

Melanoma del canal anal: a propósito de un caso

Melanoma of the anal canal: a propos of a case

Dr. Hanuaries Lázaro Sosa Estebanez^{1*}
Dr. Heriberto Fernández Espín¹
Dra. Lumey Hernández Niebla¹

¹ Hospital General Docente Mártires del 9 de Abril. Villa Clara, Cuba.

* Autor para la correspondencia: hanuariesse@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los melanomas mucosos son tumores poco frecuentes y de mal pronóstico. Presentan un comportamiento agresivo, y pueden tener varias localizaciones en el aparato digestivo. Este tipo de tumores es más frecuente en la región anorectal. Se presentó un caso de una paciente femenina de 59 años, con un cuadro de varios meses de evolución; caracterizado por ardor, prurito anal y sensación de masa que prolapsaba a través del ano. Se constató al examen físico masa tumoral aspecto polipoides. Se realizó polipectomía donde la biopsia arrojó como resultados el aspecto histológico de un melanoma mucoso de canal anal.

Palabras clave: melanoma mucoso del canal anal; ano; neoplasia; polipectomía.

ABSTRACT

Mucous melanomas are few frequent and have a bad prognosis. They present an aggressive behavior and might have several locations in the digestive system. This kind of tumors is more frequent at the anus-rectal region. The authors presented the case of a female patient, aged 59 years, with clinical conditions of several months of evolution, characterized by burning, anal pruritus and the sensation of a mass prolapsing through the anus. A tumor mass of polypoid aspect was found at physical examination. Polypectomy was carried out and the biopsy showed the histologic aspect of a mucous melanoma of the anal canal.

Key words: mucous melanoma of the anal canal; anus; neoplasia; polypectomy.

Recibido: 20/12/2017.

Aceptado: 28/02/2018.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del ano son neoplasias poco comunes del tracto digestivo. El cáncer anal representa el 4 % de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal inferior. Aproximadamente, el 80 % son de origen escamoso; el 10 %, adenocarcinoma, y el porcentaje restante se distribuye en otros tipos de tumores malignos, como el sarcoma, el linfoma y el melanoma.⁽¹⁾

Este último, que puede o no ser pigmentado, se encuentra en cualquier parte del cuerpo, pero su aparición más común es en la piel, seguida del ojo y el ano. Pese a que el ano es el tercer tipo de localización y la ubicación más común del melanoma primario gastrointestinal, su presentación es rara.⁽¹⁾

Es más frecuente en la mujer, en proporción de 2:1 y afecta preferentemente a personas maduras o ancianas.⁽²⁾

Es un tumor maligno, se desarrolla a partir de células melanocíticas derivadas de la cresta neural. El término "melanosis" deriva del griego "negro". Probablemente Hipócrates siglo V A.C, fuera el primero en llamar la atención sobre estos tumores, aunque sin la denominación actual.

Se atribuye a Laénec en 1812, la primera mención de los melanomas. En 1820, William Norris realiza la primera descripción en la literatura inglesa, en 1837 se introduce en EEUU, y la primera descripción de un melanoma mucoso se produce en 1869.⁽³⁾

Esta neoplasia maligna es producto de la transformación de los melanocitos, como resultado de la acumulación de múltiples mutaciones en su genoma, que lleva a que sufra alteración del ciclo celular y proliferación desmedida, evasión de la respuesta inmunitaria, invasión del tumor y metástasis.⁽⁴⁾

Mundialmente se estima 160 000 nuevos casos de melanomas al año. Los mucosos representan, en algunas series, el 1-7 %.⁽³⁾

De manera global se considera una neoplasia agresiva, pero su localización ano-rectal es infrecuente y representa menos del 1 % de los tumores malignos colorectales, generalmente se acompaña de un diagnóstico dificultoso.⁽⁵⁾

Su presentación anal es rara y agresiva sin síntomas clínicos específicos y con pobres resultados terapéuticos. Se diagnostica a menudo en una fase avanzada o metastásicos. La región del anorectal es el sitio más común para el desarrollo de melanoma primario dentro del tracto digestivo. La mayoría de las lesiones se observan a nivel de la línea dentada del canal anal y tienden a extenderse hasta la submucosa.⁽⁶⁾

Se presenta un caso de una paciente con una lesión tumoral a nivel del canal anal que resultó ser un melanoma.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta paciente femenina de 59 años de edad, atendida en el hospital "Mártires del 9 de Abril" en Sagua la Grande, Villa Clara.

