

Resección Abdominoperineal del Recto en un Paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana y Carcinoma Espinocelular del Canal Anal: Informe de Caso

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5821ES>

Ressecção Abdominoperineal do Reto em Paciente com Vírus da Imunodeficiência Humana e Carcinoma Espinocelular do Canal Anal: Relato de Caso

Abdominoperineal Resection of the Rectum in a Patient with Human Immunodeficiency Virus and Squamous Cell Carcinoma of the Anal Canal: Case Report

Gabriela Caravana Silva São Thiago¹; Lara Francisca Vaz de Oliveira²; Gabriel Mohamad Arieira de Souza Ghazzaoui³; Biazzi Ricieri Assis⁴; Igor Dutra Braz⁵

RESUMEN

Introducción: El carcinoma espinocelular de canal anal es una neoplasia infrecuente, a menudo asociada al virus del papiloma humano (VPH), y presenta desafíos terapéuticos, principalmente en pacientes inmunosuprimidos, como aquellos que viven con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La identificación temprana basada en factores de riesgo es fundamental para ampliar las posibilidades de éxito terapéutico. **Informe del caso:** Paciente masculino de 40 años, seropositivo, con diagnóstico de carcinoma epidermoide residual del canal anal tras tratamiento inicial por fisura anal. Ante la persistencia de la enfermedad después de la quimiorradioterapia, se sometió a una resección abdominoperineal del recto. La evolución fue desfavorable. Como consecuencia de la progresión temprana y bilateral de la enfermedad ganglionar en la región inguinal, el paciente falleció, lo que pone de manifiesto la elevada agresividad tumoral en el contexto de inmunosupresión. **Conclusión:** Este caso evidencia la complejidad del manejo del carcinoma espinocelular de canal anal en un paciente seropositivo y resalta la agresividad de la enfermedad en escenarios refractarios. El desenlace refuerza la importancia de la vigilancia y el diagnóstico temprano en poblaciones de alto riesgo, con el fin de mejorar la respuesta terapéutica y los resultados clínicos. **Palabras clave:** Carcinoma de Células Escamosas/complicaciones; Canal Anal/cirugía; VIH; Infecciones por virus del Papiloma; Proctectomía.

RESUMO

Introdução: O carcinoma espinocelular de canal anal é uma neoplasia incomum, frequentemente associada ao papilomavírus humano (HPV), e apresenta desafios terapêuticos, principalmente em pacientes imunossuprimidos, como os que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV). A identificação precoce baseada nos fatores de risco é fundamental para ampliar as chances de sucesso terapêutico. **Relato do caso:** Paciente masculino, 40 anos, soropositivo, com diagnóstico de carcinoma espinocelular de canal anal residual após tratamento inicial para fissura anal. Diante da persistência da doença após quimiorradiação, foi submetido à ressecção abdominoperineal do reto. A evolução foi desfavorável. Em decorrência da progressão precoce da doença linfonodal na região inguinal, de forma bilateral, o paciente evoluiu a óbito, evidenciando a elevada agressividade tumoral no contexto de imunossupressão. **Conclusão:** Este caso evidencia a complexidade do manejo do carcinoma espinocelular de canal anal em paciente soropositivo e resalta a agressividade da doença em cenários refratários. O desfecho reforça a importância da vigilância e do diagnóstico precoce em populações de alto risco, visando melhorar a resposta terapêutica e os resultados clínicos. **Palavras-chave:** Carcinoma de Células Escamosas/complicações; Canal Anal/cirurgia; HIV; Infecções por Papilomavírus; Proctectomia.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma of the anal canal is an uncommon neoplasm, frequently associated with human papillomavirus (HPV), and presents therapeutic challenges, especially in immunosuppressed patients, such as those living with human immunodeficiency virus (HIV). Early identification based on risk factors is essential to increase the chances of therapeutic success. **Case report:** A 40-year-old HIV-positive male patient was diagnosed with residual squamous cell carcinoma of the anal canal following initial treatment for an anal fissure. Due to the persistence of the disease after chemoradiotherapy, he underwent abdominoperineal resection of the rectum. The clinical course was dismal. As a result of early bilateral progression of inguinal lymph node disease, the patient died, demonstrating the high tumor aggressiveness in the context of immunosuppression. **Conclusion:** This case demonstrates the complexity of managing squamous cell carcinoma of the anal canal in an HIV-positive patient and underscores the aggressiveness of the disease in refractory scenarios. The outcome reinforces the importance of surveillance and early diagnosis in high-risk populations to improve therapeutic response and clinical outcomes. **Key words:** Carcinoma, Squamous Cell/complications; Anal Canal/surgery; HIV; Papillomavirus Infections; Proctectomy.

