

Cartas al Director

Avances en el manejo del melanoma maligno primario de recto

Palabras clave: Melanoma maligno primario. Recto. Melanoma anorrectal amelanocítico.

Key words: Primary malignant melanoma. Rectum. Amelanotic anorectal melanoma.

Sr. Director:

Los melanomas son neoplasias malignas que se originan fundamentalmente en los melanocitos cutáneos y con frecuencia dan metástasis sanguíneas en el tracto gastrointestinal.

Sin embargo también se conoce el melanoma primario de mucosas que aunque mucho menos prevalente, se presenta en las mucosas de los tractos genitourinario, respiratorio y gastrointestinal. El melanoma maligno primario de recto es excepcionalmente raro, con muy escasa presencia en la literatura. (1,2)

Existen múltiples estudios que atribuyen erróneamente el origen del melanoma de recto a la extensión de una lesión tumoral de los melanocitos del canal anal, cuya condición ha sido objeto de discusión durante muchos años, principalmente por la dificultad que a menudo existe para excluir enfermedad anal primaria, definición ambigua de la unión anorrectal y complejidad para demostrar melanocitos normales en la mucosa rectal. Sin embargo parece que aunque en muy pocos casos, el melanoma maligno primario puede surgir de los melanocitos entre el epitelio columnar del recto. (3)

Se presenta un caso clínico de un hombre intervenido de un melanoma primario de recto y se revisa la evolución en su manejo a lo largo de los últimos 20 años.

Paciente de 77 años sin antecedentes de interés que consulta por estreñimiento, tenesmo rectal y rectorragia ocasional de unos tres meses de evolución. En la exploración física se objetiva una masa rectal anterior en el tacto.

Pruebas complementarias: En la colonoscopia-biopsia (Fig. 1) se evidencia un carcinoma polipoide en la unión rectoanal compatible con tumor maligno indiferenciado que infiltra la mucosa rectal. Ante dichos hallazgos se realiza una Tomografía Axial Computarizada (TAC) tóraco-abdomino-pélvico con presencia de una lesión polipoidea dependiente del margen anterior rectal intraluminal (T2,N0), Resonancia Nuclear Magnética pélvica: tumor rectal polipoide de tercio inferior (T1-2,N0) y Ecografía endoanal: neoplasia de tercio inferior de recto polipoide (uT2,N0) a 6 cm del margen anal.

Con el diagnóstico de carcinoma indiferenciado de recto inferior se realiza amputación abdominoperineal por vía laparoscópica (Fig. 2a).

El estudio anatomopatológico evidencia un melanoma maligno de recto estadio III p(T2,N1,M0) con expresión de la pro-



Fig. 1. Colonoscopia: Carcinoma polipoide amelanocítico.

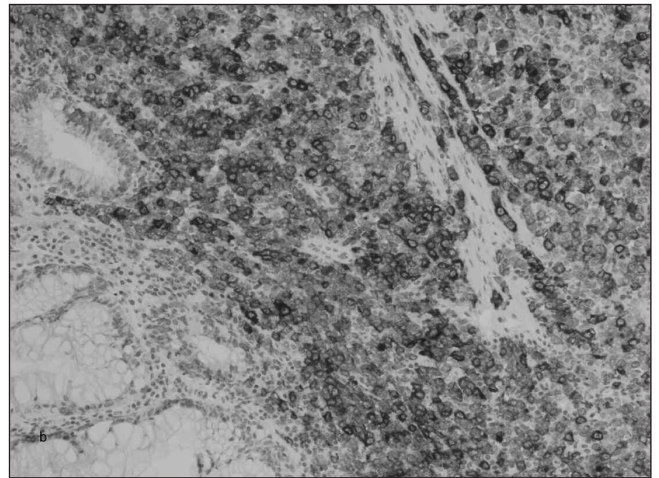


Fig. 2. Imagen macroscópica (A) y microscópica (B) de Melanoma maligno primario de recto.

teína S100, HMB-45 y Melan A por técnicas de Inmunohistoquímica (IHQ) (Fig. 2b)

El postoperatorio cursó sin complicaciones y en Comité de tumores digestivos se decidió que el paciente no era subsidiario de tratamiento adyuvante. Un año después el paciente presenta varias implantaciones tumorales intrabdominales del melanoma primario de recto, responsables de varios episodios suboclusivos manejados con tratamiento conservador.

Se realiza una revisión de los tumores de recto intervenidos en nuestro hospital en los últimos 20 años, encontrando únicamente otros 2 casos: un melanoma de recto metastásico y otro melanoma anorrectal. Diagnosticados por TAC abdominal, colonoscopia-rectoscopia y biopsia; tratados el primero con quimioterapia y el segundo con amputación abdominoperineal. Supervivencia: un mes y tres años respectivamente.

Discusión

El pronóstico del melanoma primario de recto es malo, con una supervivencia menor de 5 meses cuando la enfermedad ha metastatizado, debido al alto potencial metastásico, la ausencia de un tratamiento estandarizado y el retraso en el diagnóstico. (4) Si bien está claro que el tratamiento de la neoplasia rectal localizada es la cirugía, unos autores proponen escisión local combinada con radioterapia locorregional adyuvante, en tumores pequeños, mientras que otros se decantan por la resección abdominoperineal alegando una mayor supervivencia libre de enfermedad, en los tumores grandes y obstructivos, pese a la mayor morbilidad. La evolución en las técnicas diagnósticas (RMN pélvica y ECO-endoanal) facilitan la estadificación pre-

operatoria de la enfermedad y de este modo la elección de la técnica quirúrgica más idónea para cada caso (4,5). A pesar de todo, más que el tipo de cirugía seleccionada, lo que fundamentalmente determina la supervivencia es el estadio tumoral y el comportamiento biológico del tumor (6).

R. González-López, E. Iglesias Porto, M. I. Pérez-Moreiras,
P. Montoto, M. I. Torres-García, M. Alvite,
I. Monjero, A. E. Álvarez-Gutiérrez y F. Arija Val

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario Xeral Calde de Lugo*

Bibliografía

1. Solaz Moreno et al. Primary melanoma of the rectum: An infrequent neoplasia with an atypical presentation. *Clin Transf Oncol*. 2005 May; 7(4): 171-3.
2. Kyoung Won Kim, MD et al. Primary malignant melanoma of the rectum: CT findings in eight patients. *July 2004 Radiology*. 232, 181-186.
3. Werdin C, Limas C, Knodell RG. Primary malignant melanoma of the rectum. Evidence for origination from rectal mucosal melanocytes. *Cancer* 1988 Apr 1;61(7): 1364-70.
4. DJ Pérez de Luque, MV García Sánchez, E Iglesias Flores, AA Reyes López, JF de Dios Vega. El valor de la ecografía endorrectal en el manejo del melanoma rectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27: 391-2.
5. Tanaka S, Ohta T, Fujimoto T, Makino Y, Murakami I. Endoscopic mucosal resection of primary anorectal malignant melanoma: a case report. *Acta Med Okayama* 2008 De 421-4.
6. PM van Schaik, MF Ernst, HA Meijer, K. Bosscha. Melanoma of the rectum: A rare entity. *World J Gastroenterol*. 2008 March 14; 14(10): 1633-1635.