

MELANOMA ANAL. PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Diego Mauricio Cian, Dra. Adriana Luna, Adriana
Dr. Oscar Pellizzari, Dr. Eduardo Pinedo

Servicio Cirugía General y Gastroenterología. Sanatorio Chaco Oeste. Resistencia. Prov. Chaco.

El melanoma maligno primario es una neoplasia rara con un pronóstico extremadamente pobre, (1). Se origina en los melanocitos existentes en el epitelio pavimentoso rectal. Ocupa el tercer lugar en frecuencia luego del melanoma cutáneo y ocular, siendo el más frecuente entre los melanomas del tracto gastrointestinal.

PRESENTACION DEL CASO.

HC. 3315: Mujer de 68 años que consulta por proctorragia profusa de 12 hs de evolución, refiere episodios de menor cuantía durante la semana previa. Tenesmo rectal, cambios evacuatorios con tendencia a la constipación y tumoración en el margen anal. La paciente relata la aparición de una pequeña tumoración menor de 2 cm en hemiano izquierdo hace 10 años. Hace 6 meses consulta por crecimiento de dicha tumoración, proctalgia y adenomegalias inguinales dolorosas.

Antecedentes personales: Hta, Hemorroidectomía, Prolapso genital.

Examen físico: Regular estado general. Abdomen globuloso, indoloro a la palpación superficial y profunda, hepatomegalia de 7 centímetros por debajo del reborde costal, timpánico, ruidos hidro aéreos (+), sin acitis, se hallan adenomegalias inguinales bilaterales múltiples, de diferentes tamaños, dolorosas a la palpación, fijas a planos adyacentes. Anestias en región maxilar inferior derecha

Examen ginecológico: Tumoración que protruye la cara posterior del conducto vaginal de 5 cm de diámetro.

Examen proctológico: Hemiano izquierdo, tumoración pólipode, de 5 cm, móvil, de consistencia duro-elástica que infiltra complejo esfinteriano, de coloración azabache; presenta otra tumoración en hemiano derecho de 2 cm de diámetro de iguales características a la anterior.

Exámenes complementarios.

Rectosigmoideoscopia: A los 6 cm base de tumoración polipoidea que obstruye el conducto anal. Rx Tórax: Sin particularidades. TAC Tórax: Imagen micronodular con bordes regulares en la región basal del segmento lateral del lóbulo pulmonar inferior izquierdo. TAC Abdomen: Hígado agrandado, varias pequeñas imágenes nodulares hipodensas que miden menos de 2cm de diámetro, sin refuerzo con contraste, de distribución anárquica en lóbulo hepático derecho. Imagen quística de bordes irregulares, 1.5 cm de diámetro mayor, ubicada

en la región anterior del polo inferior del riñón derecho. Pequeñas adenomegalias no bien delimitadas, homogéneas en la porción caudal del espacio peri rectal, comprimiendo sin interfase a las estructuras adyacentes. Imagen redondeada con densidad de partes blandas ligeramente hipodensa, homogénea de bordes regulares que mide 4 cm por 2.5 cm de diámetros mayores y se proyecta en la región izquierda del esfínter anal, con aparente indemnidad de los planos grasos de la fosa isquiorectal adyacente. Adenomegalias inguinales de tamaño y estructura heterogénea.

Anatomía patológica de formación anal: Macroscopía: formación de 3 x 2 x 1.8 cm. Superficie externa de color ocre con áreas parduscas y consistencia firme. Microscopía: Células neoplásicas con núcleos vesiculosos en fenómeno anaplásico de macrocariosis, anisocariosis e hiperchromia y núcleos prominentes. Compromete mucosa y semimucosa anal con áreas de ulceración. Pigmentos melánicos en las células neoplásicas, se visualizan mitosis (7/8 x mm2), e infiltrado inflamatorio tipo leucocitario.

Diagnóstico: Melanoma maligno pigmentado de mucosa anal en fase de crecimiento vertical.

Tratamiento: Quimioterapia: DTIC (Dimetil-Trioceno-Imidazol-Carboxamida) 75 gr / m2 por 6 meses a 1 año. Inmunoterapia: Interferon 3 veces por semana por 6 meses a 1 año.

Evolución: Reingresa 15 días posteriores por abdomen agudo oclusivo y se realiza colostomía sigmoidea. Se constata intra quirúrgicamente carcinomatosis peritoneal, alta médica 10 días después. Ingresó nuevamente a los 20 días por encefalopatía hepática por lo que fallece 7 días después.

DISCUSION

El melanoma corresponde el 12 % de las neoplasias colorectales (2;3) ; 0.2-3 % de todos los melanomas y al 0.1-4.6 % de todos los tumores malignos del ano.

Hay publicaciones que muestran diferentes frecuencias según la zona geográfica, lo que podría estar relacionado con variaciones genéticas y/o efectores ambientales influyentes.(1;3;4). En varias series se muestran mayor frecuencia en la raza blanca y en el sexo femenino.(1;5;6;) La edad media de presentación es de 58 años, con mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de la vida. Recientemente algunas publicaciones encontraron un pico de frecuencia inusual en una población de menor edad, entre 25 y 45 años con predomi-

nio en el sexo masculino, sugiriendo que el melanoma anal es otra neoplasia asociada a la infección por V.I.H. (6;8). Las patologías asociadas con esta neoplasia son las alteraciones frecuentes de los cromosomas 11q y 3p, enfermedad de Crohn, fístula anal crónica, H.P.V (Virus Papiloma Humano) tipo 16 y 18 y recientemente lo relacionan con V.I.H. (5). Su presentación clínica puede asemejarse a cualquier patología benigna de la región anal. El modo más frecuente de presentación es la hemorragia, seguido de la sensación de masa y la proctalgia con un tiempo de evolución de entre 4 y 12 meses antes del diagnóstico definitivo. Otros síntomas son cambios en el hábito evacuatorio, prurito anal, tenesmo rectal y masa inguinal. (2;7;8;9).

