queratinização (epidermóide); 2. Semelhante aos carcinomas de epitélio de transição bem ou moderadamente diferenciados (transicional); 3. Em ninhos idênticos aos que se encontram nos basaliomas cutâneos, com palissada celular periférica mais ou menos evidente (basalóide); 4. Carcinoma mucoepidermóide; 5. Adenocarcinoma glandular ou papilar; 6. Adenocarcinoma mucoso.

*Carcinomas com aspectos epidermóides, basalóides e transicionais* — Os tumores em que identificámos um ou mais destes aspectos foram os mais frequentes (25 casos). Cinco são exclusivamente epidermóides, com poucos focos

QUADRO 1 Tumores malignos da região anal

	Número de casos	Sexo		Distribuição por idades		
		M	F	40-49	50-69	≥ 70
Do canal anal	39	12	27	3	19	17
Da margem do ânus	8	4	4	1	5	2
Total	47	16	32	4	24	19

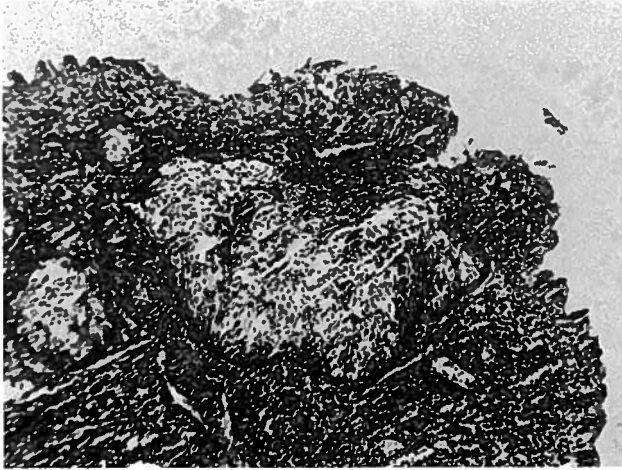


Figura 6: Ninho tumoral de células claras preenchendo o lúmen de um ducto anal. H-E  $\times$  40.

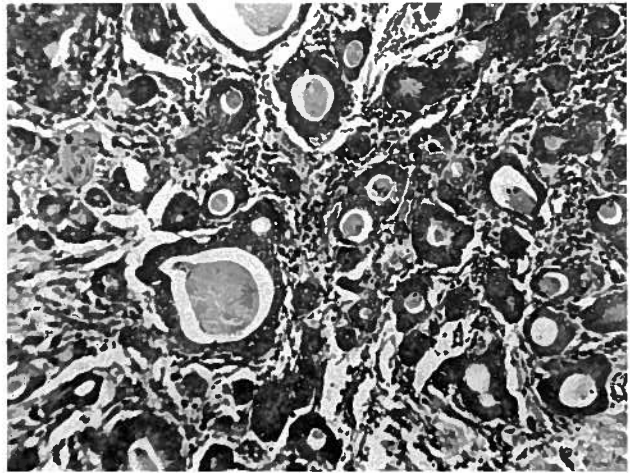


Figura 7: Imagens de adenocarcinoma num tumor localizado ao nível e abaixo das válvulas anais. H-E  $\times$  110.

de queratinização, sem pontes intercelulares e com algumas atipias. Noutros cinco o componente epidermóide predomina mas identificaram-se também alguns ninhos basalóides ou transicionais. Nos 15 casos restantes só em dois não reconhecemos quaisquer imagens epidermóides, tendo um deles apenas características basalóides e transicionais e sendo o outro predominantemente indiferenciado.

Nos 13 carcinomas com componente epidermóide minoritário, em 4 este está representado exclusivamente pela presença, no centro de ninhos basalóides ou no interior das faixas de tumor com aspecto transicional, de uma nítida diferenciação no sentido da queratinização, em geral gradual e incompleta, sendo rara a formação de pérolas de queratina. Nos outros 9 existem imagens dispersas de disqueratose e áreas apenas epidermóides, sem ou com escassa queratinização mas nunca com pontes intercelulares, e frequentemente com numerosas atipias.

