

# PRESENTACIÓN DE CASOS

## Melanoma anorrectal: resección local amplia *versus* resección abominoperineal

*Luis Jorge Lombana\**  
*Víctor Maciel\* \**  
*Manuel Centeno\*\**  
*Alex Valencia\* \*\**

### INTRODUCCIÓN

La región anorrectal es el sitio más común de desarrollo de melanomas malignos en el tracto gastrointestinal; a pesar de ser una condición extremadamente rara, corresponden a 0,2% de todos los melanomas y a 0,5% de los tumores anorrectales. Este tumor, presumiblemente, proviene de los melanocitos presentes en la mucosa escamosa del canal anal.

### REPORTE DE CASOS

Se revisó la experiencia adquirida en el Servicio de Colon y Recto del Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, México, de 2000 a 2003; se presentaron 5 casos con esta patología.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Cuatro pacientes eran de sexo masculino y uno de sexo femenino, con edades que oscilaban entre los 59 y los 77 años. Los síntomas cardinales que se encontraron en los 5 pacientes fue la presencia de sangrado anal y la sensación de masa perianal (tabla 1).

**Tabla 1**

Caso, edad (años)	Sangrado	Dolor	Masa	Invasión extrarrectal	Metástasis
1 59	X		X		
2 64	X	X	X		
3 77	X		X		
4 76	X	X	X	X	
5 62	X	X	pólipo		

En el examen físico, en cuatro pacientes se evidenció una masa exofítica pigmentada y en uno de los pacientes como una lesión polipoide en el canal anal.

\* Coordinador, Clínica de Colon y Recto, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.

\*\* Servicio de Colon y Recto, Universidad de Guadalajara, Hospital Civil, Guadalajara, Jalisco, México.

\*\*\* Residente de Cirugía General, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.

A todos los pacientes se les había manejado inicialmente como si tuvieran enfermedad hemorroidal en diferentes valoraciones médicas y diferentes centros, sin mejoría clínica y con progresión de su enfermedad, a juzgar por el incremento de la sensación de masa perianal y la presencia de rectorragia como signo principal de su enfermedad.

A cuatro de los pacientes se les practicó biopsia de la lesión y al quinto paciente, resección local del pólipo que, posteriormente, confirmó la patología como melanoma. Se les practicó radiografía de tórax y tomografía computarizada abdomino-pélvica para determinar la extensión del melanoma.

A los cuatro pacientes se les practicó resección local amplia de las lesiones. Al quinto paciente tan solo resección parcial de la masa.

## RESULTADOS

Todos los pacientes se habían manejado empíricamente en otras instituciones como si presentaran enfermedad hemorroidal, sin que se hubiera obtenido ninguna mejoría de su sintomatología.

En el examen físico se evidenció que 4 de los 5 pacientes ingresaron con lesiones extensas que dificultaban su manejo quirúrgico, y el quinto paciente con presencia de un pólipo en el canal anal.

Los primeros 4 pacientes fallecieron entre 4 y 6 meses después de la cirugía; el quinto paciente falleció a los 9 meses de la resección quirúrgica.

## CONCLUSIÓN

Dado que el melanoma perianal es una enfermedad agresiva con presencia de compromiso local amplio y con alto porcentaje de metástasis en el momento de su diagnóstico, se ha demostrado que el manejo quirúrgico con resección local amplia de la lesión es un buen método de control paliativo de la enfermedad, si se compara con la práctica de la resección abdominoperineal la cual no ha demostrado una tasa de supervivencia mayor en estos pacientes.

## DISCUSIÓN

Los melanomas anorrectales son una enfermedad del tracto gastrointestinal con muy baja incidencia, un comportamiento agresivo en el momento de su diagnóstico y supervivencia limitada a corto plazo.

Su presentación se encuentra con mayor frecuencia en mujeres, con una edad de aparición mayor en la sexta década de vida [1, 2].

Los síntomas de estas lesiones son, en su gran mayoría, sangrado rectal como su principal presentación, acompañado de dolor perianal y alteraciones en el hábito intestinal; algunos pacientes refieren prurito anal asociado, tenesmo y pérdida de peso [1-3].

