



Revista Científica Ciencia Médica

ISSN: 1817-7433

revista_cienciamedica@hotmail.com

Universidad Mayor de San Simón

Bolivia

Villarroel Salinas, Jaime Claudio; Torrico Gonzales, Maria Mercedes; Canchari Corrales,
Boris Rudy; Zambrana Peredo, Omar Stward
Melanoma ano-rectal (rectal primario), Reporte de un caso
Revista Científica Ciencia Médica, vol. 19, núm. 2, 2016, pp. 55-59
Universidad Mayor de San Simón
Cochabamba, Bolivia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426049510010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MELANOMA ANO-RECTAL (RECTAL PRIMARIO), REPORTE DE UN CASO

Anus-rectal melanoma (primary rectal), Case report

Villarroel Salinas Jaime Claudio ¹, Torrico Gonzales Maria Mercedes ², Canchari Corrales Boris Rudy ², Zambrana Peredo Omar Stward ²

¹Facultad de Medicina Dr. Aurelio Melean, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba-Bolivia

RESUMEN

El melanoma es una neoplasia agresiva mundialmente reconocida, pero la localización recto-anal es infrecuente y representa menos del 1% de los tumores malignos colorectales, generalmente se acompaña de un diagnóstico dificultoso. A pesar de ser poco frecuente, su incidencia ha ido aumentando con el paso del tiempo, cuenta con un pronóstico pobre a largo plazo y a la fecha existen diversos protocolos de tratamiento aun no consensuados. Por ser esta una patología infrecuente y poco descrita en el medio, presenta el caso de un melanoma ano-rectal o recto-anal, haciendo énfasis en sus características microscópicas y el tratamiento adecuado, se trata de un paciente masculino de 52 años edad, con una tumoración en recto distal, sometido a resección abdominoperineal (Operación de Miles), con buena evolución postoperatoria. El resultado histopatológico definitivo indicó neoplasia maligna invasora poco diferenciada con patrones sólidos, nidos pseudoglandulares y difusos, bordes quirúrgicos libres de lesión y sin ganglios positivos a metástasis.

Correspondencia a:

Rocío Condori Bustillos
Correo electrónico: rocio_all_

ABSTRACT

Melanoma is a globally recognized aggressive neoplasm, but the recto-anal localization is infrequent and accounts for less than 1% of colorectal malignant tumors, usually accompanied by a dissociated diagnosis. Although rare, its incidence has increased over time, has a poor prognosis in the long term and to date there are several protocols of treatment not yet agreed.

Because this is an uncommon and little described pathology in the middle, it presents the case of an anorectal or rectal-anal melanoma, emphasizing its microscopic characteristics and the appropriate treatment, it is a male patient of 52 years old, with a distal tumor, submitted to abdominoperineal resection (Miles operation), with good postoperative evolution. The definitive histopathological result indicated little differentiated invasive malignant neoplasia with solid patterns, pseudoglandular and diffuse nests, surgical borders free of lesions and without metastasis positive lymph nodes.

Palabras clave: Neoplasias del recto, Melanoma, Neoplasia del Ano.

Keywords: Rectal neoplasm, Melanoma, Anus neoplasms

INTRODUCCIÓN

El melanoma es una neoplasia agresiva mundialmente reconocida, pero su localización ano-rectal es infrecuente y representa menos del 1% de los tumores malignos colorectales, generalmente se acompaña de un diagnóstico dificultoso^{1,2}. Como señala Martínez en la fisiopatología del melanoma anorectal “La lesión aparece en cualquier sitio donde se encuentren melanocitos (piel perianal, zona de transición o mucosa rectal) y puede ser pigmentada (melanótico) o carente de pigmentación (amelanótico). El síntoma más común es el sangrado, sin embargo, pueden existir en algunos pacientes dolor leve, masa

anal, prolapso y alteraciones en los hábitos defecatorios. Muchas de estas lesiones son confundidas con enfermedad hemorroidal o trombosis hemorroidal externa”¹. Han sido comunicados algunos casos de melanoma a nivel de boca, esófago y ano los cuales son considerados infrecuentes pero no excepcionales, presentando estos una literatura muy escasa, por esta razón es necesario comunicar los casos, para poder llegar a un mayor conocimiento de la entidad y así tener una mejor perspectiva de tratamiento³. El “National Cancer Data Base” reportó que 256 casos de melanomas anorrectales fueron diagnosticados de 1985 a 1994. Habiéndose registrado un 75% de