^{1,3,5}Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Curso de Medicina. Volta Redonda (RJ), Brasil. E-mails: gabriela.caravana@yahoo.com.br; larafovaz@gmail.com; gabrielarieira@hotmail.com; igor.braz@foa.org.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0000-1784-9957>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-4816-8672>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-2489-5779>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7558-4958>

⁴Fundação Oswaldo Aranha (FOA), Hospital da Fundação Oswaldo Aranha (H.FOA). Volta Redonda (RJ), Brasil. Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC). Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: biazzi.med@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2727-5472>

Dirección para correspondencia: Gabriela Caravana Silva São Thiago. Avenida Dauro Peixoto Aragão, 1325 – Três Poços. Volta Redonda (RJ), Brasil. CEP 27240-560. E-mail: gabriela.caravana@yahoo.com.br



INTRODUCCIÓN

Las neoplasias anales constituyen aproximadamente el 2,7% de los cánceres del sistema digestivo, siendo el carcinoma espinocelular (CEC) del canal anal el tipo más prevalente, a pesar de ser poco común. Esta condición está frecuentemente vinculada a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), con una asociación de un 90%, especialmente el subtipo 16^{1,2}. La inmunosupresión asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sobre todo en individuos con baja cantidad de *Cluster of Differentiation 4* (CD4), aumenta el riesgo e influye en las fases iniciales del desarrollo de la neoplasia².

Para la mayoría de los pacientes con enfermedad localizada, la intervención terapéutica patrón es la quimiorradioterapia³. Sin embargo, en casos de persistencia o recidiva locorregional de la enfermedad después del tratamiento inicial, la resección abdominoperineal (RAP) es la principal estrategia de rescate quirúrgico para el CEC anal⁴. Esta técnica incluye la resección del colon sigmoide, recto, ano, aparato esfinteriano y elevador del ano, además de la confección de una colostomía terminal permanente³.

En cuanto al pronóstico, los pacientes inmunocompetentes con CEC del canal anal presentan mayor sobrevida global en comparación con los inmunosuprimidos, mientras que, en la población general, el enfoque terapéutico reside en la preservación esfinteriana por medio del protocolo de Nigro. Pacientes inmunosuprimidos presentan una subversión del sistema inmunológico que compromete la capacidad de vigilancia antitumoral^{5,6}. La caracterización molecular distinta resulta en una menor tasa de respuesta a la quimiorradioterapia y mayor incidencia de recidiva local, reduciendo los índices de sobrevida, y anticipa la necesidad de la RAP como estrategia de rescate quirúrgico⁶. Casos descritos en la literatura refuerzan que el diagnóstico tardío y las presentaciones clínicas atípicas en escenarios refractarios consolidan el pronóstico reservado para ese subgrupo⁷.

Ante la complejidad del manejo, este relato se justifica por la rareza de la neoplasia y por los desafíos en el manejo de pacientes inmunosuprimidos. El objetivo de este estudio es relatar el caso clínico de un paciente internado en el Hospital de la Fundación Oswaldo Aranha (H.FOA) en el municipio de Volta Redonda, en Río de Janeiro, con diagnóstico principal de CEC de canal anal asociado a la serología positiva para VIH.

Se trata de un estudio de caso descriptivo, basado en el análisis de la historia clínica del paciente. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa, con el parecer n.º 6.881.611 (CAAE: 79764824.5.0000.5237), en consonancia con la Resolución n.º 466/2012⁸ del Consejo Nacional de Salud (CNS). Se obtuvo el Término

de Consentimiento Libre e Informado (TCLE) del paciente.

