
CLINICA, CIRUGIA, ESPECIALIDADES MEDICAS

MELANOMA MALIGNO ANORECTAL

Luis Gramática (h)*, Christian Dutari*, Luis Santos Spitale**, Luis Gramática*

* Cátedra de Cirugía. ** 2ª Cátedra de Anatomía Patológica. Hospital Nacional de Clínicas.
Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

RESUMEN

Se presentan 4 pacientes portadores de un melanoma maligno primitivo anorectal, haciendo además una revisión de la literatura. La clínica que presentaron todos los casos fue similar: dolor, proctorragia, tumor, pujo, tenesmo, hemorroides y cambios del ritmo intestinal, destacándose la semejanza de uno de ellos con una hemorroide trombosada, por lo que consideramos que deben ser biopsiadas todas las piezas extirpadas de la región. El pronóstico de esta patología es en general malo, independientemente del tratamiento. Son contados los casos descriptos en la literatura que superan los 5 años de sobrevida, hecho debido a que la mayoría han sido diagnosticados en fases muy tempranas de su evolución y tratados con una resección abdominoperineal. La radioterapia y la quimioterapia pueden disminuir el tamaño de la lesión pero se acepta que no cambian el pronóstico.

Palabras clave: Melanoma maligno anorectal - melanoma primitivo anorectal - tratamiento del melanoma.

INTRODUCCION

En 1857, W.D. Moore diagnosticó por primera vez, en un paciente de 65 años de edad, un caso de melanoma maligno anorectal a quien le practicó una exéresis local. Hasta 1987 se regis-

traban en la literatura mundial alrededor de 460 casos con esta patología (10, 11). Como podemos apreciar, es una enfermedad poco frecuente, representando sólo el 0,5 al 1,6 de los tumores de la región anorectal (6, 7, 10, 11, 16, 25).

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, existiendo controversia sobre la radicalidad del mismo, así en diferentes series publicadas se aconseja desde la resección local (13) hasta la amputación abdomino-perineal con linfadenectomía aorto-iliaca e inguinal (4, 14-16).

La detección tardía de la enfermedad, su mal pronóstico, la dificultad para llegar al diagnóstico histopatológico (13) y las diferentes corrientes terapéuticas propuestas, hacen de esta patología un tema muy interesante para la investigación bibliográfica y clínico-terapéutica. Estos conceptos, unidos al hecho de haber tenido la oportunidad de asistir a cuatro pacientes con melanoma maligno primario nos ha motivado a revisar la bibliografía y a presentarlos.

CASOS CLINICOS

Caso N° 1: mujer de 74 años de edad, que consulta por presentar desde hace tres meses cambios en el hábito intestinal, manifestándose como constipación y heces acintadas, pujo, tenesmo, dolor anal y pérdida de 5 Kg de peso. Al examen físico en región inguinal derecha, tumor de forma esférica, de 8 cm de diámetro,

indoloro, de consistencia dura, fijo a planos profundos que fue interpretado como una adenopatía. Por tacto rectal se evidenció sobre el canal anal un tumor de crecimiento endoluminal irregular que infiltraba circunferencialmente casi la totalidad de la zona. Se realizó rectoscopia y biopsia de la lesión que informó: infiltración de mucosa rectal por carcinoma poco diferenciado. Posteriormente se extirpó el tumor inguinal, cuyo estudio histopatológico mostró metástasis linfática inguinal de carcinoma poco diferenciado o de melanoma maligno amelanico. En el colon por enema se visualizó una lesión infiltrante sobre el recto de unos 10 cm aproximadamente. Radiografía de tórax normal. En octubre de 1984 se realizó una amputación abdominoperineal, metastasectomía a nivel de los segmentos IV y V y extirpación de dos nódulos peritoneales parietales. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue el siguiente: melanoma maligno del canal anal con metástasis en cinco ganglios linfáticos regionales, en dos nódulos parietales y en dos formaciones nodulares hepáticas. Estadio "D" de Dukes. La recuperación post-operatoria inmediata fue buena y se dió de alta a los diez días. Sin embargo a las cuatro semanas de la cirugía consulta por desmejoramiento del estado general, anorexia, astenia, ictericia, coluria y pérdida de 12 Kg desde la primera consulta. Al examen físico fenómenos hemorragíparos, ascitis, hepatomegalia de consistencia dura y nodular; falleciendo cinco días más tarde.

