

MELANOMA RECTAL PRIMARIO. REPORTE DE UN CASO

Primary rectal melanoma. Case report

D. Morales-Caramutti¹, H. Limaylla-Vega², F. Arévalo-Suárez³

RESUMEN

El melanoma rectal es una infrecuente patología y tiene un muy pobre pronóstico. El siguiente es un caso reportado del Hospital Nacional Dos de Mayo. Una mujer de 37 años se presentó con una historia de rectorragia y masa de 3 meses. El diagnóstico fue confirmado por la expresión de S 100 y HMB45. La resección abdominoperineal fue el tratamiento de elección.

Palabras clave: Melanoma; Melanoma rectal

Dermatol Peru. 2005;15(3):254-256

ABSTRACT

Anorectal malignant melanoma is a rare disease and has a poor prognosis. The following is one reported case from National Dos de Mayo Hospital. A 37 year-old female patient presented with mass and rectal bleeding for 3 months. The diagnosis was confirmed by expression of S 100 protein and HMB45. Abdominoperineal resection was the treatment of choice.

Keywords: Malignant melanoma. Rectal melanoma

INTRODUCCIÓN

El primer caso reportado de melanoma rectal fue hecho por Moore, en 1857⁽¹⁾. El melanoma rectal es un tumor maligno raro, conocido por su pronóstico y sobrevida pobres. A diferencia del melanoma cutáneo, el melanoma rectal no ocurre en áreas expuestas a la radiación ultravioleta, por lo que su origen permanece todavía desconocido y controversial. Esperamos que este reporte incremente el conocimiento sobre esta patología, que generalmente tiene un pronóstico muy pobre.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, consulta por rectorragia, tumoración en región anal, constipación, dolor en región lumbosacra de tres meses de evolución y sin historia de enfermedad crónica.

En el examen físico, efectuado a su ingreso (25 de agosto de 2005), se encontró al tacto rectal una tumoración aumentada de consistencia, bordes irregulares, doloroso a la palpación, de 4 x 3 cm, localizada aproximadamente a 0,5 cm del margen anal, móvil y lateralizada hacia el lado derecho. Se constató una masa en región inguinal derecha. Resto del examen físico sin alteración, no se evidenciaron lesiones dérmicas.

Exámenes auxiliares practicados: Proctoscopia: papila grande, hipertrófica, posterior a ésta se aprecia tejido proliferativo a 3 cm del canal anal por encima de la línea pectínea, que sangró al tomar la biopsia. TAC abdominal (01/09/05): hepatomegalia leve, adenopatía periaórtica abdominal, compatible con proceso neofornativo a nivel del recto sigmoides.

Informe operatorio (05/09/05): Se efectuó laparotomía exploratoria con resección abdominoperineal; se resecó una lesión de 8 x 6 cm en región anal adherida a una segunda tumoración de 4 x 5 cm y se encontró múltiples ganglios aumentados de tamaño, aparentemente metastásicos en cadena mesentérica inferior, hígado y otras regiones intraabdominales.

1. Médico asistente Servicio Anatomía Patológica Hospital Nacional Dos de Mayo.
2. Médico asistente Servicio Cirugía General Hospital Nacional Dos de Mayo.
3. Médico residente Servicio Anatomía Patológica Hospital Nacional Dos de Mayo.

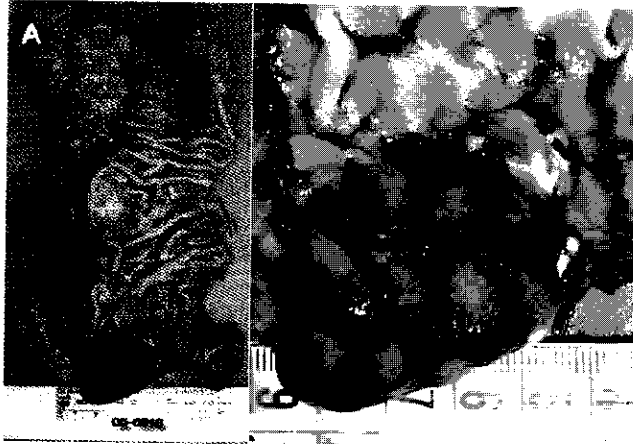


Figura 1. Las fotografías de la izquierda muestra el tumor como una lesión exofítica, muy cerca de la línea pectínea oscura de aproximadamente 4 x 3 cm. La fotografía de la derecha muestra con mayor detalle al tumor.