Um componente basalóide óbvio — ninhos sólidos, circunscritos, de células com citoplasma escasso e núcleos ovais ou redondo, dispostas em palissada na periferia (Figura 4) — só se encontrou em 4 casos. Noutros tantos identificaram-se imagens sobreponíveis às dos carcinomas de epitélio de transição de bem a moderadamente diferenciados, inclusivamente com organização papilar. Em 11 casos os componentes basalóide e transicional, em geral coexistentes, são menos característicos: ninhos alongados e angulosos, células de citoplasma mais vasto e eosinófilo, palissadas periféricas incompletas um pouco evidentes, escassez de imagens papilares, disposição menos organizada das células, polimorfismo celular e maior número de mitoses e atipias.

Um aspecto frequente nos ninhos basalóides menos diferenciados é a existência de focos de necrose central, eosinófilos. Num dos casos tais focos são muito extensos, conferindo a esses ninhos um aspecto peculiar pois só se mantêm delgadas faixas periféricas de células conservadas (padrão em *queijo suíço*).

Em 6 casos, e sem relação com a quantidade ou características dos outros componentes, identificaram-se também ninhos tumorais constituídos por células semelhantes entre si, grandes, poliédricas ou arredondadas, de citoplasmas vasto e claro (*células claras*) e de núcleo redondo ou ovóide com cromatina irregularmente dispersa e nucléolo por vezes evidente. As mitoses e atipias são em geral numerosas nestes ninhos (Figura 5).

Num caso, de que só possuímos uma biópsia interessando a zona das válvulas anais com epitélio de revestimento íntegro (em parte epitélio de transição), identificam-se vários ninhos tumorais idênticos aos descritos no parágrafo anterior. Um deles preenche claramente a porção terminal de um ducto anal, da parede do qual parece ter-se originado (Figura 6).

*Carcinomas com componente produtor de muco* — Identificámos dois destes tumores. Um deles inclui áreas de carcinoma pavimento-celular escassamente queratinizante e outras formadas por ninhos basalóides de células de núcleo grande com um nucléolo proeminente. Quer no citoplasma de algumas destas células quer em espaços irregulares, por vezes microquísticos, identificáveis no interior dos ninhos, existe material PAS positivo resistente à amilase (como nos carcinomas mucoepidermóides). Há áreas em que o estroma do tumor tem uma acentuada embebição mucóide.

O outro tumor, macroscopicamente ulcero-vegetante, com 2,5 cm de diâmetro e localizado ao nível e abaixo das válvulas anais, tem uma estrutura muito variada: — Áreas de adenocarcinoma com arranjo glanduliforme mais ou menos evidente (Figura 7); — Alguns focos de cistadenocarcinoma papilar (Figura 8); — Numerosos ninhos de células claras, semelhantes aos atrás descritos, por vezes com esboço de palissada periférica e com necrose central eosinófila (Figura 9); — Escassas zonas de carcinoma pavimento-celular não queratinizante. Quer no lume das estruturas glanduliformes bem individualizadas, quer em espaços irregularmente circulares que existem no seio dos ninhos de células claras, há material PAS positivo resistente à amilase. São ainda frequentes imagens correspondentes à transição entre alguns dos aspectos anteriormente descritos, nomeadamente estruturas papilares e glanduliformes revestidas por várias camadas de células claras idênticas às que se encontram nos ninhos sólidos.

*Adenocarcinomas mucosos* — Este tipo de tumor foi encontrado em 3 casos, todos de doentes do sexo masculino (44,70 e 73 anos de idade) com história de fistula anal crónica datando de há 15 a 40 anos. Dos casos com outros tipos histológicos só um (carcinoma pavimento-celular da margem do ânus) foi apurada uma história semelhante.