Caso N° 2: mujer de 51 años de edad, que consulta por tres episodios de proctorragia en las últimas dos semanas relacionadas con la defecación que desde hace unos cuatro meses era moderadamente dolorosa. La paciente relacionó la sintomatología con episodios ocurridos en reiteradas oportunidades en los últimos años que tuvieron el diagnóstico de hemorroides, por lo que seguía una dieta rica en fibra. El tacto rectal detecta un tumor en cara anterior del recto a unos 4 cm del margen anal no móvil. A la rectoscopia se observa la existencia de hemorroides no complicadas y una lesión ulcerada negra de 3 cm de diámetro a 4 cm del margen anal cuyo diagnóstico anatomopatológico fue melanoma maligno (Fig. 1). En agosto de 1987

se la intervino quirúrgicamente realizándose una resección abdominoperineal cuya evolución post-operatoria fue satisfactoria siendo dada de alta a los 11 días. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de melanoma maligno anorectal de tipo mixto con metástasis en los ganglios regionales (Fig. 2). Estadio "C" de Dukes. La paciente murió a los 15 meses por recurrencia tumoral.

Caso N° 3: hombre de 63 años de edad que es derivado de un pueblo de nuestra provincia con el diagnóstico de fisura anal crónica y hemorroide trombosada para ser intervenido quirúrgicamente. A la anamnesis el paciente relata sufrir de dolor defecatorio acompañado de sangre fresca en casi todas las oportunidades y de un tumor que cada día que pasa lo siente más grande. Al tacto rectal y la rectoscopia tumor polipoides de 2 cm móvil de color azulado que se extirpa. La anatomopatología informó melanoma maligno. En agosto de 1989 se le realizó una resección abdominoperineal en cuyo post-operatorio tuvo un cuadro respiratorio con disnea, dolor en puntada de costado, taquisfigmia y fiebre que fue interpretado como un TEPA que evolucionó bien en 4 días para ser dado de alta al treceavo día del postoperatorio asintomático. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de melanoma maligno infiltrante con 3 metástasis ganglionares pélvicas. Grado "C" de Dukes. Los familiares a los seis meses nos informaron que el estado general del paciente había empezado a empeorar pero que él se negaba a ser internado. No volvimos a saber del mismo.

Caso N° 4: hombre de 61 años de edad que es derivado de otra provincia con el diagnóstico de tumor rectal con una biopsia que informa carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Paciente en muy mal estado general, pérdida de 6 Kg de peso, astenia, anorexia, cambio del ritmo intestinal y una historia de más de 5 meses de evolución de dolor y sangre fresca al defecar. Adenopatías inguinales bilaterales. El examen proctológico reveló un tumor que tomaba la cara posterior del recto en una superficie de unos 4 cm, fijo a los planos profundos, ulcerado, sangrante con zonas con puntillado negruzco. La radiografía de tórax

informó la posibilidad de que un pequeño nódulo en el vértice derecho podía corresponder a una metástasis. En marzo de 1993 y ante la persistencia de los síntomas locales se decidió realizar una escisión local del tumor con electrofulguración. La anatomía patológica informa melanoma maligno del conducto anal de tipo epitelioides que invade los tejidos adyacentes. Grado "D" de Dukes. El paciente tiene un buen postoperatorio pero no logró recuperarse de su mal estado general. A pesar de esto el paciente conjuntamente con la familia deciden firmar el alta voluntaria, falleciendo 29 días más tarde.

DISCUSION

Los melanomas constituyen el 1 al 3% de los cánceres en general y en frecuencia de localización la región anorectal se encuentra en tercer lugar después de piel y ojos (7, 10, 12).

