

CASOS CLÍNICOS

Melanoma Anorrectal

Rosario Alarcón¹, Claudia Constanzo Valdebenito², Erik Lara², Loreto Contreras².

RESUMEN

El melanoma anorrectal es infrecuente, su clínica inespecífica y su diagnóstico tardío, acompañándose de pronóstico ominoso. Se reporta el caso de melanoma anorrectal. Mujer de 62 años con historia de baja de peso y masa rectal, estudio histológico evidencia melanoma anorrectal, realizándose cirugía respectiva y posterior radioterapia hipofraccionada. La clínica del melanoma anorrectal dificulta el diagnóstico, presentándose en edades propias de patologías más frecuentes y benignas como hemorroides. El tratamiento de elección es quirúrgico. Se recomienda un elevado índice de sospecha para manejo oportuno.

Palabras claves: Melanoma; Neoplasias del recto; Canal anal; Recto.

SUMMARY

Anorrectal melanoma is rare, his clinic is unspecific and his diagnostic is late, accompanied by ominous prognosis. The case of anorrectal melanoma is reported. A 62 year old female presented weight loss and rectal mass, histology study showed melanoma anorrectal, resection surgery and radiotherapy hypofractionated were performed. Anorrectal melanoma clinical is a difficult diagnosis, this appears in ages where others diseases benign are more frequent, such as hemorrhoids. The treatment of choice is surgical. A high index of suspicion for timely management is recommended.

Key words: Melanoma; Rectal Neoplasms; Anal Canal; Rectum.

Los melanomas anorrectales (MAR) son un tipo raro y agresivo de melanoma, el cual representa desde el 0,4 al 3,0% de todos los melanomas. La región anorrectal es el tercer sitio más común de melanoma, precedido por la piel y la retina,¹ y corresponde al primario más común de los melanomas gastrointestinales.² La frecuencia de los MAR es levemente mayor en mujeres caucásicas que cursan la sexta o séptima década de la vida,³ no tiene sintomatología ni signos específicos, siendo un tercio de las lesiones no pigmentadas.⁴ El tratamiento es principalmente quirúrgico, con sobrevida media que no sobrepasa los 15-20 meses y que no mejora significativamente con terapias adyuvantes disponibles, como radioterapia o quimioterapia.⁵

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una mujer de 62 años, portadora de Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento, que presentó baja de peso de aproximadamente 30 Kg en 7 me-

ses, asociado a pujos y tenesmo rectal. Posteriormente se añadió sensación de masa en zona anal con protrusión de ésta en forma intermitente (Figura 1). Consultó en urgencias en reiteradas ocasiones, siendo finalmente derivada a coloproctología, donde se efectuó biopsia y evaluación sistémica. Por aspecto macroscópico neoplásico de la masa rectal se realizó resonancia nuclear magnética de recto que evidenció masa tumoral del canal anal y recto bajo de 79 x 50 x 65 mm, de aspecto vegetante heterogéneo, protrusivo y de bordes lobulados, además se identificaron 8 linfonodos entre 1 y 6 mm perirectales y en ambas cadenas iliacas. Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis no evidenciaron lesiones metastásicas. La biopsia informó neoplasia maligna, con proteína S-100, HMB-45 y vimentina positivos para células neoplásicas, concordante con melanoma (Figura 2).

Se realizó extirpación quirúrgica con estudio histopatológico que informó Melanoma Nodular Pigmentado y ulcerado, que infiltra hasta la submucosa y focalmente la muscular propia. Se decidió continuar tratamiento con radioterapia hipofraccionada ambulatoria.

¹Dermatóloga Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción. Chile.

²Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción. Chile

Correspondencia: Claudia Constanzo Valdebenito. Correo electrónico: clauicv@gmail.com. Celular: +56 9 97711759. Chacabuco esquina Janequeo S/N, Concepción. Octava Región, Chile. Código postal: 4030000.



Figura 1
Melanoma anorrectal, lesión anal.

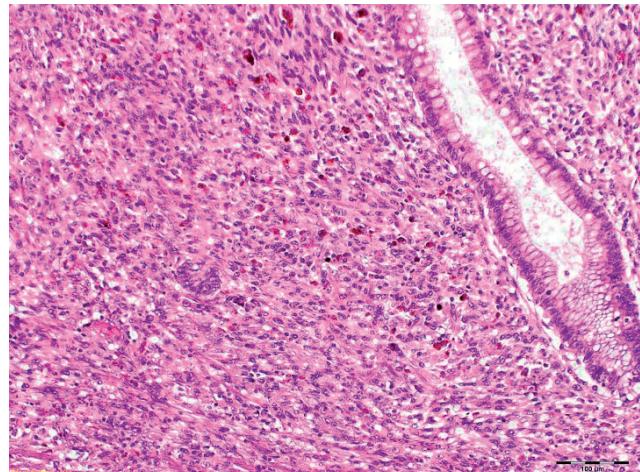


Figura 2
Melanoma anorrectal, biopsia de lesión anorrectal en tinción hematoxilina eosina, se observa polimorfismo, anaplasia celular y pigmento melánico, concordante con melanoma.