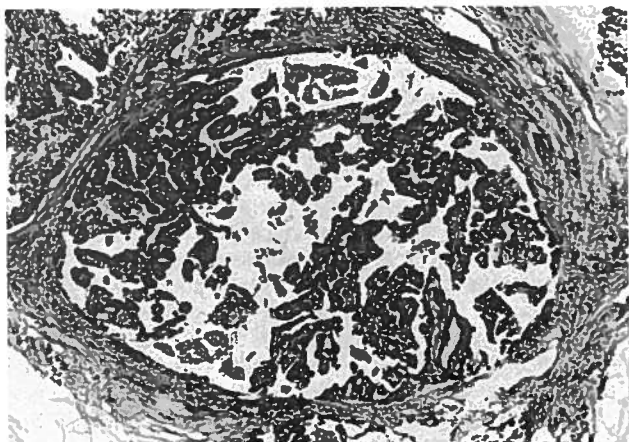


Figura 8: Imagens de cistadenocarcinoma papilar. Mesmo tumor da Figura 7. H-E x40.

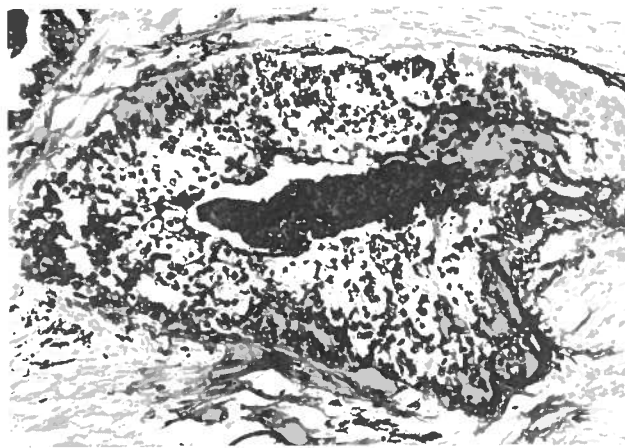


Figura 9: Ninho de células claras com esboço de palissada periférica e necrose central. Mesmo tumor das Figuras 7 e 8. H-E x140.

São tumores em que sobressaem os grandes lagos de muco PAS positivo, muitas vezes sem células, mas alguns delimitados por uma ou mais camadas de células cúbicas ou cilíndricas de núcleo basal, com raras atipias. Estas células aparecem também descamadas, no seio do muco, assumindo uma forma em anel de sinete. Um dos tumores possui ainda ninhos de células em anel de sinete e de células com grandes núcleos claros e nucléolos proeminentes.

Num dos casos identificou-se em pleno tumor parte da porção secretora de um ducto anal sendo notável a grande semelhança entre o epitélio daquela e o da neoplasia (Figura 10).

**Adenocarcinomas de tipo rectal** — Em 7 casos com o diagnóstico clínico de tumor do canal anal verificámos que 3 correspondiam na realidade a invasão desta estrutura por adenocarcinomas rectais. Nos outros 4 não nos foi possível determinar a origem dos tumores ou porque possuíamos apenas material de biopsia ou devido à grande extensão das neoplasias, com destruição das paredes rectais e do canal anal.

**Melanoma maligno** — Vimos apenas um caso numa mulher de 82 anos. Tratava-se de um tumor polipóide com inserção alta no canal anal e extremamente rico em melanina.

#### Margem do ânus

Com esta localização encontrámos: — Seis carcinomas pavimento-celulares, todos bem diferenciados, com pontes intercelulares e formação de queratina; — Um carcinoma verrugoso (como descrito por Morson<sup>3</sup>); — Um basilioma de tipo queratítico.

#### DISCUSSÃO

Da comparação das características gerais da série de casos apresentada com as de outras descritas na literatura referentes a tumores malignos da região anal,<sup>1, 2, 7, 8, 13, 17, 18, 19</sup> sobressai o seguinte: 1. O número médio de casos por ano é relativamente baixo na presente série — para os carcinomas do canal anal, mais citados, é 2 a 12 vezes menor do que

noutras séries em que aparecem com frequências aproximadas de 1,6 a 9,2 casos/ano; 2. Tal como nas outras séries, também nesta os tumores do canal anal são mais frequentes do que os da margem do ânus, sendo maior a incidência no sexo feminino; 3. Os tumores da margem do ânus, habitualmente apontados como mais frequentes no sexo feminino, distribuem-se na nossa série, que contudo inclui apenas 8 casos, igualmente pelos 2 sexos; 4. As médias das idades dos doentes com tumores do canal ou da margem são sempre semelhantes entre si, e as encontradas neste trabalho estão próximas das mais elevadas observadas noutras séries (em que estão compreendidas entre os 57 e os 66 anos, aproximadamente).