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 15 de Septiembre del 2016
Aceptado para publicación: 09 de Diciembre del 2016

Citar como:
Rev Cien Cienc Med
2015; 19 (2): 55-59

incremento desde finales de la década de los 80 hasta inicios de la década de los 90 ⁴. El pronóstico de melanoma anorrectal es pobre con una supervivencia media de 24 meses a 5 años en el 10% de los casos. Casi la mayoría de los pacientes mueren por metástasis. Aun no existe consenso sobre un manejo quirúrgico apropiado para este tipo de pacientes ⁵. Aunque la amputación ha dado menores recidivas frente a la resección local (29% frente a 58%) ⁶; sin embargo la supervivencia de los pacientes depende del estadio en el momento del diagnóstico.

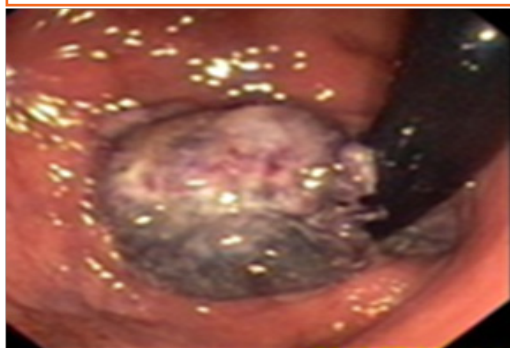
PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 52 años de edad valorado en el servicio de consulta general del Hospital Gastroenterológico Boliviano Japonés, por presentar cuadro de rectorragia de características distales (recto) de 3 semanas de evolución, con alteración en el hábito intestinal, alternando estreñimiento con deposiciones blandas, con dolor abdominal de leve intensidad, de tipo pulsátil, difuso en todo el abdomen. Presenta pérdida de peso no cuantificable pero importante. No presentaba prurito ni dolor anal. La inspección anal fue normal, en el tacto rectal se apreció ampolla rectal vacía, hacia pared posterior se palpa masa nodular que compromete 1/3 de la circunferencia, dolorosa a la palpación, guante con dedil manchado con heces amarillentas y restos hemáticos. Estudio analítico general con hemograma, bioquímica y coagulación normales.

La colonoscopia flexible indicó tumoración en recto distal a 4 cm del margen anal, que compromete el 25% de la circunferencia, multilobulado de bordes mamelonados, friable y duro a la toma de biopsias (Ver Figura 1)

El resultado histopatológico de las biopsias tomadas durante la colonoscopia indicó neoplasia maligna de estirpe epitelial invasora, con focos de patrones sólidos.

FIGURA 1. Imagen de lesión tumoral por colonoscopia flexible en retrovisión



Tras la obtención de este primer diagnóstico se decidió realizar la tomografía computarizada de abdomen completa, los resultados de este estudio fueron negativos para metástasis y compromiso ganglionar, evidenciando una tumoración de aproximadamente 4 cm de diámetro, infiltrativa. Con este resultado de imagen y los hallazgos histopatológicos se decidió realizarla amputación abdominoperineal (Operación de Miles), como una mejor alternativa para el paciente

El examen histopatológico definitivo reportó: neoplasia maligna invasora poco diferenciada de 4.5 cm con patrones sólidos, nidos pseudoglandulares y difusos que infiltra la muscular propia sin atravesarla con evidente permeación vascular linfática y perineural; de configuración anular estenosante exofítica y ulcerada, que presenta aproximadamente 90% de células con patrones sólidos, difusos y en nidos con un grado de diferenciación pobre, con focos de pigmento negruzco-marrón; en menos del 10% existen focos con configuración glandular/pseudoglandular (figuras 2-6), bordes quirúrgicos libres de lesión; cinco ganglios linfáticos negativo para células neoplásicas malignas con hiperplasia linfoide mixta (La disección ganglionar peritumoral evidencia linfonodos sin infiltrado de células neoplásicas, con expansión cortical y paracortical linfocitaria.)