INFORME DEL CASO

Paciente masculino, 40 años, homosexual, con antecedentes de infección por VIH hace cinco años, en terapia antirretroviral de uso diario manteniendo CD4 por encima de 900 células/mm³ durante todo el proceso. Buscó atención oncológica en el Hospital H.FOA el 21 de diciembre de 2023, con quejas de dolor y sangrado durante la evacuación, síntomas inicialmente atribuidos a la fisura anal. Relató que el 5 de octubre de 2023 fue sometido a un procedimiento quirúrgico para la corrección de fístula anal en un hospital público del municipio de Volta Redonda, cuyo examen anatomopatológico reveló CEC de canal anal, siendo encaminado hacia la Unidad de Alta Complejidad en Oncología (Unacon).

El primer examen anatomopatológico realizado el 7 de noviembre de 2023 evidenció en la macroscopía fragmentos irregulares de aspecto heterogéneo y consistencia firme. En el análisis microscópico, se observaron hallazgos compatibles con CEC bien diferenciado e invasivo, sin invasiones angiolinfática o perineural. El protocolo terapéutico instituido fue la quimiorradioterapia con capecitabina 500 mg en tres ciclos consecutivos entre el 1 y el 29 de febrero de 2024. Además de radioterapia en canal anal y región glútea, totalizando una dosis de 6000 cGy en 30 fracciones (200 cGy/día), divididas en fase inicial de 4600 cGy y refuerzo de 1400 cGy, ejecutados entre el 25 de enero y el 2 abril de 2024. El tratamiento fue suspendido durante siete días en marzo de 2024 debido a la radiodermatitis de grado 2.

Para evaluar la respuesta terapéutica, el 14 de mayo de 2024 fueron realizadas tomografías computarizadas de tórax, abdomen superior y pelvis. Se observó engrosamiento parietal del canal anal, sugiriendo persistencia de la enfermedad (Figura 1), sin evidencia de metástasis pulmonares o ganglionares mediastinales. El 15 de mayo de 2024, la rectosigmoidoscopia con biopsia reveló una extensa lesión ulcerada, circunferencial, afectando el ano y la región perianal, con unos 7 cm. El informe de la biopsia fue conclusivo para CEC de región perianal y canal anal, con enfermedad residual.

El paciente fue sometido a la RAP del recto el 8 de agosto de 2024. Al momento del posicionamiento en litotomía en la mesa quirúrgica, se observó el aspecto de la lesión perineal con radiodermatitis actínica severa, con presencia de necrosis tisular, fibrina e induración fibrosa de los tejidos adyacentes, compatibles con el daño actínico crónico secundario a la radioterapia localizada (Figura 2 A). La intervención comenzó por la vía

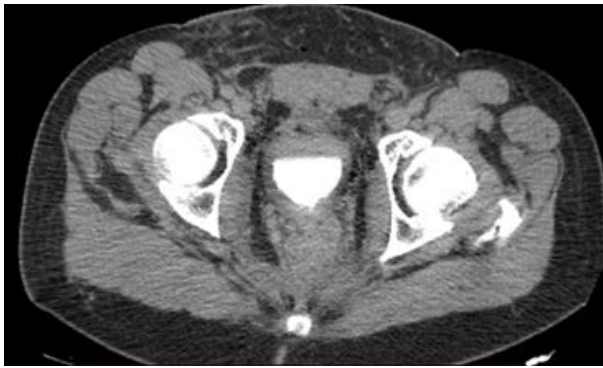


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen superior y pelvis

abdominal, mediante incisión mediana xifopúbica, sin evidencia de metástasis. Se movilizó el colon sigmoide con preservación del uréter y vasos gonadales izquierdos. La arteria mesentérica inferior fue ligada en su punto de origen, seguida de linfadenectomía sistemática del tipo D2. Se procedió a la ligadura de la arteria rectal superior, y el segmento del rectosigmoide fue seccionado a la altura del promontorio del sacro.