Contrastando com a relativa monotonia dos carcinomas do cólon e recto, é precisamente a variabilidade histológica a característica mais impressiva dos carcinomas da região anal.

Tal variabilidade amplifica, entre outros, alguns problemas com soluções interdependentes, nomeadamente: 1. O conhecimento da histogénese e do sentido e grau de diferen-

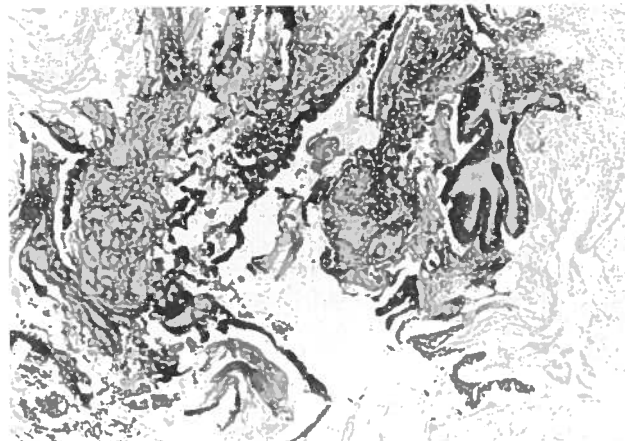


Figura 10: Adenocarcinoma mucoso. Identifica-se parte de uma glândula anal. H-E x40.

ciação dos diversos tumores; 2. A elaboração de uma classificação dos tipos histológicos em que se baseiem os diagnósticos; 3. A determinação da influência dos aspectos histológicos no tratamento e prognóstico.

Os resultados que expusemos demonstram bem a variabilidade a que aludimos. O tipo de tumor que encontramos com mais frequência é, ele próprio, polimorfo, podendo reunir características epidermóides, basalóides e transicionais.

A natureza dupla, endo e ectodérmica, do revestimento epitelial da zona de transição ou juncional do canal anal justifica a instabilidade e diversidade dos epitélios que nela se podem encontrar. Estes factores determinarão, respectivamente, a maior frequência de tumores nesta zona<sup>8</sup> e os vários padrões morfológicos que podem assumir.<sup>11</sup>

As células que constituem as variantes pavimento-celulares retêm muitas das características ultraestruturais das células do epitélio pavimentoso-estratificado do canal anal. As que se encontram nas variantes transicionais reúnem algumas das características estruturais das células dos carcinomas do urotélio e das células dos carcinomas pavimento-celulares, sendo semelhantes às que formam o epitélio de transição que se encontra na zona juncional.<sup>20</sup> Finalmente, as células que formam os ninhos das variantes basalóides são mais indiferenciadas, não têm características ultraestruturais que as aproximem das células transicionais e são semelhantes às células dos basaliomas cutâneos tendo provavelmente origem nas células da camada basal do epitélio de transição anal.<sup>20, 21</sup>

Nos carcinomas muco-epidermóides, de que descrevemos um caso, aos aspectos acima referidos junta-se ainda a presença de células epiteliais produtoras de muco. Recorde-se que na zona de transição também se podem encontrar áreas de epitélio cilíndrico muco-secretor. Este tipo de tumores corresponderá pois a mais uma variante dos carcinomas com origem naquela zona.<sup>22</sup>

O facto de termos encontrado tão frequentemente reunidas num mesmo tumor as diversas variedades de carcinoma que acabámos de referir leva-nos a admitir que tenham origem num tipo celular que possua potencialidades de diferenciação diversas.

Uma vez que os ductos anais têm um revestimento epitelial semelhante ao da zona de transição ou juncional, vários autores admitem que tumores com as características que temos vindo a referir possam também ter origem naqueles.<sup>13, 15, 23, 24</sup> Tal possibilidade justifica o aparecimento de carcinomas pavimento-celulares, basalóides, transicionais ou muco-epidermóides na parede do recto ou no canal anal abaixo das válvulas anais uma vez que os ductos podem ter um trajecto cefálico, penetrando na parede rectal, ou um trajecto caudal (mais frequente).<sup>11</sup>

Num dos casos que descrevemos verificámos que um carcinoma de células claras parecia ter origem na porção terminal de um ducto anal. Curiosamente, identificámos também ninhos de células claras idênticos em carcinomas com aspectos epidermóides, transicionais e basalóides bem como num tumor localizado ao nível e abaixo das válvulas anais que incluía extensas áreas de adenocarcinoma.