Antecedentes personales de hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento con captopril e hidroclorotiazida. Se valoró en consulta especializada de Cirugía General en su área de salud, porque refería; desde hacía aproximadamente cinco meses, en horas matutinas, presentar un cuadro de ardor y prurito anal. En los últimos meses sentía una sensación de masa que durante la defecación impresionaba sensación de salida.

El examen físico como datos positivos se constató en el tacto rectal: esfínter anal hipotónico, con masa tumoral palpable entre 6-9 h a 2-3 cm de las márgenes del ano, de contornos irregulares y bien friable que impresionó características neoplásicas.

Complementarios indicados:

Hematocrito: 0.43 l/l.

Leucograma: $9.3 \times 10^9/L$.

P: 0.59

L: 0.40

E: 0.01

Eritrosedimentación: 44 mm/h.

Tiempo de sangramiento: 1 min.

Tiempo de coagulación: 9 min.
Coágulo: retráctil.
Conteo de plaquetas: 300x 109/L.

Se decidió realizar polipectomía de la lesión antes descritas, con la finalidad de realizar exéresis y biopsia de dicha lesión. Se comprobó la existencia de masa tumoral polipoidea de aproximadamente 3-4 cm de tamaño y contornos bien irregulares.

Informe de la biopsia:

No. de biopsia: 3465/2017.
Historia Clínica: 179363.

Se confirmó en la descripción macro: masa de tejido redondeada de color pardo amarillento, superficie irregular que midió 3,5 x 3 cm. Al corte en la superficie se observó pared de aspecto quístico de color amarillento con contenido hemorrágico. (Fig. 1).



Fig. 1. Vista macro de la pieza del melanoma nodular mucoso del canal anal.

Conclusión diagnóstica:

Melanoma nodular ulcerado del canal anal. Presencia de hemorragia focal. Ausencia de necrosis. No invasión vascular ni linfática. Invasión perineural presente. Moderada respuesta inflamatoria linfopasmocitaria peritumoral. Bajo conteo mitótico (menor de 10 en campos de mayor aumento). La muestra enviada está constituida en su totalidad por lesión polipoidea completamente tumoral. Talla tumoral 3,5 x 3 cm.

Se apreció presencia de células névicas atípicas con un patrón de crecimiento en nidos o nódulos que infiltran la pared del canal anal, por debajo de la submucosa. (Fig. 2, 3 y 4)

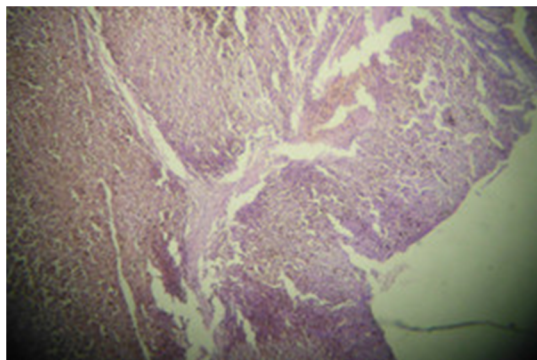


Fig. 2. Presencia de células névicas atípicas con un patrón de crecimiento en nidos o nódulos.

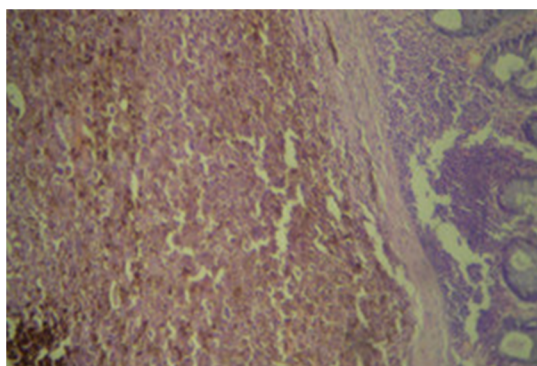


Fig. 3. Presencia de células névicas atípicas con un patrón de crecimiento en nidos o nódulos.