En relación a su origen, la teoría más aceptada es la que dice que los melanomas anorectales se desarrollarían a partir de los melanocitos del canal anal. Sin embargo, se han observado melanocitos atípicos en la mucosa de transición de algunos melanomas rectales, lo que avalaría la existencia de melanomas primarios del recto (6, 7, 10, 13). La mayoría de los autores comunican la preponderancia de estos tumores en el sexo femenino (4, 19, 25, 26) en una proporción 5/3; hecho que sin tener un gran valor no se confirma en nuestra serie [2/2]. A pesar de que se han observado pacientes entre veinte y treinta años de edad y otros de más de ochenta (21), el pico de máxima incidencia se da en la sexta y séptima década de la vida (4, 6, 7, 10, 25, 26).

Su sintomatología no difiere a la de los otros tumores de la región, siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes proctorragia, dolor anal, pujo, tenesmo, alteraciones en el tránsito intestinal y tumor anorectal (4, 6, 7, 9, 10, 18, 26). Al diagnóstico se llega por los síntomas antes mencionados, el examen físico y la endoscopia con toma biopsia de la lesión (4, 6, 7, 10, 23, 25); con respecto a esto último es importante hacer estudio histopatológico de todo material extraído de la región, pues se han informado casos en los que la impresión diagnóstica era

de hemorroide trombosada y/o de pólipo gangrenado, mientras que el informe anatomopatológico definitivo fue de melanoma maligno anorectal (7).

En el primer caso presentado, hubo dificultad para el diagnóstico con el estudio de la biopsia del tumor y de la adenopatía inguinal, ya que fue interpretada como carcinoma poco diferenciado o melanoma amelanico, hecho que es coincidente con la literatura consultada (4, 7, 10, 24).

El pronóstico de la enfermedad es malo, por sus precoces metástasis linfáticas a las cadenas ganglionares de la mesentérica inferior, hipogástrica e inguinales, como así también por vía sanguínea. Se puede decir que lo más importante desde el punto de vista pronóstico es la profundidad de penetración del tumor en las diferentes capas del órgano (2, 25). La supervivencia media oscila entre los 9 y los 30 meses y solo aproximadamente el 10% sobrevive a los cinco años (9, 16, 20).

Wanebo y col. (25), de acuerdo al método de Breslow (2), encuentran relación entre la supervivencia de los pacientes y el espesor del tumor medido desde la superficie del epitelio al punto de máxima penetración del melanoma, no observando en su serie pacientes libres de enfermedad a los cinco años con tumores de más de dos milímetros de espesor. Asimismo, parece existir una cierta relación entre el espesor del tumor y la aparición de metástasis ganglionares (17).

El tratamiento de elección es la cirugía. Hay principalmente dos corrientes quirúrgicas: una que sostiene la amputación abdominoperineal asociada o no a la ligadura alta de los vasos mesentéricos con linfadenectomía periaórtica, ilíaca e inguinal bilateral. Sobre este último punto hay autores que postulan que este gesto quirúrgico no cambia el pronóstico de la enfermedad. La mayoría de los autores desaconsejan la disección ganglionar profiláctica en ausencia de adenopatías palpables (22). Apoya la cirugía radical el hecho de que la mayoría de los pacientes que han superado los cinco años de supervivencia fueron tratados mediante una amputación abdominoperineal (4, 6, 7, 10, 19, 25, 26), y que el número de recurrencias locales fue menor (1, 3, 8). Aisladamente se han visto

