

Melanoma anorrectal primario: Una causa infrecuente de rectorragia en el adulto mayor

Sergio de la Barra B.⁽¹⁾, Javier Zelada B.⁽²⁾, Roberto Nazal S.⁽¹⁾, Marisol Guerrero G.⁽³⁾, Ximena Meza G.⁽⁴⁾, Sebastián Oyarzún S.⁽⁴⁾, Vanessa Vásquez S.⁽⁴⁾ y Jorge Moreno C.⁽⁴⁾

PRIMARY ANORECTAL MELANOMA: AN UNCOMMON SOURCE OF RECTAL BLEEDING IN THE ELDERLY

Primary anorectal melanoma is a very rare malignant tumor, with poor prognosis. A 66 years old man presenting with rectal bleeding is reported. The diagnosis of anorectal melanoma was confirmed by colonoscopy and histological findings. An abdominoperineal resection was performed. A review of the literature is presented.

Key words: *Melanoma rectal bleeding.*

Introducción

El melanoma maligno se ha descrito como un tumor que frecuentemente da metástasis hematógenas al tracto digestivo, sin embargo, el melanoma también puede ser un tumor primario en este último¹.

Los melanomas según su sitio de aparición pueden ser cutáneos (91,2%), oculares (5,3%) y mucosos (1,3%), estando entre estos últimos el melanoma anorrectal, que corresponde al 0,5% de los cánceres colorectales y anales^{1,2}, siendo, sin embargo, la localización más frecuente de melanoma primario en el tubo digestivo^{3,4}.

Se presenta un caso clínico de melanoma anorrectal que fue diagnosticado y estudiado por los autores y revisión de la literatura.

Observación clínica

Paciente de 66 años sexo masculino, consulta en junio 2008 por dos episodios de

rectorragia abundante y cuatro de rectorragia escasa en los últimos seis meses, sin otros síntomas digestivos, ni sistémicos asociados.

Al examen físico se evidencia un buen estado general, endomorfo, al examen abdominal no se observan hallazgos patológicos.

Al tacto rectal se palpa, a 3 cm del margen anal, por cara posterior, una lesión elevada blanda, superficie irregular, de 3 cm.

Se realiza colonoscopia, con ileoscopia en la que se encuentra, en sigmoides a 30 cm del margen anal un pólipo colónico, de 3 mm, que se extrae en forma completa con pinza y cuya histología confirmó un adenoma tubular con displasia leve y en el recto en retrovisión y a 2 cm, vecina al canal anal se observa la presencia de una lesión moreliforme de aproximadamente 35 mm de diámetro mayor, con pedículo ancho y superficie irregular grisácea (Figura 1).

Por las características endoscópicas de malignidad, se evita realizar polipectomía y se toman seis biopsias de la lesión. El informe

⁽¹⁾ Unidad de Gastroenterología Integramédica - Hospital San José.

⁽²⁾ Becado Medicina Interna USACH Hospital San José.

⁽³⁾ Servicio Anatomía Patológica Hospital San José.

⁽⁴⁾ Internos carrera Medicina USACH Hospital San José.

anatomopatológico evidenció mucosa de tipo rectal infiltrada difusamente por células de citoplasma anfófilo y núcleos irregulares de tamaño variable, nucléolo prominente y mitosis atípicas (Figura 2) con melanina (+) (Figura 3). Se realiza estudio inmunohistoquímico con HMB 45 (+) y Melan A (++) (Figura 4). El diagnóstico fue melanoma maligno invasor ulcerado de recto.

Se complementó estudio con TAC de abdomen y pelvis que descartó compromiso locoregional y a distancia. No se realizó endos-

nografía. El paciente se intervino quirúrgicamente un mes después, efectuándose una resección abdomino-perineal.

El informe anatomopatológico demostró en el examen macroscópico una lesión exofítica, pigmentada de 4,4 x 4 centímetros de área, localizada en la línea pectínea, con infiltración hasta la muscular propia. El examen histológico evidenció un melanoma maligno de tipo nodular desarrollado en epitelio cloacal de transición, acompañado en su periferia de melanoma maligno *in situ* de tipo Pagetoide, que se extendía hasta la piel perianal por una distancia de 2,5 cm. En un linfonodo del tejido adiposo perirrectal se evidenció metástasis y se confirmó con inmunohistoquímica (S-1 00).



