

MELANOMA ANORRETAL - RELATO DE CASO

Manoel Álvaro Lins Neto

*Prof. Assistente IV da Universidade Federal de Alagoas,
Chefe do Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário Prof Alberto Antunes – UFAL*

Resumo:

Os tumores malignos do canal anal e do ânus são muito raros, não ultrapassam 2% de todos os tumores do colo, reto e anus; segundo os principais levantamentos os melanomas não ultrapassam a incidência de 0,1 a 1,2% dos tumores malignos. O autor descreve um caso de melanoma anorretal, discutindo os principais dados da literatura, enfocando os aspectos diagnósticos, tratamento, evolução e prognóstico. Os índices de cura são baixos e com elevados índices de mortalidade a curto prazo.

Descritores: Melanoma anorretal. Melanoma. Câncer anorretal. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O melanoma anorectal é uma condição rara, representa menos de 1% de todas as neoplasias e menos de 2% de todos os melanomas, entretanto é a região predominante de aparecimento do trato alimentar. A pele é a principal localização do melanoma, porém outros locais podem ser afetados, como cavidade oral, nasal, fígado, baço e intestino seja de forma primária ou secundária (metastáticos)⁽¹⁾.

A faixa etária prevalente é entre a sexta e oitava décadas de vida. Quanto à localização, os tumores podem localizar-se na região retal (muito rara), anorretal e anal, sendo estas duas as apresentações mais frequentes.

2 RELATO DO CASO

Paciente C.A.S., 43 anos, sexo masculino, há 12 meses com história de episódios de enterorragia. Caracterizava o sangramento como sendo vivo após as evacuações, manchando o vaso sanitário e o papel higiênico, dor as evacuações, tenesmo, com perda ponderal de 05kg no período de 04 meses. O paciente foi submetido à retossigmoidoscopia onde foi

evidenciada lesão vegetante endurecida, medindo cerca de 05 cm de extensão, a 04cm da borda anal, hiperpigmentada escurecida, aderida a planos profundos (figura 1). A biópsia foi compatível com Melanoma de Canal Anal.

Para estadiamento e diagnóstico da lesão o paciente foi submetido a colonoscopia no intuito de observar o restante do cólon, porém já havia sido previamente submetido a retossigmoidoscopia com realização de biópsias e relato anatomo-patológico de melanoma. Como forma de investigação procedemos a realização de Rx de tórax, Cintilografia óssea, Tomografia de abdômen total, exames laboratoriais e cardiológico de rotina.

Foi submetido a tratamento cirúrgico em julho de 2005, amputação abdomino-perineal, evoluindo bem com alta hospitalar no oitavo dia. Durante seu seguimento após 01 ano, observamos ao exame físico surgimento de massa endurecida na região inguinal direita, realizamos esvaziamento inguinal da tumoração sendo comprovada metástase do melanoma. Ainda durante seu seguimento após 02 anos constatamos uma tumoração endurecida, fixa e dolorosa na região cervical, foi realizada esvaziamento cervical e comprovada metástase da lesão primária. Em janeiro de 2008 após 31 meses da primeira cirurgia, retornou referindo dor na perna direita e dificuldade para deambulação, foi solicitado uma cintilografia óssea que evidenciou imagens com aumento de captação na coxa direita, sugestivo de metástase. Orientamos o paciente para a oncologia clínica para avaliação. Após 36 meses de seguimento o paciente foi a óbito em julho de 2008.