Este aspecto, que não encontramos referido na literatura, deve corresponder a mais uma expressão morfológica dos tumores com origem na zona de transição ou nos ductos anais.

No tocante ao tumor que inclui imagens de adenocarcinoma glanduliforme, cistadenocarcinoma papilar, ninhos de células claras, por vezes com esboço da palissada periférica, e zonas epidermóides escassamente queratinizantes, cremos poder tratar-se de uma forma muito peculiar de carcinoma

dos ductos anais com algumas semelhanças, mas apenas nalguns dos seus vários aspectos, com os casos descritos por Close e Schwab<sup>15</sup> e por Fenger e Filipe.<sup>25</sup>

Os adenocarcinomas mucosos ou colóides da região anal levantam alguns problemas curiosos. Pelas características histoquímicas das mucinas presentes parece possível dividi-los em dois grupos.<sup>25</sup> Uns terão provavelmente origem em fistulas parcialmente revestidas por mucosa de tipo rectal e resultarão da persistência de duplicações do intestino terminal.<sup>3</sup> Outros têm origem nas glândulas anais.<sup>25, 26, 27, 28</sup> Também estes aparecem frequentemente associados a fistulas anais crónicas. A responsabilidade das glândulas anais na gênese das fistulas anais crónicas e dos abscessos peri-anais está bem demonstrada.<sup>14, 15, 25</sup> O que continua a ser difícil de esclarecer é se os carcinomas colóides que aparecem associados a fistulas crónicas são a sua causa (admitindo-se que podem ter uma evolução muito arrastada) ou se as complicam.<sup>27, 29</sup>

Que o adenocarcinoma mucoso constitui uma entidade bem definida ressalta da observação da série que apresentamos. Apesar dos carcinomas do canal anal, no seu conjunto, serem mais frequentes no sexo feminino, os três casos que observámos ocorreram em homens. Em todos havia uma história de fistula anal crónica, num deles há 40 anos (!), ao passo que só um carcinoma não colóide apareceu num doente com fistula crónica. Contrariamente ao que acontece com os outros padrões morfológicos dos tumores do canal anal, que se encontram frequentemente associados, encontramos o padrão de adenocarcinoma mucoso sempre isolado.

Tal como o fez Winkelman,<sup>26</sup> também num dos nossos casos de adenocarcinoma mucoso foi possível encontrar evidência morfológica da origem nas glândulas anais.

Em relação à classificação dos tumores do canal anal, a daqueles em que se identificam aspectos basalóides e/ou transicionais pode acarretar algumas dificuldades.

A designação de carcinoma cloacogénico poder-lhes-ia ser aplicada com propriedade uma vez que a presença das imagens basalóides ou transicionais atesta a origem no epitélio derivado do bordo da membrana cloacal embrionária. O simples facto de um carcinoma ser cloacogénico não parece contudo implicar uma atitude terapêutica específica nem lhe confere um prognóstico substancialmente diferente em relação aos restantes carcinomas do canal anal.

A maioria dos autores preferem considerar os tumores que incluem aqueles aspectos como variedades de carcinoma pavimento-celular. Em apoio desta posição também abona o facto dos carcinomas cloacogénicos terem frequentemente áreas epidermóides. Nos casos que estudámos só em 2 não foram identificadas.

Na classificação proposta pela OMS<sup>9, 35</sup> os tumores com aspectos transicionais ou com um componente basalóide minoritário são incluídos no grupo dos carcinomas pavimento-celulares. Só aqueles em que predomina o componente basalóide são classificados à parte.

Para o estabelecimento de relações entre os diferentes aspectos histológicos e o prognóstico dos carcinomas do canal anal, a série que reunimos não permite que se colham dados relevantes devido ao pequeno número de casos a incluir em cada um dos grupos a comparar.