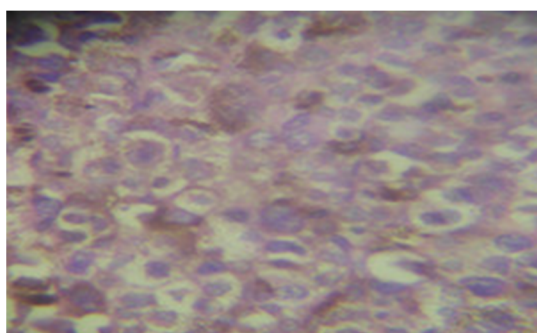


Fig. 4. Presencia de células névicas atípicas con un patrón de crecimiento en nidos o nódulos.

DISCUSIÓN

Los melanomas mucosos son tumores poco frecuentes y de mal pronóstico, con comportamiento más agresivo que los melanomas cutáneos. Constituyen el 1,3 % del total de melanomas.^(7,8)

Pueden localizarse en aparato respiratorio, gastrointestinal y urogenital. Las localizaciones más frecuentes: fosas nasales, cavidad oral, región perianal, vulva y vagina.

La incidencia mundial del melanoma ha sufrido un aumento vertiginoso en las últimas décadas, hasta el punto de ser el segundo cáncer que más rápidamente crece, antecedido por el cáncer de pulmón en mujeres. En España el aumento de la incidencia del melanoma es alarmante.⁽⁹⁾

La clínica suele ser muy variada, puede presentar dolor abdominal, sangrado, sensación de masa, cambios en el hábito evacuatorio y prurito anal. En ocasiones la lesión puede ser polipoide, protruyendo por el esfínter anal, ya sea en la defecación o con la maniobra de Valsalva, lo que produce molestias en el paciente y lo convierte en un motivo de consulta.

Algunos de estos síntomas están asociados también a otras patologías, como las hemorroides o los pólipos fibroepiteliales. Por ello, en la práctica se debe realizar una buena clínica con estudios complementarios específicos. El diagnóstico histopatológico es indispensable; para descartar el hecho de una posible metástasis de otra localización, por lo que es necesario realizar un examen de toda la superficie corporal para poder llegar a un diagnóstico temprano en pro de la vida del paciente.^(5,10)

El tumor normalmente afecta a las mujeres en su quinta o sexta década de vida, predomina en la raza blanca. Lo que coincidió con la paciente estudiada. Su presencia ha ido en ascenso en las últimas 2 décadas, lo que presume un verdadero aumento en incidencia o en una mejora en el diagnóstico.⁽¹¹⁾

La paciente estudiada no presentó sangrado rectal, síntoma descrito como el más frecuente y que contribuye muchas veces, a que las lesiones sean confundidas con enfermedad hemorroidal o trombosis hemorroidal externa. Lógicamente esto retarda el diagnóstico. Además, en el diagnóstico diferencial se consideran múltiples patologías anorrectales, como el carcinoma epidermoide anal, el carcinoma basocelular, la enfermedad de Bowen y la enfermedad de Paget, entre otros.⁽¹⁾

El diagnóstico es histológico con estudio de la pieza quirúrgica:⁽⁷⁾

- Macroscópicamente, el melanoma mucoso suele ser una tumoración sólida, pardo-negruzca (salvo formas amelanocíticas), sangrante al roce.
- Desde el punto de vista microscópico, es un tumor rico en melanina, formado por células de mediano a largo tamaño, polimórficas, con nucléolos eosinófilos y actividad mitótica importante. Presentan un patrón característico de agresividad y ulceración local y precoz invasión angiolinfática.⁽⁷⁾

No existe consenso para la clasificación del melanoma mucoso. No son aplicables los niveles de Clark ni el espesor tumoral de Breslow. Se utiliza la clasificación por etapas. I: tumor localizado. II: metástasis regionales y III: metástasis a distancia.⁽⁸⁾

El pronóstico y la supervivencia es malo relacionado con un diagnóstico tardío en la mayoría de los casos, por lo que se insiste en la necesidad de un diagnóstico precoz. Algunos factores que pueden empeorar este pronóstico son: el propio diagnóstico tardío, la ulceración, vascularización y la naturaleza agresiva de estos tumores.⁽¹²⁾