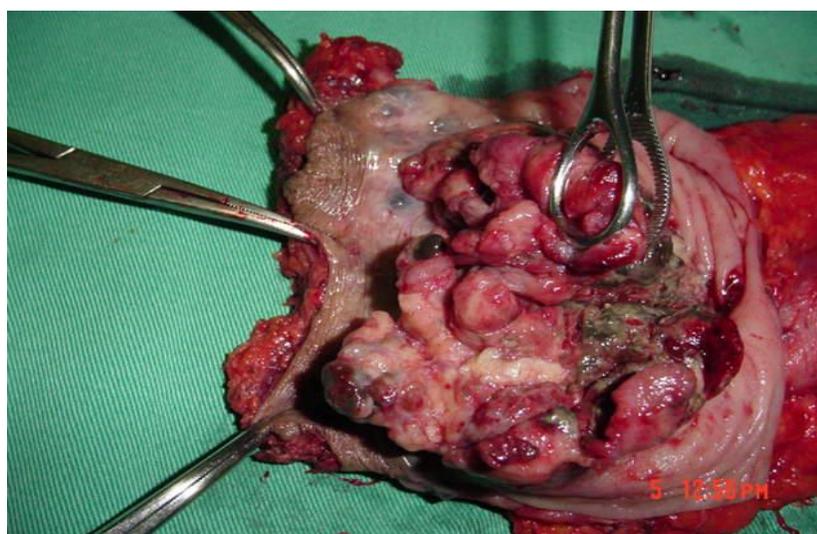


Figura 1- Aspecto da lesão após a cirurgia

3 DISCUSSÃO

O melanoma maligno anorectal é uma neoplasia de origem neuroectodérmica surgindo das células melanoblásticas da superfície da mucosa. Desde sua primeira publicação em 1857⁽¹⁾ até os dias atuais, existem cerca de 600 relatos de casos ao longo de todo mundo, o que confirma a sua baixa incidência. Comumente apresenta-se como uma lesão polipoide projetando-se para a luz do órgão, tendo como característica um crescimento insidioso, agressividade em seu comportamento, penetrando na parede anorectal e estendendo-se para a pélvis. O melanoma anorretal é mais comum entre a sexta e oitava décadas de vida^(3,9-16), alguns autores⁽⁹⁾ tiveram a oportunidade de diagnosticar a doença em indivíduos de 23 anos, outros⁽¹⁰⁾ em pacientes com 91 anos.

Embora alguns relatos⁽⁵⁾ demonstrem que não há prevalência entre os sexos, as casuísticas com maior número de casos observam que há uma predominância do sexo feminino^(5,6,10). A incidência em brancos é maior, embora Weinstoch⁽¹⁰⁾ tenha relatado ligeira preponderância em negros, porém em quase todos os relatos de casos a incidência em brancos sempre foi maior, fato este também observado por nós.

Quanto à sintomatologia, assim como as demais neoplasias anorretais, pode-se manifestar como a maioria das patologias anais benignas: sangramento, prurido, secreção anal, dor anal, dor durante a evacuação, alteração do hábito intestinal e fezes em fita. Estas características dificultam e atrasam o diagnóstico, pois com frequência são atribuídas a hemorroidas, plicomas ou fissuras; por vezes o medo, pudor ou ignorância por parte do paciente, acabam atrasando o diagnóstico. Isto colabora para piorar o prognóstico e proporcionar baixos índices de cura; outro fato que pode contribuir para o pior prognóstico é que entre 15 a 40% as lesões podem ser amelanóticas^(15,8,5) o que dificulta ainda mais o diagnóstico. O tempo médio de sintomas relatados varia de acordo com a literatura, em geral entre 3 a 12 meses^(3,5,10,11) em nosso caso os principais sintomas foram sangramento, tenesmo e o tempo de duração dos sintomas foram de 9 meses. O diagnóstico na maioria das vezes se faz através do exame local, tendo como sintomas o sangramento, massa tumoral. Em consequência destes fatos os pacientes comumente apresentam metástases limitando as

opções de tratamento. O prognóstico parece relacionado com o estágio da doença e o espessamento da lesão. Uma das maneiras de avaliar o estágio desta afecção é através do ultrassom intra-retal, que prover uma acurada amostra do grau de penetração na parede anorectal, suplementando os achados da tomografia computadorizada.

Existe uma controvérsia no que diz respeito ao tratamento cirúrgico a ser escolhido, alguns autores optam por um tratamento mais radical, amputação abdomino-perineal, justificando-se por se tratar de uma doença agressiva e esta conduta ofereceria uma maior radicalidade evitando possível recidiva local, por outro lado, existem autores que optam por uma conduta mais branda, ou seja, excisão local ampla, preservando os esfíncteres anorretais e evitando colostomia definitiva. Wanebo *et al* mostraram em sua casuística que todos os pacientes que sobreviveram por longo período foram submetidos a amputação abdomino-perineal. Em recente artigo publicado nesta revista, Cruz e cols.⁽⁵⁾ (1999) realizaram uma revisão das maiores séries de melanomas anorretais do membro, e demonstraram que num total de 315 pacientes, 256 (66,5%) foram abordados por cirurgia curativa, dos quais aproximadamente 64% foram submetidos à amputação do reto; quanto à sobrevida foi possível observar que somente 15% dos pacientes sobreviveram mais que 05 anos. Cooper e cols. revisaram 255 casos e puderam constatar que não havia diferença significativa quanto à sobrevida entre as duas condutas (excisão local/amputação).

Quanto à radioterapia há consenso de que os melanomas são radio-resistentes, sendo o seu uso restrito ao tratamento paliativo. Dentre os quimioterápicos observa-se que não há consenso na literatura, os principais quimioterápicos utilizados são: Dacarbazini, vindesina, 5-fluoracil, vincristina^(5,17,24). Desta forma o tratamento cirúrgico curativo quando possível deve ser prioritário, porém, levando-se em consideração os estádios avançados, devemos escolher o método mais adequado ao paciente, avaliando-se caso a caso, objetivando uma melhor qualidade de vida.