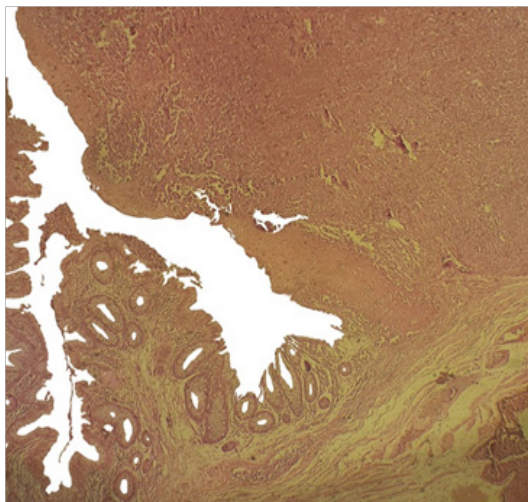
FIGURA 2. Corte macroscópico de tumor en recto, xerofítica y nodular de bordes difusos, estenosante anular y ulcerada de 4.5 cm de diámetro, de superficie cerebriforme e irregular, con tinte negruzco-café. Al corte mostraba un tejido granular, blanquecino con áreas rojizas, de consistencia aumentada que involucra hasta la muscular propia, relativamente bien delimitada



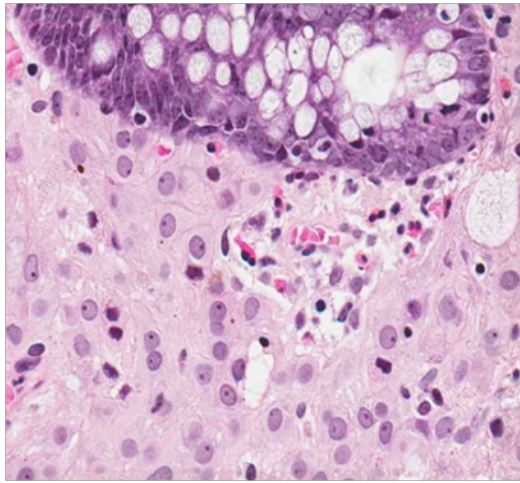
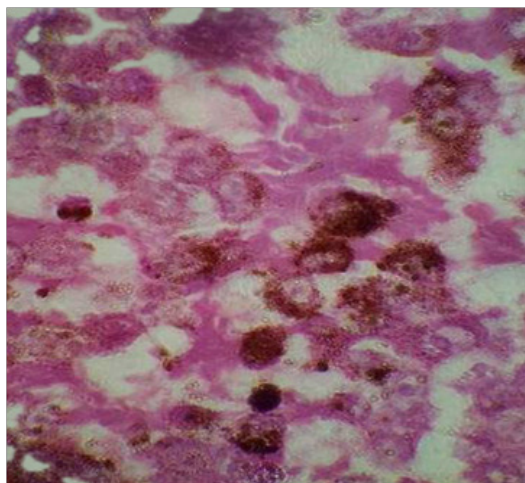
Con tales hallazgos histológicos y tras descartar por clínica un origen primario en otra localización, se emitió el diagnóstico de melanoma maligno primario rectoanal. El paciente tuvo una evolución postopera-

toria sin complicaciones, con una estancia hospitalaria de diez días. Posterior a su alta por cirugía, fue derivado al servicio de oncología.