Se realizó la escisión total del mesorrecto hasta el nivel de los músculos levantadores del ano, respetando los planos anatómicos y manteniendo la integridad del estuche mesorrectal. Los ligamentos suspensores del recto fueron seccionados con hemostasia adecuada. En la etapa perineal, se procedió a la resección del canal anal y al cierre del piso pélvico con colgajo miocutáneo en doble Y (Figura 2 B), seguido de síntesis del subcutáneo, siendo suturada la piel con puntos Donatti (Figura 3). Se confeccionó una colostomía terminal en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen.

El posoperatorio transcurrió favorablemente, siendo el paciente encaminado hacia la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde permaneció hemodinámicamente estable. Recibió antibioticoterapia con ciprofloxacina 200 mg por seis días y metronidazol 0,5% en dosis única. Presentó funcionamiento satisfactorio de la colostomía en las primeras 24 horas. La evaluación psicológica no evidenció alteraciones. Se le concedió alta hospitalaria el día 15 de agosto de 2024, sin interurrencias.

En el seguimiento ambulatorio con oncología clínica tres meses después del procedimiento quirúrgico, surgió una linfadenomegalia inguinal. El 22 de noviembre de 2024, se realizaron biopsias mediante incisiones de ganglios inguinales bilateralmente, cuyo resultado del análisis histopatológico evidenció CEC atacando tejido fibroadiposo, con infiltración neoplásica de la piel, caracterizando metástasis cutánea. Posteriormente, el 13 de diciembre de 2024, la resonancia magnética de la piel evidenció amputación anorrectal total con exuberante fibrosis posquirúrgica, además de colección organizada

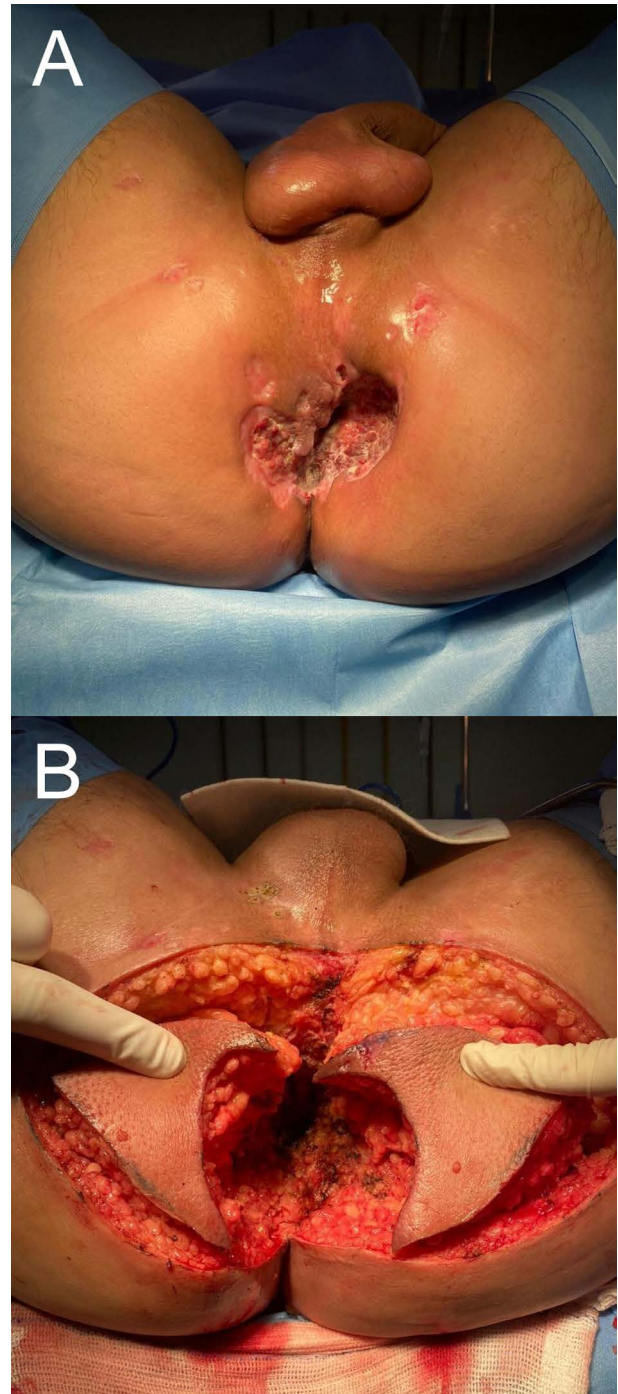


Figura 2. A: Lesión perianal en el preoperatorio inmediato; B: Transposición de colgajo miocutáneo en doble Y para el cierre de defecto perineal