Informe anatomopatológica

Macroscopía: Se recibe el producto de resección abdominoperineal de 30 x 7 cm, incluye recto, conducto anal y piel perianal, mucosa levemente edematosa, pliegues conservados, a 0.8 cm de la línea pectínea se identifica tumoración exofítica (4 x 3 cm), dependiente de mucosa, a 0,6 cm de este tumor se identifica otra tumoración más pequeña mamelonada (3 x 1 cm) (Figura 1), la superficie de corte de ambas tumoraciones es blanquecina con superficie negruzca y con un tallo fibrovascular. Se identifica tres ganglios linfáticos peritumorales, cuatro ganglios en el conducto anal y ocho ganglios en la serosa perirrectal.

Microscopía: El tumor se encuentra principalmente constituido por células neoplásicas redondas de escaso citoplasma eosinófilo, núcleo vesiculoso y nucléolo prominente, las cuales infiltran la pared del recto hasta la submucosa; se aprecia anisocariosis y macrocariosis, cinco de once ganglios regionales se encontraron comprometidos por el tumor. La inmunohistoquímica reveló positividad para HMB 45 (Figura 2).

DISCUSIÓN

El melanoma anorrectal es una patología infrecuente, representa del 2 al 15% de los tumores anorrectales^(2,3) y menos del 1% de los melanomas⁽⁴⁾. Se cree que se origina de los melanocitos del tejido poliestratificado plano anal, generalmente crece cerca de la línea pectínea y tiende a extenderse hacia la ampolla rectal⁽⁵⁾. La etiología permanece oscura, aparentemente no estaría asociada a la exposición a rayos UV-B, como si lo está el melanoma cutáneo. Un reciente trabajo ha señalado la posible relación