Respecto a la conducta y tratamiento, aunque el procedimiento recomendado es la cirugía, hay debates que consideran la resección local o la abdominoperineal. El diagnóstico temprano y la resección quirúrgica completa son importantes para la supervivencia de los pacientes.⁽¹²⁾

En la actualidad existen distintos estudios y tratamientos basados en inmunoterapia y el uso de anticuerpos monoclonales.^(9,12,13)

Se estudió una paciente con diagnóstico de un melanoma a nivel del canal anal, el más frecuente en el aparato digestivo pero muy inusual en este tipo de neoplasia. Se registra un aumento de la incidencia en las últimas décadas. Resulta importante que los especialistas tengan presente la existencia de esta entidad nosológica por su agresividad, por lo controversial del manejo terapéutico y por su pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez Garbín A, Córdova Pantoja C, Patiño Ascona S, et al. Melanoma anal amelanótico: Reporte de caso. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2013 [citado 14/11/2017];28(4):359-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3377/337731611011/>
2. Benítez González Y. Diagnóstico de la neoplasia intraepitelial anal, una prioridad para la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2015 [citado 17/11/2017];19(1):132-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100013&lng=es
3. González Aguilar O, Simkin D, Delgado Marín DE, et al. Melanomas no cutáneos de cabeza y cuello: Enfermedad de pronóstico sombrío. Rev Argent Cir [Internet]. 2013 [citado 17/11/2017];104(2). Disponible en: <https://docplayer.es/46862026-Melanomas-no-cutaneos-de-cabeza-y-cuello.html>
4. Alonso Soto J, Pérez González T, González Cansino J. Melanoma cutáneo con metástasis gástrica. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 [citado 03/11/2017];10(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1807>

5. Villarroel Salinas JC, Torrico Gonzales MM, Canchari Corrales BR, et al. Melanoma ano-rectal (rectal primario), Reporte de un caso. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2016 [citado 14/11/2017];19(2):55-9. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Veloso da Costa A, Magno Jaime CC, Silva Dias da Cunha JA. Anal melanoma: a rare, but catastrophic tumor. J Coloproctol [Internet]. 2014 [citado 14/11/2017];34(1):9-13. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-93632014000100009&script=sci_abstract
7. Sanmartín A, Benito JR, Añaguari BN, et al. Utilidad de imagen de banda estrecha en un caso de melanoma mucoso de septum nasal. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2017 [citado 14/04/2017];77(2):197-03. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162017000200013&lng=es&nrm=iso
8. Sarra L, Rodríguez JC, García Valea M, et al. Melanoma mucoso de tabique nasal. Rev Esp Cirug Oral y Maxilo fac [Internet]. 2013 [citado 17/11/2017];35(4):167-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582013000400005
9. Docio Gregorio G, Gutiérrez Martín A, Tieso Herreros A, et al. Melanoma gástrico sin origen primario conocido. Rev Cubana Cir [Internet]. 2014 [citado 17/11/2017];53(3):309-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000300011&lng=es
10. Durot C, Dohan A, Boudiaf M, et al. Cancer of the Anal Canal: Diagnosis, Staging and Follow-Up with MRI. Korean J Radiol. 2017;18(6):946-956. Citado en PubMed; PMID: 29089827.
11. Khan M, Bucher N, Elhassan A, et al. Primary Anorectal Melanoma. J Surg Case Rep. 2017;2017(3). Citado en Pubmed; PMID: 28458865.
12. Pirolla EH, Ribeiro FP, Pirola FJ, et al . Synchronous anal melanoma and colon adenocarcinoma: Case report and review of diagnosis and management . Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2016;29(4):293-95. Citado en Pubmed; PMID: 28076491.
13. Seo KI, Moon W, Kim SE, et al. Malignant Melanoma of the Anus Found during Routine Colonoscopy in Ulcerative Colitis. Korean J Gastroenterol. 2017;69(6):368-371. Citado en PubMed; PMID: 28637107.

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sosa Estebanez HL, Fernández Espín H, Hernández Niebla L. Melanoma del canal anal: a propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: fecha de acceso];41(3). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2567/4324>