tumores de gran tamaño y con metástasis ganglionares con supervivencia libre de enfermedad superior a 10 años con la operación de Miles (5, 9). La otra postura propone la resección local del tumor apoyada en la revisión de series amplias que demuestran que la supervivencia media está poco influenciada por la magnitud del tratamiento (25, 26) además de su menor morbilidad, aunque se han reportado incontinencias por lesión esfinteriana. En la actualidad hay un cierto acuerdo en la literatura internacional en que en las lesiones precoces de espesor inferior a 3 milímetros y sin evidencia de diseminación se indique con criterio curativo una amputación abdominoperineal sin linfadenectomía inguinal profiláctica. En tumores avanzados y/o con enfermedad a distancia se recomienda el tratamiento local, dando de este modo prioridad a la conservación de los esfínteres. Si la lesión no logra ser controlada con métodos locales, la operación de Miles puede proporcionar una paliación interesante. Se han propuesto como alternativas de tratamiento a la inmunoterapia, la quimioterapia y la radioterapia. Los resultados no fueron superiores a los alcanzados por la cirugía por lo que se sugieren estos esquemas como coadyuvantes del tratamiento quirúrgico o como un intento de controlar la clínica local y el crecimiento tumoral de forma paliativa (8).

SUMMARY

The cases of four patients who are carriers of primitive anorectal malignant melanoma are presented, reviewing at the same time the medical literature available. The clinic of all these patients was similar: pain, proctorrhagia, tumors, tenesmus, hemorrhoids and changes in the intestinal rhythm. One of these cases was similar to thrombosed hemorrhoids, and for this reason we believe that all of the parts that are removed should be biopsied. The prognosis of this pathology is in general adverse, notwithstanding the treatment received. There are very few cases on record that have survived more than 5 years, with early diagnosis and treatment with an abdominal-perineal resection. Radiotherapy and chemotherapy can reduce the size of the lesion but it is acknowledged that the prognosis will not change.

Keywords: Primitive anorectal melanoma - malignant anorectal melanoma - treatment of melanoma.

BIBLIOGRAFIA

1. Behars O H, Wilson S M: Carcinoma of the anus. *Ann Surg* 184:422-428, 1976.
2. Breslow A: Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg* 172:902-908, 1970.
3. Bolivar J C, Harris J W, Branch W, Sherman R T: Melanoma of the anorectal region. *Surg Gynecol Obstet* 154:337-341, 1982.
4. Chiu Y S, Unni K K, Beart R W Jr: Malignant melanoma of the anorectum. *Dis Colon Rectum* 23:122-124, 1980.
5. Freedman L S: Malignant melanoma of the anorectal region: Two cases of prolonged survival. *Br J Surg* 71:164-165, 1984.
6. García Montes J M, Jimenez Saenz M, Hernandez Peña M, Herreras Gutierrez J M: Melanoma anorectal. *Rev Esp Enf Ap Digest* 76(2):173-175, 1989.
7. Gomez Iglesias S, Dominguez Hiranejo C, Colina Alonso A, Martinez Araquer M J, Terradez Raro J J: Melanoma maligno anorectal. Presentación de seis casos y revisión literaria. *Rev Esp Enf Ap Digest* 72(1):19-24, 1987.
8. Huguier M, Lubinski J: Les melanomes malins ano rectaux. *Arch Fr Mai App Di*, 62:573, 1973.
9. Husa A, Hoherstedt K: Anorectal malignant melanoma. A report of 14 cases. *Acta Chir Scand* 140:68-72, 1974.
10. Jalleh R P, Pathmanthan R, Krishnan M M S, Mukherjee A: Anorectal Melanoma. *Post graduate Medical Journal* 64:669-671, 1988.
11. Jeffrey B F, Bauer J J: Anal melanoma: case report and review. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 63:494-496, 1986.
12. Mason J K, Helwig E B: Anorectal melanoma. *Cancer* 19:39-50, 1966.
13. Morson B C, Volkstadt H: Malignant melanoma of the anal canal. *J Clin Pathol* 16:126-132, 1963.
14. Pack G T: End results in treatment of malignant melanoma. *Ann Surg* 136:905-911, 1952.