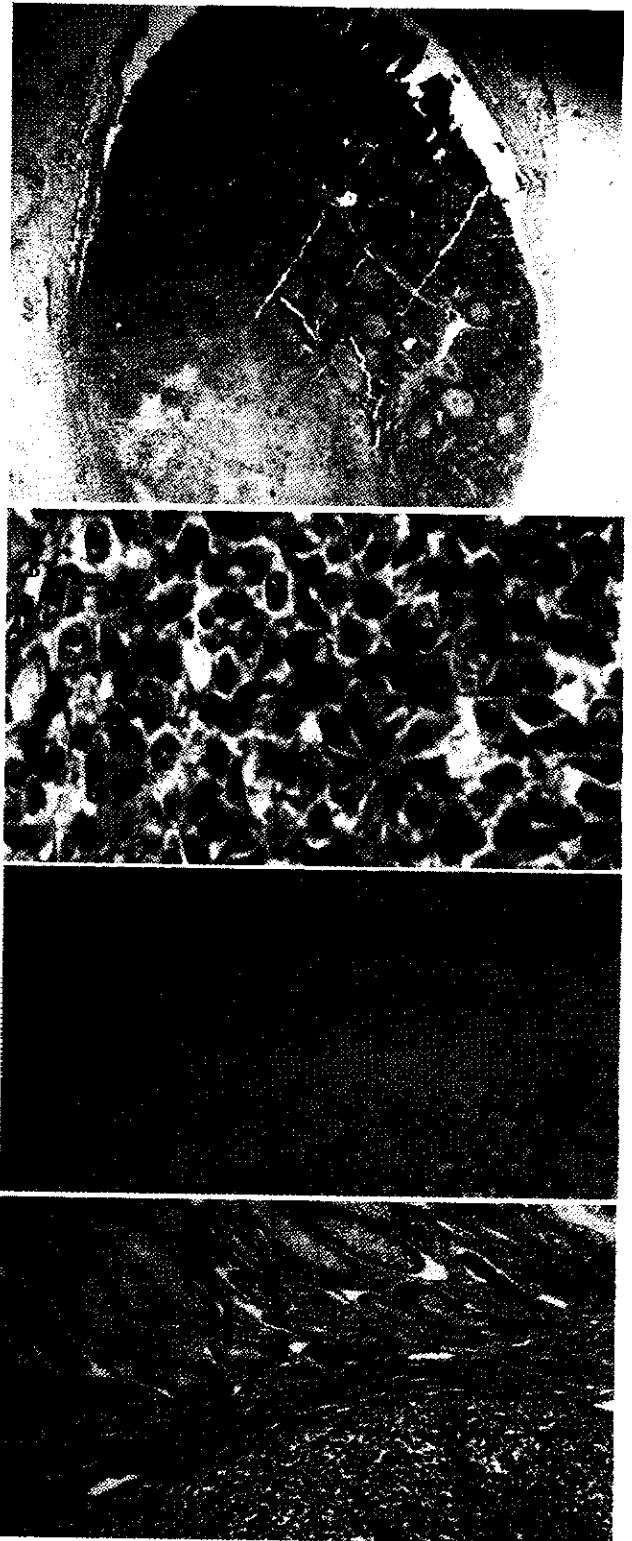


Figura 2. A: Ganglio linfático infiltrado por las células neoplásicas. HE 40X. B: Se observa células neoplásicas del melanoma, con núcleos pleomórficos y nucléolo prominente 200X. C: La inmunohistoquímica mostró positividad (color pardo) para HMB 45; obsérvese las células neoplásicas proliferando debajo de la mucosa rectal. D: Se observa las células de melanoma en la submucosa. HE 100X.



entre la aparición de este tumor y pacientes varones jóvenes infectados con VIH, pero se necesitan trabajos de mayor rigor estadístico que respalden dicha relación⁽⁶⁾.

La mayoría de casos se reporta en mujeres, el pico de incidencia se encuentra entre la sexta y séptima década⁽⁷⁾. El síntoma más frecuente es sangrado rectal; otros, dolor, diarrea y tenesmo^(8,9). El examen físico frecuentemente revela masa rectal, la que a veces puede ser confundida con una hemorroides trombosadas⁽¹⁰⁾.

La tomografía tomada a la paciente detectó el proceso neoplasia a nivel de recto sigmoide y coincide con un estudio de casos de melanoma rectal primario, en el cual la tomografía detectó procesos neoplásicos tipo fúngico en 7 de los 8 casos descritos⁽¹¹⁾, lo que nos habla de la sensibilidad de este examen. Los hallazgos macroscópicos frecuentemente revelan una masa polipode. En una revisión de 85 casos, el tamaño promedio del tumor fue de 3,3 cm, similar al tamaño del tumor del presente caso⁽¹²⁾. Como los melanomas cutáneos, los rectales muestran una gran variabilidad en el tamaño y en la forma celular, por eso la inmunohistoquímica es de mucha utilidad, y se usa los marcadores HMB 45 y S100. El HMB 45 reconoce una glicoproteína presente en los premelanomas, este anticuerpo se expresa en los melanomas primarios en casi el 98% de los casos y en un 50% de los melanomas metastásicos⁽¹³⁾. Aproximadamente 20% de los melanomas rectales es amelanótico⁽¹⁴⁾.

Los melanomas rectales tienen un pobre pronóstico, alrededor del 60% tiene evidencias de metástasis al momento del diagnóstico, probablemente por demora en el diagnóstico y por la rica vascularización que posee la región anorrectal; siendo el pulmón el sitio más frecuentemente comprometido por las metástasis⁽¹²⁾. Nuestra paciente presentó compromiso de un ganglio linfático inguinal en el momento de la extirpación. En un estudio realizado en la India⁽⁹⁾ sobre melanoma anorrectal, se describió compromiso linfático inguinal en 2 de 6 pacientes.