Da revisão da literatura sobre este assunto podemos concluir que os vários tipos histológicos não influenciam de forma significativa o prognóstico<sup>1, 12, 18, 19</sup> independentemente do grau de malignidade,<sup>12</sup> se bem que os carcinomas exclusivamente basalóides<sup>17</sup> ou aqueles em que o componente basalóide é de bem a moderadamente diferenciado<sup>30, 31</sup> possam ter uma evolução mais favorável do que a dos

restantes carcinomas pavimento-celulares. Mas saliente-se que embora morfologicamente *basalóides*, tais tumores têm sempre um comportamento muito mais agressivo do que os basaliomas cutâneos ou da margem do ânus, pelo que devem ser encarados como tumores metastisantes.<sup>32</sup>

Os factores que contribuem mais decisivamente para o prognóstico dos carcinomas do canal anal são a dimensão do tumor, a profundidade da invasão e a existência de metástases ganglionares.

Finalmente, uma referência aos carcinomas pavimento-celulares da margem do ânus. São quase sempre bem diferenciados e crê-se terem origem, na maior parte dos casos, na junção entre o epitélio pavimentoso-estratificado que reveste a porção inferior do canal anal e a pele.<sup>8</sup> A sua localização abaixo do nível das válvulas anais (onde a aderência da mucosa aos planos profundos constitui uma barreira à extensão dos tumores)<sup>3</sup> permite o tratamento por excisão local<sup>33</sup> sempre que se possam assegurar margens livres. Pelo contrário, os carcinomas do canal anal devem ser tratados com excisão abdómino-perineal alargada (na mulher com vaginectomia posterior, se necessário).<sup>1, 12, 13, 34</sup> Exceptuam-se os de pequenas dimensões, limitados à mucosa ou, quando muito, com invasão apenas da sub-mucosa,<sup>18</sup> e de baixo grau de malignidade histológica. Para estes a excisão local seguida de vigilância apertada poderá ser suficiente.<sup>31</sup>