DISCUSIÓN

Comparando con melanomas cutáneos, la forma anorrectal es una localización rara, afectando con más frecuencia a personas con más 60 años y preferentemente a mujeres más que a hombres, en relación 4:3, como en el caso descrito. Se ha sugerido además que esta entidad es más frecuente en pacientes portadores de VIH.⁴

La región anorrectal, punto de unión entre ectodermo y endodermo, es embriológicamente una estructura inestable, el melanoma se originaría de melanocitos cerca de la línea dentada, que progresivamente ascienden desde la submucosa al recto.⁶ Los síntomas son inespecíficos, estos incluyen en orden de frecuencia: sangrado en 55% de los casos, sensación de masa en el 34%, dolor anal en el 13%, cambio de hábito intestinal en el 11%, prurito en el 8% y masa inguinal en el 3%;⁷ cabe mencionar que en el caso presentado se presenta la sintomatología descrita, sin embargo el diagnóstico tardío se atribuye principalmente a que la lesión se identifica de forma errónea como hemorroide, enfermedad que no tiene indicación de biopsia.⁶ Al momento del diagnóstico el 61% de los pacientes tienen ya compromiso ganglionar inguinal.⁸

Microscópicamente su histología es similar a sus otras localizaciones,⁹ aunque el pigmento de melanina pudiera

estar presente solo en el 30% de los casos, se recomienda estudio inmunohistoquímico que incluya proteína S-100, HMB-45 y Melan-A.²

El enfoque estándar para el manejo de este tipo de tumores no se ha establecido debido al número limitado de pacientes y al escaso reporte retrospectivo de los MAR.⁸ Por tanto, se considera la resección completa con márgenes libres como método de elección de tratamiento.⁵ Algunos autores plantean la resección radical abdomino-pelviana en pacientes con lesiones menores de 3 mm de espesor, y para tumores mayores o con evidencia de enfermedad metastásica, resección local y conducta conservadora.⁷ La linfadenectomía inguinal no está indicada de forma sistemática y debe valorarse según cada paciente, no realizándose en nuestra paciente. No se ha demostrado que la quimioterapia mejore el pronóstico, sin embargo, el uso de radioterapia sigue siendo un tema controvertido. Se ha obtenido una recurrencia local del 17% cuando se combina cirugía más radioterapia hipofraccionada, frente a tasas de recurrencia del 50% que obtiene la resección quirúrgica como único tratamiento, razón por la que se utilizó terapia adyuvante en el caso presentado.

Para los MAR El pronóstico es ominoso, estimando una sobrevida menor al 20% en 5 años.⁵

CONCLUSIÓN

En pacientes con patología anorrectal, se sugiere un examen exhaustivo y un alto índice de sospecha para el diagnóstico precoz de los MAR, teniendo en consideración que no todos los melanomas malignos son pigmentados. Además se sugiere una evaluación diagnóstica cuidadosa en cualquier paciente con historia de melanoma que presente sintomatología digestiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ananda B, Data M. Malignant Melanoma Rectum. *Int J Health Sci Res* 2016; 6(8):398-400
2. Juanmartíñena J, Fernández I, Córdoba A. Primary anorectal malignant melanoma: an uncommon anorrectal pathology. *Rev Esp Enferm Dig* 2016 Sep; 108(9):604-5
3. Zhang J, Sochat M, Feller E. Anorectal melanomas: case series. *The medicine fórum* 2016; 17(9)
4. Mariolis T, Malamitsi J, Yakoumakis E, Orfanos F. Is sentinel node mapping useful in anorrectal melanoma. *Hell J Nucl Med* 2008; 11(1):39-42
5. Reina A, Errasti J, Espín E. Melanoma anorrectal. Revisión de conjunto. *Cir Esp* 2014; 92(8):510-516
6. Arakawa K, Kiyomatsu T, Ishihara S, Ikemura M, Hojo D, Takiyama H, et al. A case report of anorectal malignant melanoma with mucosal skipped lesion. *Int J Surg Case Rep* 2016; 24:206-210
7. Gubiani M, Boldrini M, Romagnoli L, Pinardi B. Lesión tumoral en región anal. *Dermatol Argent* 2011; 17(4):326-328
8. Caselli G, Pinedo G, Hurtado F. Melanoma del canal anal. *Rev Chil Cir* 2009; 61(2):117-118
9. Torres-Gómez F, Fernández P, Torres-Olivera F. Melanoma de ano-recto. Una entidad infrecuente. *Rev Esp Patol* 2009; 42(1):78-81