Figuras 3,4.-Proliferación neoplásica maligna de estirpe epitelial y de origen melanocítico; con patrones discohesivos, solidos, pseudoglandular. Las células proliferantes descritas infiltraban la pared recto-anal y alcanzaban la capa muscular propia sin atravesarla.



Figuras 5,6.-A mayor aumento se muestra detalle celular con disminución de la relación núcleo citoplasma, hiperchromasia nuclear, nucléolos evidentes y focalmente hay pigmento melánico.



DISCUSIÓN

El melanoma es una neoplasia agresiva mundialmente reconocida, aunque, su localización ano rectal es infrecuente, supone un 0.1% - 4.6% de las neoplasias anorectales y un 0.2% - 3% del total de los melanomas ⁷ y generalmente se acompaña de un diagnóstico ominoso ^{1,2} los melanomas anorrectales son similares a los cutáneos solo que no existen en una zona expuesta a la radiación ultravioleta, moti-

vo por el cual su origen sigue siendo una incógnita, existen hipótesis que relacionan al melanoma con infecciones víricas ⁸, con variaciones genéticas y factores ambientales influyentes ^{9,10}. En ciertos estudios se muestra mayor frecuencia en la raza blanca y en el sexo femenino ^{9,11} siendo su presentación entre la sexta y séptima década de vida, recientes publicaciones encontraron una frecuencia inusual en la población

entre 25 y 45 años con predominio en el sexo masculino asociando al melanoma a la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) siendo esta, un nuevo factor de riesgo ^{6,9}.

La clínica puede ser muy variada, pudiendo presentar dolor abdominal, sangrado, sensación de masa, cambios en el hábito evacuatorio, prurito anal, en ocasiones la lesión puede ser polipoide protruyendo por el esfínter anal^{6,7,12,13} ya sea en la defecación o con la maniobra de Valsalva, produciendo molestias en el paciente y convirtiéndose en su motivo de consulta, algunos de estos síntomas están asociados también a otras patologías como las hemorroides o los pólipos fibroepiteliales, de ahí que en la práctica se deba realizar una buena clínica con estudios complementarios específicos, de ahí que el diagnóstico histopatológico debe plantearse en primer lugar, además de descartar el hecho de una posible metástasis de otra localización 2 siendo importante realizar un examen de toda la superficie corporal para poder llegar a un diagnóstico temprano en pro de la vida del paciente

Histológicamente el diagnóstico de una neoplasia de estirpe epitelial y de origen en melanocitos puede ser un reto, ya que las diferenciaciones de dichas células pueden simular tumores de estirpe mesenquimatosas y epitelial; característicamente se evidencia pigmento melánico café-marrón no refringente, lo cual conlleva al diagnóstico de melanoma, sin embargo en muchos casos el pigmento no está presente en la biopsia incisional, lo cual conlleva frecuentemente a errores diagnósticos, por lo cual para ser más específicos y llegar a un diagnóstico certero se puede apelar a la utilización de marcadores de Inmunohistoquímica como HMB-45 y proteína S-100.

La extensión ganglionar regional está presente hasta en el 60% de los casos al momento del diagnóstico y hasta un 30% tiene metástasis a distancia ^{14,15}.

El melanoma anorrectal quedó excluido del sis-

tema de estadificación de la AJCC (American Joint Committee on Cancer) para los cánceres anales. Retrospectivamente y obteniendo datos de clasificaciones anteriores tenemos una muy simple dividida en estadios I, II y III según la enfermedad esté solo localizada, o haya afectación ganglionar o metástasis a distancia, respectivamente¹⁶. Para la estadificación del melanoma rectal es muy importante la resonancia magnética o la tomografía computarizada en su defecto, estudios que demuestran el grado de invasión, tanto en profundidad como a estructuras vecinas, además, del compromiso ganglionar.