Figura 1. Visión endoscópica en retrovisión de lesión de aspecto neoplásico en recto.

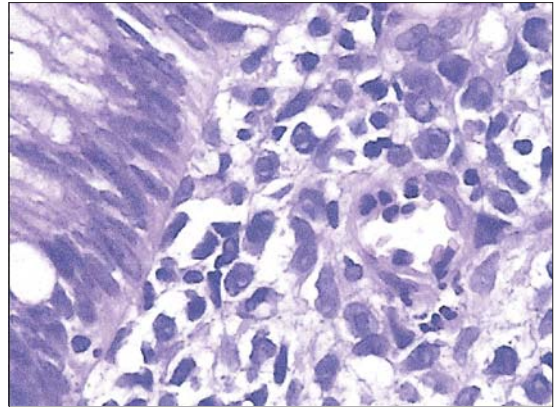


Figura 2. Biopsia de lesión rectal. Presencia de células neoplásicas en la lámina propia.

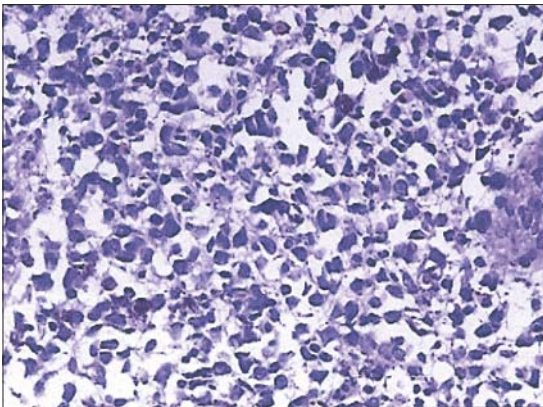


Figura 3. Biopsia de lesión rectal: presencia de melanina en células neoplásicas.

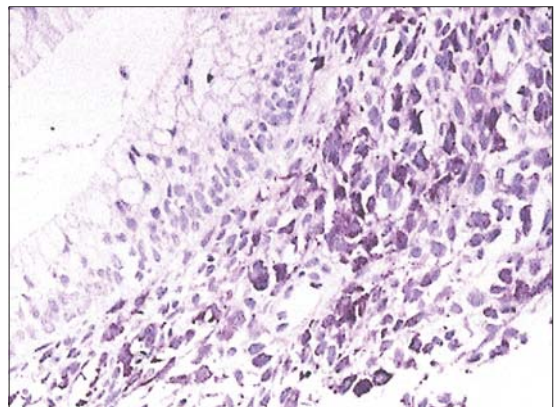


Figura 4. Biopsia de lesión rectal: Tinción con inmunohistoquímica con Melan A en células neoplásicas.

El paciente se recuperó adecuadamente y actualmente se halla realizando sus actividades laborales normales.

Discusión

El melanoma anorrectal es una forma rara de presentación de los melanomas. En mucosa normal del tubo digestivo bajo se ha encontrado presencia de melanocitos, pudiendo generarse de ellos estos tumores. A diferencia de los melanomas de la piel, la exposición solar no tendría injerencia en la génesis de estos últimos³.

Es más común en mujeres caucásicas, entre la sexta y octava década de la vida^{4,5} siendo la rectorragia el síntoma más común de presentación, el que estuvo presente en nuestro caso^{6,7}. Otros síntomas son masa anal, cambio en el hábito intestinal, prurito, tenesmo y pérdida de peso⁵.

El diagnóstico suele ser tardío y se realiza habitualmente 5 a 6 meses después del inicio de los síntomas, los que aparecen cuando el tumor es de gran tamaño y profundidad³, existiendo metástasis en un 70% de los casos al momento del diagnóstico las que son hematógenas y linfáticas⁸. Estas suelen localizarse en la pelvis, recto, hígado, vagina, pulmón, hueso, piel, cerebro, mama. Hay casos descritos de metástasis a la coroides⁵.

El pronóstico es pobre, con una sobrevida a los 5 años del 10%⁵.