compleja en partes blandas perineales, sin señales de recidiva neoplásica local. Se observó infiltración parcial del músculo elevador del ano, más pronunciada a la derecha, así como linfadenomegalia inguinal superficial derecha, irregular y heterogénea, sugerente de compromiso secundario.

Estos hallazgos confirmaron la diseminación tumoral, compatible con enfermedad residual localmente avanzada, siendo indicado tratamiento paliativo. De esa forma, entre



Figura 3. Aspecto final de la sutura perineal con puntos Donatti

el 11 y el 23 de enero de 2025, el paciente fue sometido a radioterapia pélvica, utilizándose una dosis total de 2500 cGy en cinco fracciones diarias de 500 cGy, buscando el control locorregional. Simultáneamente, se instituyó la segunda línea quimioterápica con capecitabina 500 mg y oxaliplatino 250 mg diluido en 500 ml de suero fisiológico 0,9%, infundido por vía intravenosa, completando tres ciclos de este esquema entre el 21 de enero y el 21 de marzo de 2025.

En evaluación oncológica realizada el 21 de febrero de 2025, se confirmó la persistencia de la recidiva nodal. En mayo de 2025, debido a la ocurrencia de hipos incoercibles refractarios, evento adverso atribuido a la toxicidad del platino, se decidió modificar la quimioterapia pasando a paclitaxel 165 mg diluido en 500 ml de suero fisiológico 0,9%, infundido por vía intravenosa, cada 21 días. El nuevo protocolo se inició el 16 de mayo hasta el 24 de junio de 2025.

El 8 de julio de 2025, durante una consulta de rutina en el servicio ambulatorio de oncología clínica en la Unacon, el paciente presentó nivel de hemoglobina de 4 g/dL, siendo internado en el H.FOA, donde tuvo un empeoramiento clínico súbito, falleciendo pocas horas después de su hospitalización. A pesar de las intervenciones realizadas, la baja respuesta a la quimiorradioterapia clasificó el caso como de pronóstico reservado, evidenciando la agresividad de la enfermedad.

DISCUSIÓN

El carcinoma anal corresponde al 4% de los tumores malignos de la región anal⁷. Además, el subtipo más

habitual es el CEC. Aunque se manifieste más en mujeres, su ocurrencia está creciendo entre hombres que tienen sexo con hombres y entre personas viviendo con VIH⁶. La fisiopatología está fuertemente asociada a factores de riesgo bien establecidos, como la infección por VPH, por VIH, el número de parejas sexuales, la relación sexual anal receptiva y el tabaquismo⁹.

La infección por VIH y por VPH son los principales factores implicados en el desarrollo del CEC de canal anal. El VIH provoca una subversión del sistema inmunológico, resultando en una pérdida continua de células T CD4+, lo que compromete la capacidad del organismo para combatir infecciones y neoplasias¹⁰. El VPH, a su vez, es un virus de ADN transmitido sexualmente, siendo el tipo 16 el más frecuentemente encontrado en casos de cáncer anal⁹.

La estadificación es fundamental para la definición pronóstica y terapéutica, siendo la mayoría de los casos diagnosticada en estadios localizados o localmente avanzados^{1,11}. El tratamiento se sigue basando en el protocolo de Nigro, que asocia quimio y radioterapia concomitantes, reservándose la cirugía para los casos de falla terapéutica^{5,6}. Ante estos escenarios, la RAP permanece como la principal estrategia de rescate, aunque asociada a la elevada morbilidad posoperatoria y al beneficio limitado de las terapias adyuvantes^{4,12}.