Recentemente, o papel de radioterapia e da quimioterapia no tratamento dos carcinomas do canal anal tem sido reavaliado e têm-se obtido alguns resultados favoráveis.<sup>1, 19</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- SINGH, R.; NIME, F.; MITTELMAN, A.: Malignant epithelial tumors of the anal canal. *Cancer* 1981; 48: 411-415.
- MORSON, B. C.; PANG, L. S. C.: Pathology of anal cancer. *Proc. R. Soc. Med.* 1968; 61: 623-624.
- MORSON, B. C.; DAWSON, I. M. P.; SPRIGGS, A. I.: Gastrointestinal pathology. 2.<sup>a</sup> ed. Oxford: Blackwell, 1979.
- TESTUT, L.: *Traité d'Anatomie Humaine*. Paris: Octave Doin et Fils, 1912; vol IV, 260-261.
- WALLS, E. W.: Observations on the microscopic anatomy of the human anal canal. *Br. J. Surg.* 1958; 45: 504-512.
- GOLIGHER, J. C.; LEACOCK, A. G.; BROSSY, J.-J.: The surgical anatomy of the anal canal. *Br. J. Surg.* 1955; 43: 51-61.
- KUEHN, P. G.; BECKETT, R.; EISENBERG, H.; REED, J. F.: Epidermoid carcinoma of the perianal skin and anal canal. *N. Eng. J. Med.* 1964; 270: 614-617.
- MORSON, B. C.: The pathology and results of treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Proc. R. Soc. Med.* 1960; 53: 416-420.
- MORSON, B. C.; SOBIN, L. H.: *Types histologiques des tumeurs intestinales*. Genève: OMS, 1976.
- MASON, J. K.; HELWIG, E. B.: Ano-rectal melanoma. *Cancer* 1966; 19: 39-50.
- GRINVALSKY, H. T.; HELWIG, E. B.: Carcinoma of the anorectal junction. *Cancer* 1956; 9: 480-488.
- KLOTZ, R. G.; PAMUKCOGLU, T.; SOUILLIARD, D. H.: Transitional cloacogenic carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1967; 20: 1727-1745.
- KHEIR, S.; HICKEY, R. C.; MARTIN, R. G.; MACKAY, B.; GALLAGER, H. S.: Cloacogenic carcinoma of the anal canal. *Arch Surg.* 1972; 104: 407-415.
- KRATZER, G. L.; DOCKERTY, M. B.: Histopathology of the anal ducts. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1947; 84: 333-338.
- CLOSE, A. S.; SCHWAB, R. L.: A history of the anal ducts anal-duct carcinoma. *Cancer* 1955; 8: 979-985.
- TENCH, E. M.: Development of the anus in the human embryo. *Am. J. Anat.* 1936; 59: 333-343.
- LONE, F.; BERG, J. W.; STEARNS, M. W.: Basaloid tumors of the anus. *Cancer* 1960; 13: 907-913.
- CORMAN, M. L.; HAGGITT, R. C.: Carcinoma of the anal canal. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1977; 145: 674-676.
- BOHE, M.; LINDSTRÖM, C.; EKELUND, G.; LEANDOR, L.: Carcinoma of the anal canal. *J. Gastroenterol.* 1982; 17: 795-800.
- GILLESPIE, J. J.; MACKAY, B.: Histogenesis of cloacogenic carcinoma. *Hum. Pathol.* 1978; 9: 579-587.
- FISHER, E. R.: The basal cell nature of the so-called transitional cloacogenic carcinoma of anus as revealed by electron microscopy. *Cancer* 1969; 24: 312-322.
- MORSON, B. C.; VOLKSTADT, H.: Muco-epidermoid tumours of the anal canal. *J. Clin. Path.* 1963; 16: 200-205.
- KAY, S.: Mucoepidermoid carcinoma of the anal canal and its relation to the anal ducts. *Cancer* 1954; 7: 359-366.
- BERG, J. W.; LONE, F.; STEARNS, M. W.: Mucoepidermoid anal cancer. *Cancer* 1960; 13: 914-916.
- FENGER, C.; FILIPE, M. I.: Pathology of the anal glands with special reference to their mucin histochemistry. *Acta Path. Microbiol. Scand. Sect. A.* 1977; 85: 273-285.
- WINKELMAN, J.; GROSFELD, J.; BIGELOW, B.: Colloid carcinoma of anal-gland origin. *Am. J. Clin. Pathol.* 1964; 42: 395-401.
- PRIOLEAU, P. G.; ALLEN, M. S.; JR ROBERTS, T.: Perianal mucinous adenocarcinoma. *Cancer* 1977; 39: 1295-1299.
- ASKIN, F. B.; MUHLENDORF, K.; WALZ, B. J.: Mucinous carcinoma of anal duct origin presenting clinically as a vaginal cyst. *Cancer* 1978; 42: 566-569.
- MANHEIM, S. D.; ALEXANDER, R. M.: Basal cell carcinoma occurring in a fistula-in-ano. *Am. J. Surg.* 1955; 90: 522-525.
- PANG, L. S. C. e MORSON, B. C.: Basaloid carcinoma of the anal canal. *J. Clin. Path.* 1967; 20: 128-135.
- GRODSHY, L.: Current concepts on cloacogenic transitional cell anorectal cancers. *JAMA* 1969; 207: 2057-2061.
- WITHOESCH, J. H.; WOOLNER, L. B.; JACKMAN, R. J.: Basal cell epithelioma and basaloid lesions of the anus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1957; 104: 75-80.
- HARDCASTLE, J. D.; BUSSEY, H. J. R.: Results of surgical treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin seen at St Mark's Hospital 1928-66. *Proc. R. Soc. Med.* 1968; 61: 629-630.
- STEARNS, M. W.; QUAN, S. H. Q.: Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1970; 131: 953-957.
- TRINCÃO, R.: Carcinoma basalóide ou cloacal do canal anal. *Arq. Pat. Geral e Anat. Patol. da Univ. de Coimbra.* 1979; XVII (Nova Série) 30: 37-50.

Pedido de separatas: Afonso Camilo Fernandes  
Serviço de Anatomia Patológica  
Hospital de Santa Maria  
1600 Lisboa, Portugal.