El diagnóstico se basa en los hallazgos endoscópicos e histopatológicos, ya sea con rectoscopia o colonoscopia y toma de biopsias¹. Como mencionamos, dado lo inhabitual del diagnóstico de melanoma primario, es necesario descartar primero una implantación metastásica, tanto de origen ocular como de la piel^{1,10} que en nuestro paciente se descartó.

Es importante el estudio inmunohistoquímico, que es sensible pero no específico, mediante anticuerpos monoclonales para proteína S-100, antígeno HMB-45 y vimentina que no dependen de la presencia de melanina, siendo muy útiles en los casos de melanomas amelanicos^{1,2,8} que corresponden a un 30% de los melanomas⁹.

Una vez confirmado el diagnóstico debe ha-

cerse búsqueda de extensión metastásica con Radiografía de Tórax, TAC o RNM de abdomen y otros según sospecha^{2,7,8}.

Dado su baja incidencia, el tratamiento es aún causa de controversia, por lo cual éste debe decidirse de forma individual caso a caso, siendo el manejo quirúrgico el pilar del tratamiento; el que va desde resección abdominoperineal con o sin linfaneotomía hasta la resección local con márgenes amplios^{2,4,7}. Sin embargo, en la literatura no se han encontrado diferencias significativas en los resultados de sobrevida a largo plazo entre ambas modalidades^{3,4}, la que estaría dada por el tamaño y grosor del tumor y el compromiso sistémico de la enfermedad al momento del diagnóstico en la mayoría de los casos^{2,3}, habiéndose descrito sólo mayor recurrencia local en quienes fueron tratados con resección local, por lo que estos pacientes requerirían una vigilancia continua⁴. Se ha descrito que el tumor más localizado es mejor controlado con la resección abdominoperineal^{3,4}.

No se han demostrado resultados satisfactorios ni con quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia, ni como terapia coadyudante o paliativa^{3,4}. Ensayos terapéuticos con cisplatino y altas dosis de interferón no han mostrado resultados beneficiosos².

Como conclusión, presentamos este caso de melanoma anorrectal, que aunque es una enfermedad muy infrecuente, debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de la patología anorrectal, ya que por su alta agresividad y diagnóstico habitualmente tardío, conllevan a un mal pronóstico y sobrevida de los pacientes.

Resumen

El melanoma anorrectal primario es un tumor maligno muy infrecuente y con un pobre pronóstico. Se presenta un paciente de 66 años con rectorragia, en el cual el diagnóstico de melanoma anorrectal se efectuó por colonoscopia e histología. Se trató mediante una resección abdominoperineal. Se efectúa revisión de la literatura.

Palabras clave: Melanoma anorrectal, rectorragia.

Bibliografias

- 1.- Kyoung Wom Kim, Hyum Kwon Ha. Primary Malignant Melanoma of the Rectum: CT Findings in Eight Patients. *Radiology* 2004; 232: 181-186.
- 2.- Tomicic J, Harold J. Mucosal melanomas. *Surg Clin N Am* 2003; 83: 237-252.
- 3.- Heyn J, Placzek M. Malignant melanoma of the anal region, *Clin Exp Dermatol* 2007; 32: 603-607.
- 4.- David A W, Perakath B. Management of anorectal melanomas: A 10-year review. *Trop gastroenterol* 2007; 28: 76-78.
- 5.- Haddow J, Muthapati D, Arshad I. Multiple bilateral choroidal metastasis from anal melanoma *Int J Clin Oncol* 2007; 12: 303-304.
- 6.- Takahashi T, Velasco L. Anorectal Melanoma: Report of three cases with extended follow-up. *South Med J* 2004; 97: 311-313.
- 7.- Van Schaik P M, Ernst M F. Melanoma of the rectum: A rare entity. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 1633-1635.
- 8.- Weyandt G H, Eggert A O, Houf M, Raulf F, Brocker E B, Becker J C. Anorectal melanoma: surgical management guidelines according to tumour thickness. *Brit J Cancer* 2003; 89: 2019-2022.
- 9.- Hillenbrand A, Barth T, Henne-Bruns D, Formentini A. Anorectal amelanotic melanoma. *Colorectal Dis* 2007; 10: 612-615.

Correspondencia a:
Dr. Sergio de La Barra B.
E-mail: Sdelabar@manquehue.net