En el presente caso, el paciente se encuadraba en el perfil de alto riesgo. Su jornada terapéutica siguió el protocolo estándar: fue sometido a quimio y radioterapia, pero, debido a la persistencia de la enfermedad, fue indicado para la RAP como medida de rescate. En este contexto, estímulos inflamatorios recurrentes y alteraciones en el tejido cicatricial de fístulas anales contribuyen a la carcinogénesis, especialmente en contextos de inmunosupresión¹³. Adicionalmente, el diagnóstico es frecuentemente postergado, pues la fibrosis y el edema locales pueden conducir al examinador a confundir la infiltración tumoral con adherencias inflamatorias benignas¹³.

CONCLUSIÓN

La identificación temprana del carcinoma anal es fundamental en grupos de riesgo, como personas con VIH, pacientes inmunosuprimidos e individuos con infección persistente por el VPH. En el informe descrito, la presentación, mimetizando una fístula anal, justificó la necesidad de una investigación histopatológica. El diagnóstico tardío, frecuentemente asociado a presentaciones clínicas atípicas, se correlaciona directamente con desenlaces terapéuticos desfavorables e índices de sobrevida reducidos.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y a la planificación del estudio; a la obtención, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Rogers JE, Sirisaengtaksin A, Leung M, et al. Hepatic metastasectomy in squamous cell carcinoma of the anal canal: a case series of a curative approach. *Cancers*. 2023;15(15):3890. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers15153890>
2. Roy J, Faraon B, Polcino M. Wide local excision of perianal squamous cell carcinoma associated with low-risk human papillomavirus (HPV) subtype. *Cureus*. 2025;17(4):e82335. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.82335>
3. Jethwa KR, Hallemeier CL. Research on anal squamous cell carcinoma. *Cancers*. 2022;14(1):42. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14010042>
4. Rosen R, Quezada-Diaz FF, Gönen M, et al. Oncologic outcomes of salvage abdominoperineal resection for anal squamous cell carcinoma initially managed with chemoradiation. *J Clin Med*. 2024;13(8):2156. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm13082156>
5. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine Júnior B. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. *Dis Colon Rectum*. 1974;17(3):354-6. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02586980>
6. Armstrong SA, Malley R, Wang H, et al. Molecular characterization of squamous cell carcinoma of the anal canal. *J Gastrointest Oncol*. 2021;12(5):2423-37. doi: <https://doi.org/10.21037/jgo-20-610>
7. Costa MLF, Ferreira ACC, Machado TR, et al. Neoplasia de canal anal com metástase pulmonar: relato de caso. *J Coloproctol*. 2023;43(S 01):S1-S270. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1780983>
8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 12 [acesso 2026 mar 12]; Edição 112; Seção 1:59. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
9. Ebrahimi F, Rasizadeh R, Jafari S, et al. Prevalence of HPV in anal cancer: exploring the role of infection and inflammation. *Infect Agent Cancer*. 2024;19(63):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s13027-024-00624-0>
10. van Heuvel Y, Schatz S, Rosengarten JF, et al. Infectious RNA: human immunodeficiency virus (HIV) biology, therapeutic intervention, and the quest for a vaccine. *Toxins (Basel)*. 2022;14(2):138. doi: <https://doi.org/10.3390/toxins14020138>
11. Astaras A, Bornand T, Koessler S. Squamous rectal carcinoma: a rare malignancy, literature review and management recommendations. *ESMO Open*. 2021;6(4):100180. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100180>
12. Naessens C, Evin C, Le-Malicot K, et al. Salvage abdominoperineal resection for anal squamous cell carcinoma after radiotherapy or chemoradiotherapy: analysis of the french prospective cohort FFCD-ANABASE. *Eur J Surg Oncol*. 2025;51(10):110346. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2025.110346>
13. Zhu QB, Zhang J, Liu CY, et al. Case report of squamous cell carcinoma secondary to recurrent anal fistula. *Front Oncol*. 2025;15:1673829. doi: <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1673829>

Recebido em 17/3/2026
Aprovado em 13/5/2026