El melanoma rectal posee un comportamiento sumamente agresivo, el cual le da un mal pronóstico, alrededor de un 60% de los pacientes tiene metástasis al momento del diagnóstico siendo los pulmones los que se comprometen con mayor frecuencia. Este paciente no presenta compromiso de ganglios linfáticos ni metástasis a distancia en el momento de la extirpación.

Aun no existe un acuerdo claro a la hora de llevar un manejo quirúrgico apropiado para este tipo de pacientes ⁵. La resección local presenta mayores beneficios inmediatos para el paciente, como ser: recuperación temprana, mínimo impacto en la función del intestino y la posibilidad de no llevar una estoma definitiva. Por su parte la amputación abdominoperineal ofrece un mayor control de la enfermedad a nivel local pudiendo darle una mayor calidad de vida al paciente. Debemos recalcar que ninguna de estas dos técnicas produce la curación definitiva de esta patología, si bien la amputación ha dado menores recidivas frente a la resección local (29% frente a 58%) ⁶; sin embargo la supervivencia de los pacientes depende del estadio en el momento del diagnóstico. En nuestro caso expuesto el paciente fue sometido a amputación abdominoperineal, siendo su pronóstico bueno hasta la derivación al servicio de oncología.

REFERENCIAS

1. Martínez M. Villanueva E. Chávez L. **Melanoma Maligno Anal. Reporte de casos y revisión de la literatura.** *Rev Gastroenterol Mex.* 2009;74:39-44 - Vol. 74 Núm.01
2. Torres F. Fernández P. Torres F. **Melanoma de Ano-recto. Una patología infrecuente.** *Rev Esp Patol* 2009; 42 (1): 78-81
3. Day D, Jass J, Price A, et al. **Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology.** 4ª edición. Massachusetts. USA: editorial Blackwell. 2003; p.692.
4. Homsí J, Garrett C. **Melanoma of the anal canal: A case series.** *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1004-1010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468984>
5. Van Schaik, P. M., et al. **Melanoma of the rectum: A rare entity.** *World journal of gastroenterology: WJG* 14.10 (2008): 1633. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5521205_Melanoma_of_the_rectum_A_rare_entity
6. Ross M. Pezzi C. Pezzi T. Meurer D. Hickey R. Balch C. Patterns of failure in anorectal melanoma. A guide to surgical therapy. *Arch Surg* 1990; 125:313-6 Disponible en: <http://www.jcancer.org/v03p0449.htm>
7. Cagır B, Whiteford MH, Topham A, Rakinic J, Fry FD. **Changing epidemiology of anorectal melanoma.** *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1203-8.

-
8. Helmke BM, Deichmann M, Otto HF, **anorectal melanomas do not harbour the Kaposi Sarcoma-associated herpes virus type 8 DNA**, J Med virol, 2001, 64(1):47-50.
 9. Ofer Ben I, Rivka L, Weill S y Colab. **Anorectal Malignan Melanoma.Cáncer**. 1997 – 79:18-24.
 10. Tribault,Sagars, Nivatvongs, Etal. **Anorectal Melanoma Incurable Desease**. This Colon Rectum 1997. 40:661-8.
 11. 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.
 12. Chang A E, Karnell L H, Menk H R. The National Cancer Data Base Report on Cutaneous and Moncutaneous: a summary of 84.836 cases from the post decade. Cancer1998 ; 83: 1664-78
 13. 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 Went Oncology Group Trial. Cancer. 2001; 91:1148-55.
 14. Iddings DM, Fleisig AJ, Chen SL, et al. **Practice patterns and outcomes for anorectal melanoma in the USA, reviewing three decades of treatment: is more extensive surgical resection beneficial in all patients?** . Ann Surg Oncol 2010; 17:40-44.
 15. Pessaux P, Pocard M, Elias D, et al. **Surgical management of primary anorectal melanoma**. Br J Surg 2004; 91:1183-1187.
 16. Roumen RM. **Anorectal melanoma in The Netherlands: a report of 63 patients**. Eur J Surg Oncol 1996; 22:598-601.