O prognóstico, tendo em vista o grande número de paciente em estádios avançados, é muito ruim, variando de 3 a 15% de sobrevida em 5 anos, e tempo médio de sobrevida ao redor de 20 meses^(2,5,7,8). Em nosso caso especificamente optamos por uma cirurgia mais

radical e este paciente encontra-se com sobrevida de 33 meses.

4 CONCLUSÃO

A ocorrência dos melanomas anorretais é pouco frequente, associa-se a um prognóstico reservado, tendo em vista a dificuldade em realizar o diagnóstico precoce, pelo fato das queixas serem semelhantes às patologias orificiais benignas. A sobrevida em cinco anos varia de 3 a 15%, com tempo médio de sobrevida em torno de 20 meses.

Abstract:

Malignant tumors of the anal canal and anus are rare pathologic events, representing less than 2% of all tumors of the colon, rectum and anus; according to reports, the incidence of melanoma does not achieve 0,1 to 1,2% of malignant tumors. Authors describe one case of melanoma, discussing the data described in literature, focusing on the diagnosis aspects, treatment, evolution and prognosis. Cure rates are low and the disease presents high rates of mortality in short term.

Key words: Anorectal melanoma. Melanoma. Anorectal cancer. Treatment.

REFERÊNCIAS

1. Moore WD. Recurrent melanosis of the rectum after previous removal from the verge of the anus in a man aged sixty-five. *Lancet*. 1857; 1:290-4.
2. Moore HG, Guillem JG. Anal neoplasms. *Surg Clin North Am*. 2003; 82:1233-51
3. Malik A, Hull TL, Milsom J. Long-term survivor of anorectal melanoma: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45:1412-5; discussion 1415-7.
4. Winburn GB. Anal carcinoma or "just hemorrhoids"? *Am Surg*. 2001; 67:1048-58.
5. Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Câncer*. 1998; 83:1664-78.
5. Cruz GMG, Silva IG, Teixeira RG, Andrade Filho JS, Pena GPM. Melanoma anorretal.

- Apresentação de três casos. *Rev Bras Coloproctol.* 1999; 19:177-91.
6. Albino PA, Rossoni MD, Nunes BLBBP, Nossa FLC, Formiga GJS, Silva JH. Melanoma maligno anorretal _ Relato de três casos e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproctol.* 1998; 18:30-3.
7. Vieira SC, Soares MM, Branco AGOC, Silva FM, Pessoa VS, Vasconcelos JF. Melanoma anorretal: relato de um caso. *Rev Bras Coloproctol.* 1995; 15: 29-30.
8. Campos FG, Habr-Gama A, Silva JH, Ibrahim RE, Tuder R, Pinotti HW. Melanoma maligno da região anorretal: Apresentação de um caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproctol.* 1990; 10:71-6.
9. Thibault C, Sagar P, Nivatvongs S, Ilstrup DM, Wolff BG. Anorectal Melanoma _ an incurable disease? *Dis Colon Rectum.* 1997; 40:661-8.
10. Weinstock MA. Epidemiology and prognosis of anorectal melanoma. *Gastroenterology.* 1993; 104:174-8.
11. Sashiyama H, Takayama W, Miyazaki S, Makino H, Matsushita K, Shimada H, et al. The diagnostic value of endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging for anorectal malignant melanoma: report of a case. *Surg Today.* 2003;33: 209-
12. Ballo MT, Gershenwald JE, Zagars GK, Lee JE, Mansfield PF, Strom EA, et al. Spineter-sparing local excision and adjuvant radiation for anal-rectal melanoma. *J Clin Oncol.* 2002; 20:4555-8.
13. Brady RS, Kavolius JP, Quan SHQ. Anorectal Melanoma. A 64-year experience at Memorial Soan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum.* 1995; 2:146-51.
14. Albuquerque IC, Alves Filho EF, Paula Nunes BIBB, Silva JH, Formiga GJS. Melanoma amelanotico anorretal _ Relato de um caso. *Rev Bras Coloproctol.* 2000 20:31-4
15. Wanebo HJ, Woodruff JM, Farr GH, Quan SH. Anorectal melanoma. *Cancer.* 1981; 47:1891-900.
16. Goldman S, Glimelius B, Pahlman L. Anorectal malignant melanoma in Sweden: report of 49 cases. *Dis Colon Rectum.* 1990; 33:874-7.