Muchos pacientes refieren sensación de masa que se interpreta como presencia de hemorroides por parte del paciente y, en muchos casos, por el médico tratante; aproximadamente, 1 de 10 melanomas se descubren al estudiar la patología, luego de practicar hemorroidectomía [1, 2].

En el examen físico se pueden encontrar pequeñas zonas pigmentadas, con úlceras profundas o presencia de una masa polipoide o exofítica. La presencia de pigmentación es frecuente, aunque el 29%, de estas lesiones son amelanocíticas en el estudio histológico. Como indicador de mal pronóstico se encuentran las lesiones mayores de 1 cm, en el momento de su diagnóstico [1-3].

La diseminación del melanoma anorrectal, inicialmente, es hacia el plano submucoso, y en los estadios avanzados puede afectar la vagina, la próstata y el sacro con presencia de adenopatías hasta en 20% de los pacientes, y adenopatías en el mesenterio superior hasta en 65% cuando son llevados para cirugía radical, y diseminación hematogena del 29% en el momento de su diagnóstico y metástasis a hígado, pulmón o hueso en 67% de los casos [4, 5].

Durante mucho tiempo se practicaron resecciones abdominoperineales como el tratamiento para los melanomas anorrectales, dada la presencia de enfermedad avanzada en el momento de su diagnóstico, y con el fin de mejorar el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad [6, 7].

Sin embargo, durante su evolución se aprecia que, a pesar de la radicalidad del tratamiento, su supervivencia no ha cambiado de forma adecuada, con tasas muy bajas a corto plazo, y mejor pronóstico en mujeres con lesiones de espesor menor de 2 mm [8-10].

De esta forma, se han documentado iguales tasas de supervivencia y con un adecuado control de la enfermedad local con la práctica de resecciones locales amplias para el manejo de melanomas anorrectales, sin tener que llevar al paciente a procedimientos radicales que incrementan su morbilidad, puesto que las cirugías radicales no han demostrado una cura de la enfermedad por su diseminación avanzada en el momento de su diagnóstico [11-15].

## BIBLIOGRAFÍA

1. Whooley B.P., Astrow A.B., Toth I.R. *et al.* Long-term survival after locally aggressive anorectal melanoma. *Am Surg* 1998; 64: 245.
2. DeMatos P., Tyler D.S., Siegler H.F. Malignant melanoma of the mucous membranes: a review of 119 cases. *Ann Surg Oncol* 1998; 5: 733.
3. Ross M., Pezzi C., Pezzi T. *et al.* Patterns of failure in anorectal melanoma: a guide to surgical therapy. *Arch Surg* 1990; 125: 313.
4. Brady M.S., Kavolius J.P., Quan S.H.Q. Anorectal melanoma: a 64-year experience at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 146.
5. Weinstock M.A. Epidemiology and prognosis of anorectal melanoma. *Gastroenterology* 1993; 104: 174.
6. Brady M.S., Kavolius J.P., Quan S.H.Q. Anorectal melanoma: a 64-year experience at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 146.
7. Chiu Y.S., Unni K.K., Beart R.W. Malignant melanoma of the anorectum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 122.
8. Ross M., Pezzi C., Pezzi T. *et al.* Patterns of failure in anorectal melanoma: a guide to surgical therapy. *Arch Surg* 1990; 125: 313.
9. Brady M.S., Kavolius J.P., Quan S.H.Q. Anorectal melanoma: a 64-year experience at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 146.
10. Slingluff C.L., Vollmer R.T., Seigler H.F. Anorectal melanoma: clinical characteristics and results of surgical management in twenty four patients. *Surgery* 1990; 107: 1.
11. Ojima Y. Primary anorectal malignant melanoma: report of a case. *Surg Today* 1999; 29: 170-3.
12. Wu E. Primary non-cutaneous melanoma. *Clin Lab Med* 2000; 20: 731-44.
13. Batsakis J.G. Mucosal melanomas: a review. *Adv Anat Pathol* 2000; 7: 167-80.
14. Felz M.W. Anal melanoma: an aggressive malignancy masquerading as hemorrhoids. *South Med J* 2001; 94: 880-5.
15. Malik A., Hull T.L., Milsom J. Long-term survivor of anorectal melanoma: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1412-5.