15. Pack G T, Martens F G: Treatment of anorectal malignant melanoma. Dis Col Rect 3:15-24, 1960.
16. Pack G T, Oropeza R: A comparative study of melanoma and epidermal carcinoma of the anal canal: a review of 20 melanomas and 29 epidermoid carcinomas (1930-1965). Dis Colon Rectum 10:161-175, 1967.
17. Paradis P, Douglas HO Jr, Holyoke E D: The clinical implications of a staging system for carcinoma of the anus. Surg Gynecol Obstet 141:411-416, 1975.
18. Pi Figueras J, Roca de Viñals R, Gallardo Esquerdo A: Primer caso de un tumor melánico del recto, publicado en España. Med Clin (Barcelona) 2:126-128, 1944.
19. Quan S H Q: Anal and perianal tumors; symposium on colon and anorectal tumors. Surg Clin North Am 58:591-603, 1978.
20. Quan S H Q, White J E, Deddish M R: Malignant melanoma of the anorectum. Dis Colon Rectum 2:275-283, 1959.
21. Remigio P A, Der B K, Fosberg R T: Anorectal melanoma: report of two cases. Dis Colon Rectum 19:350-356, 1976.
22. Siegal B, Cohenf D, Jacob E T: Surgical treatment of anorectal melanomas. Am J Surg 146:236-238, 1983.
23. Sinclair D M, Hannah G, McLaughlin I S, Patrick R S, Slavin G y col.: Malignant melanoma of the anal canal. Br J Surgery 57:808-811, 1957.
24. Singh W, Madaan T R: Malignant melanoma of the anal canal. Am J Proctol 27:49-55, 1976.
25. Wanebo H J, Woodruff J M, Farr G H, Quan S H: Anorectal melanomas. Cancer (Philad) 47:1891-1900, 1981.
26. Ward M W N, Romanor G, Nicholls R J: The surgical treatment of anorectal malignant melanoma. Br J Surg 73:68-69, 1986.

tumores de gran tamaño y con metástasis ganglionares con supervivencia libre de enfermedad superior a 10 años con la operación de Miles (5, 6). La otra postura propone la resección

local del tumor en amplias que dem media está poco del tratamiento (morbilidad, nuna aenias por lesi bad hay un cierto nacional en que espesor inferior a de diseminación vo una amputa linfoadenectomia mores avanzados cia se recomienda este modo priori sifiteres. Si la l con métodos lo puede proporcio se non propueste a la inmu radioterapia. Les



Figura 1: Vista del extremo distal de una pieza operatoria de amputación abdominoperineal, con un tumor polipoide ulcerado (flecha) en el conducto anal, por encima del pecten.

estos per la etiología por lo que estos esquemas como como un intento el crecimiento tum

SUMMARY

The cases of primitive anorectal cancer, reviewed in the medical literature, these patients with tumors, tetraplegia in the intestinal rhythm similar to thrombosis. In this case, we believe that the tumors are removed, though of this patient, notwithstanding the fact that there are very few cases of cure, more than 5 years of treatment with radiotherapy and the size of the lesion but it is acknowledged that the prognosis will not change.

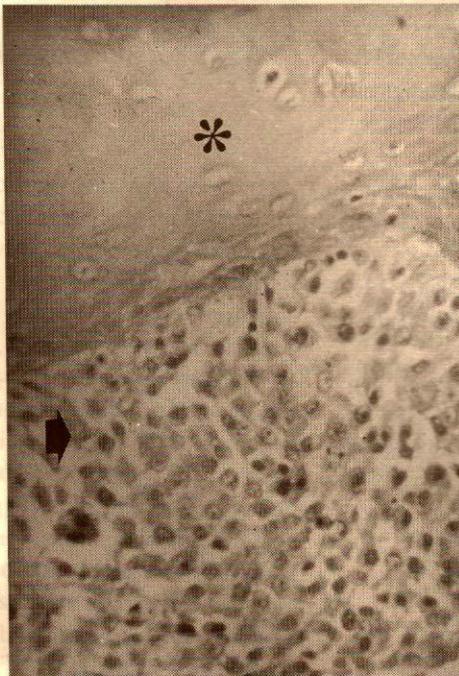


Figura 2: Micrografía de un melanoma del conducto anal, con mucosa pavimentososa en la porción superior (asterisco) y capas de células neoplásicas subyacentes, con actividad de unión (flecha). H-E (40X).