

Melanoma del canal anal*

Drs. GINO CASELLI M.¹, GEORGE PINEDO M.¹, FABIÁN HURTADO R.¹

¹ Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Melanoma of the anal canal

Paciente de sexo masculino de 61 años de edad, que ingresa con diagnóstico presuntivo de trombosis hemorroidal. Debido a que no mejora con medidas habituales se realiza hemorroidectomía en Diciembre del 2007. El estudio histopatológico determina melanoma maligno nodular, con permeación vascular positiva. Se sometió a una resección local amplia en el canal anal con conservación del esfínter interno y externo (Figuras 1 y 2) y disección de una masa ganglionar de la región inguinal derecha.

La biopsia del espécimen quirúrgico informó melanoma nodular ulcerado, nivel 5 de Clark con espesor máximo de 1,5 cm según Breslow y metástasis en uno de los ganglios linfáticos inguinales.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

*Recibido el 14 de Octubre de 2008 y aceptado para publicación el 3 de Noviembre de 2008.

Correspondencia: Dr. George Pinedo M.
 Marcoleta 367, Santiago, Chile.
 E-mail: gpinedo@med.puc.cl

La neoplasia infiltró en profundidad hasta el tejido muscular. En estas condiciones, y con bordes negativos, se decide no ofrecer resección abdominoperineal debido a su discutible beneficio.

Comentario

El melanoma anorrectal es un tumor altamente infrecuente y agresivo¹. El National Cancer Data Base ha reportado 256 casos de melanomas anales (3 de cada 1.000 melanomas cutáneos y no cutáneos)². Afecta a todas las edades, con mayor incidencia en pacientes añosos y mujeres. Al momento del diagnóstico el 61% de los pacientes tienen ya compromiso ganglionar inguinal. El pronóstico es pobre y la sobrevida específica a uno, tres y cinco años es de 61, 27 y 6% respectivamente³.

El enfoque estándar para el manejo de este tipo de tumores no se ha establecido debido al número limitado de pacientes y al escaso reporte retrospectivo de melanomas anales⁴. Por lo tanto, en ausencia de un claro beneficio en la sobrevida con una resección abdominoperineal, se considera la resección local como el tratamiento inicial de elección^{5,6}. El tratamiento complementario con quimioterapia es discutible, aunque hay algunos reportes con prolongación de la sobrevida⁷. Ningún régimen de terapia sistémica para el melanoma anal metastático es considerado como estándar, aunque se han lo-

grado respuestas cercanas al 45% en algunos centros, pero con respuesta total no mayor al 10%⁸.

Referencias

1. Longo W, Vernava A, Wade T. Rare anal canal cancers in the US veteran: patterns of disease and result of treatment. *Am Surg* 1995; 61: 495-500.
2. Chang A, Karnell L, Menck H. The National Cancer Data Base Report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84.836 cases from the past decade. The American College and the American cancer Society. *Cancer* 1998; 83: 1664-1678.
3. Roumen R. Anorectal melanoma in the Netherlands: a report of cases. *Eur J Surg Oncol* 1996; 22: 598-601.
4. Homsí J, Garrett C. Melanoma of the anal canal: A case series. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1004-1010.
5. Bullard K, Tuttle T, Rotenberger D, Madoff R, Baxter N. Surgical therapy for anorectal melanoma. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 206-211.
6. Ward N, Romano G, Nicholls R. The surgical treatment of anorectal malignant melanoma. *Br J Surg* 1986; 73: 68-69.
7. Kim K, Sanguino A, Hodges C, Papadopoulos N, Eton O. Biochemotherapy in patients with metastatic anorectal mucosal melanoma. *Cancer* 2004; 100: 1478-1483.
8. Yeh J, Weiser M, Shia J, Hwu W. Response of stage IV anal mucosal melanoma to chemotherapy. *Lancet Oncol* 2005; 6: 438-439.