El melanoma rectal tiene un comportamiento sumamente agresivo cuando se diagnostica en estadios avanzados; los tratamientos estándares aún no han logrado mejoras en los resultados finales⁽¹⁵⁾. El tratamiento ideal aún es controvertido, los procedimientos quirúrgicos varían desde una resección abdominoperineal total, con o sin exéresis de los gan-

glios linfáticos inguinales, a una resección local amplia más conservadora. Algunos autores como Cooper apoyan la resección abdominoperineal porque logra un control local más efectivo y permite extirpar ganglios linfáticos tan pequeños que pueden pasar clínicamente inadvertidos⁽²⁾, otros autores como Ward aconsejan la resección local amplia con un margen de 2 cm y resección de ganglios linfáticos inguinales, porque la supervivencia no es mayor en los pacientes que son sometidos a resección abdominoperineal y permite mantener la continencia⁽¹⁶⁾. La paciente fue sometida a resección abdominoperineal, siendo su pronóstico reservado hasta la fecha de redacción de este reporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moore W. Recurrent melanoma of the rectum after previous removal from the verge of the anus in a man aged sixty-five. *Lancet*. 1857;1:290.
2. Cooper PH, Mills SE, Allen MS Jr. Malignant melanoma of the anus: report of 12 patients and analysis of 255 additional cases. *Dis Colon Rectum*. 1982;25:693-703.
3. Tribault M, Sagars E, Nivatvongs R, et al. Anorectal melanoma incurable disease. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:661-8.
4. Tomicic J, Wanebo HJ. Mucosal melanomas. *Surg Clin North Am*. 2003; 83:237-52.
5. Bhattacharjee PK, Ray D, Ray M, Mitra J, Sadhu S. Anorectal amelanotic malignant melanoma. *Indian J Surg*. 2003;65:370-2.
6. Cagir B, Whiteford MH, Topham A. Changing epidemiology of anorectal melanoma. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1203-8.
7. Brady MS, Jeffery PK, Stuar HQ. Anorectal melanoma. Experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:146-51.
8. Malaguamera M, Pistone G, Succi L, Pontillo T, Laurino A, Russello D. Malignant melanoma of the ano-rectal region: case report and review of the literature. *Bulletin du Cancer*. 1997;84:423-6.
9. Khanna AK, Kumar P, Shukla P. Melanoma anorectal. *Ind J Coloproctol*. 1999;14:17-8.
10. Felz MW, Winburn GB, Kallab AM. Anorectal melanoma: an aggressive malignancy masquerading as hemorrhoids. *South Med J*. 2001;94:880-5.
11. Kyoung WK, Hyun KH, Ah YK, Tae KK, Jung-Sun K, Chang SY, Sung Won P, et al. Primary Malignant Melanoma of the Rectum: CT Findings in Eight Patients. *Radiology*. 2004;232:181-6.
12. Julintorn S, Samornmas K, Suchat P, Ongart L. Anorectal malignant melanoma: Report of two cases from Buddhachinnaraj Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2005;88:1128-33.
13. Wick MR, Swanson PE, Rocamora A. Recognition of malignant melanoma by monoclonal antibody HMB-45: an immunohistochemical study of 200 paraffin embedded cutaneous tumours. *J Cut Pathol*. 1988;15:201.
14. Morson BC, Volkstadt IT. Malignant melanoma of the anal canal. *J Clin Pathol*. 1963;16:126.
15. Unger JM, Flaherty LE, Liu PY, Albain KS, Sondak VK. Gender and other survival predictors in patients with metastatic melanoma on South West Oncology Group Trial. *Cancer*. 2001;91:1148-55.
16. Ward MVN, Romano G, Nicholls RJ. The surgical treatment of anorectal malignant melanoma. *Br J Surg*. 1986;73:68-9.

FE DE ERRATAS

En el artículo "Leishmaniasis cutánea: Presentación en placa verrucosa" publicado en el Vol.5 (1): 60-63, en lo referente a los autores

Dice: Robert Zegarra-Del Carpio, Leonardo Sánchez-Saldaña

Debe decir: Robert Zegarra-Del Carpio, Leonardo Sánchez-Saldaña, Eliana Sáenz-Anduaga