Microscópicamente: por lo general se trata de una lesión única, polipoide, negruzca, dura, sangrante ubicada a nivel de la línea pectínea en el hemiano posterior y regiones laterales del canal anal.

Microscópicamente: habitualmente se observa un pleomorfismo celular con escaso y muy vascularizado estroma. A nivel citoplasmático se encuentra pigmento melánico aunque un 20 % pueden ser lesiones amelánicas en la cual se requiere confirmación por inmunohistoquímica.

Al momento del diagnóstico un 30 a 60 % de los pacientes presentan diseminación regional y/o a distancia, el sitio más frecuente es el pulmón comprometido en un 40 % de las veces en tanto que el 38 % tiene metástasis en sistema nervioso central; otros lugares en los que también se reportaron metástasis fueron en hígado, hueso e intestino. (2;7;).

El melanoma anal posee un comportamiento sumamente agresivo, en estadíos precoces, cuando se efectúa un tratamiento idóneo el riesgo de muerte es realmente bajo. Por el contrario en estadíos avanzados los tratamientos estándares aún no han logrado mejorías en los resultados finales.(8;9)

De las modalidades terapéuticas tan sólo la cirugía se asocia con una sobrevida prolongada, siendo la extensión de la resección el punto de controversia, desde la resección bcal (RL) hasta la amputación abdominoperineal (AAP). La mayoría de los autores concuerda en que no hay ventajas en cuanto a la sobrevida en paciente tratados con AAP que en otros tratados con RL excepto en la bibliografía aportada por el Memorial-Slaan-Ketterin-Cancer-Center en la que según su experiencia hubo una sobrevida mayor a 9 años en pacientes tratados con AAP,(7;10) y sugieren la resección bcal con márgenes de seguridad para lesiones tempranas (menos de 2 mm de invasión en profundidad) y también como paliación en estadíos avanzados (mayor de 2 mm de invasión

en profundidad) debido a la mejor calidad de vida, no influyendo en este último caso en la sobrevida del paciente. La resección profiláctica de los ganglios inguinales no mejora la sobrevida por el contrario aumenta la morbimortalidad, la conducta adecuada es realizar la extirpación de los ganglios cuando se comprueba compromiso linfático.

Una vez que el melanoma se ha diseminado a distancia el pronóstico es pobre mostrando un promedio de vida de alrededor de 6 a 8 meses y aún con tratamiento, el promedio de vida a los 5 años es de 5-6 %. Algunos estudios sugieren que las mujeres tienen mejor pronóstico que los hombres, en tanto que en otro estudio se demostró que las mujeres tienen un intervalo libre de enfermedad más prolongado y menos metástasis viscerales que los hombres, lo que en parte explicaría los mejores resultados para las mujeres.

La radioterapia ha contribuido en la diseminación locoregional en tanto que no ha dado resultados en cuanto al tratamiento sistémico. La quimioterapia y la inmunoterapia hasta el momento no han aportado a mejorar la sobrevida en forma consistente. Ambas están indicadas en caso de enfermedad diseminada, la droga de elección para el uso de quimioterapia es la Dimetil-Trioceno-Imidazol-Carboxamida (DTIC) como monodroga o asociada a otros agentes, no se ha comprobado que las asociaciones mejoren el pronóstico de vida. En práctica de la inmunoterapia se usan citoquinas como interferón alfa o interleuquina dos en altas dosis y en un tiempo prolongado. Por último la bioquimioterapia es una modalidad más tóxica que la quimioterapia convencional que sólo se ha utilizado en pacientes con buen estado general y que aún está en estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ofer Ben I, Rivka L, Weill S y Colab. Anorectal Malignant Melanoma. *Cáncer*. 1997 – 79:18-24.
- 2- Chang A E, Karnell L H, Menk H R. The National Cancer Data Base Report on Cutaneous and Mucocutaneous: a summary of 84.836 cases from the post decade. *Cancer* 1998 ; 83: 1664-78.
- 3- Tribault , Sagars, Nivatvongs, Etal. Anorectal Melanoma Incurable Disease. *This Colon Rectum* 1997. 40 :661-8.
- 4- Miller B. J, Ruthenford L. F, Melead G.R, Cohen J. R. Where the Sun Never Shine: anorectal melanoma. *Aust. Naj. Surg.* 1997; 67:846-8.
- 5- Latif J. A, Leiro F, Rodriguez Martín J. A, Rivera P, G Briwela, Piccolodeos E. D. Melanoma Del Ano. *Revista Argentina de Cirugía*. 2002; 83(1-2): 31-34.
- 6- Brady M. S, Jeffery P. K, Stuar H. Q, Anorectal Melanoma. Experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum*. 1995; 38: 146-51.
- 7- Cogir B, Withenford M. Changing Epidemiologist of Anorectal Melanoma. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42: 1203-8.
- 8- Ross. M, Pezzi C, Pezzi T, Maurer D, Hikey R, Bolch C. Patterns of Failure in Anorectal Melanoma. A Guide to Surgical Therapy. *Arch Surg*. 1990; 125: 313-6.

- 9- J . M. Unger, L . E Flaherty, P. Y. Liu, K . S. Albain, V . K. Sondak. Gender and Other Survival Predictors in Patients With Metastatic Melanoma on South West Oncology Group Trial. Cancer. 2001; 91:1148-55.



Figura 1



Figura 2