

# CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



## Revisión de conjunto

## Melanoma anorrectal. Revisión de conjunto

Angel Reina<sup>a,\*</sup>, José Errasti<sup>b</sup> y Eloy Espín<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cirugía Colorrectal, Unidad de Gestión Clínica Cirugía y Area de Gestión Norte de Almería; Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

<sup>b</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Álava, Universidad del País Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

<sup>c</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Valle de Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de junio de 2013

Aceptado el 11 de julio de 2013

On-line el 24 de octubre de 2013

#### Palabras clave:

Melanoma anorrectal  
Neoplasias anorrectales  
Resección local  
Amputación abdominoperineal  
Quimiorradioterapia  
Cirugía radical

#### Keywords:

Anorectal melanoma  
Anorectal neoplasm  
Wide Local excision  
Abdominoperineal resection  
Chemoradiotherapy  
Radical surgery

### RESUMEN

Melanoma anorrectal es un tumor infrecuente y muy agresivo. Su clínica es muy inespecífica, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para evitar un retraso diagnóstico. La cirugía radical no ofrece ninguna mejora en la supervivencia y debe reservarse para aquellos pacientes en los que la escisión local no es factible. La linfadenectomía inguinal no está indicada de forma sistemática y debe valorarse de forma individualizada. La quimioterapia adyuvante no es efectiva. El papel de la radioterapia es controvertido. Puede utilizarse, bien como terapia hipofraccionada tras escisión local o bien como tratamiento paliativo. En cualquier caso, los resultados oncológicos son desalentadores. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura existente sobre las características clinicopatológicas y el manejo del melanoma anorrectal.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Anorectal melanoma. An update

#### ABSTRACT

Anorectal melanoma is an uncommon and aggressive disease. Because the patients often present with non specific complaints, a high clinical suspicion is important to avoid a delayed diagnosis. Patients undergoing radical surgery have no significant survival difference compared to those undergoing wide local excision. Abdominoperineal resection should be reserved for selected patients in whom local excision is not technically possible or cannot obtain a clear margin. The indiscriminate use of groin dissection is not advisable in anorectal melanoma and should be use in selected cases. Systemic chemotherapy is generally a non effective treatment and continues be studied. Radiation therapy can be used as hypofractionated radiation therapy combined with local excision or in a palliative setting. The oncological outcomes in anorectal melanoma are very poor. The aim of the present study is to review clinicopathology features and management of anorectal melanoma.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [areinaduarte@gmail.com](mailto:areinaduarte@gmail.com) (A. Reina).

0009-739X/\$ - see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.07.004>

## Introducción

El melanoma anorrectal (MA), descrito inicialmente por Moore hace 150 años<sup>1</sup>, es un tumor raro y de muy mal pronóstico. La evidencia científica disponible sobre esta neoplasia es heterogénea y poco concluyente. Además, es una entidad de difícil diagnóstico clínico, debido a una sintomatología muy inespecífica y a que en un tercio de los casos se presenta como una lesión no pigmentada<sup>2</sup>. Solo una exploración minuciosa, unida a un elevado índice de sospecha, impedirá el retraso diagnóstico.

Todos estos factores hacen que, a diferencia de otras neoplasias anorrectales, el MA carezca de un esquema terapéutico plenamente definido. El mayor debate se fundamenta en la radicalidad de la resección quirúrgica (amputación abdominoperineal [AAP] vs. resección local [EL]) aunque, según la literatura más reciente, la supervivencia es similar para ambas opciones quirúrgicas<sup>3</sup>. En cualquier caso, los resultados oncológicos que se obtienen son poco alentadores, con supervivencias medias que no sobrepasan los 15-20 meses<sup>4-6</sup> y que no son mejoradas por ninguna de las terapias adyuvantes disponibles (quimiorradioterapia o inmunoterapia) a pesar de que la mayoría de los pacientes afectados de MA fallecerán por metástasis a distancia.

## Metodología

Se ha realizado una revisión de toda la literatura existente utilizando para ello las bases de datos MEDLINE, Pubmed y Ovid hasta el 2012. Se han utilizado como palabras clave: «anorrectal melanoma», «anorrectal neoplasm», «abdominoperineal resection», «wide local excision», «anal canal», «chemoradiotherapy» y «radical surgery». Se han seleccionado aquellos artículos que, a criterio de los autores, aportaban información científica más concluyente. Según una revisión sistemática muy reciente, hasta agosto de 2012 se habían publicado un total de 2.652 casos de MA, la mayoría recogidos por centros especializados, con periodos de revisión no inferiores a 40 años<sup>7</sup>.

## Epidemiología

Los datos epidemiológicos sobre MA son muy heterogéneos. Su incidencia (que se ha duplicado en los últimos 20 años) ronda, en países occidentales, los 1-2 casos por millón de habitantes<sup>2,4</sup>; además, el MA representa algo menos del 1% (0,1-4,6%) de las neoplasias malignas anorrectales y va a suponer aproximadamente el 1-2% de todos los melanomas<sup>2,7-9</sup>. El 90% de los melanomas asientan en la piel; el 10% restante se reparte entre el melanoma ocular (5%), el melanoma de origen desconocido (2%) y el melanoma que asienta en mucosas (3%). Dentro de este último, el MA representa la tercera localización más frecuente, tras cabeza/cuello y aparato genital femenino<sup>4</sup> (fig. 1). Sin embargo, entre los melanomas primarios que asientan en el tracto gastrointestinal, la localización anorrectal es la más frecuente<sup>10</sup>.

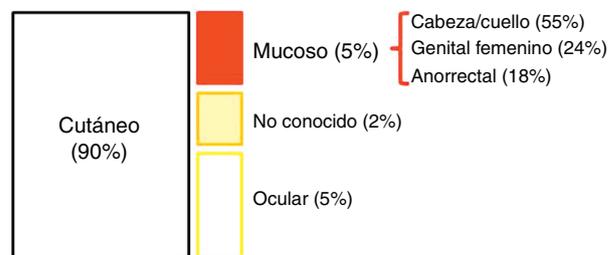


Figura 1 - Distribución topográfica de los melanomas.

El MA es algo más frecuente en mujeres, en proporción 1,5:1<sup>2,7,9</sup>, si bien algunos autores afirman que este pequeño incremento es la expresión de que las exploraciones perineales son más habituales en el sexo femenino<sup>9</sup>. Esta enfermedad afecta generalmente a enfermos añosos, presentando un pico de incidencia en la 8.ª década de la vida (50% de los pacientes), a diferencia del melanoma cutáneo (MC), en el que solo el 25% de los pacientes son mayores de 70 años<sup>2,7,9</sup>. No obstante, se han descrito casos de MA en pacientes de 11 y 19 años<sup>11</sup>, e incluso un estudio institucional americano, basado en la National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER), encuentra un incremento de la incidencia de MA en jóvenes varones homosexuales (entre 25 y 44 años), por lo que se apunta hacia una evidencia indirecta que asocie MA e infección de HIV<sup>12</sup>.

## Etiopatogenia, factores de riesgo e histología. Similitudes y diferencias con el melanoma cutáneo

La etiopatogenia y factores de riesgo del MA son poco conocidos pero se intuyen ciertas diferencias con respecto a los melanomas ocular y cutáneo, hecho que podría tener implicaciones significativas desde el punto de vista terapéutico<sup>7</sup>. De hecho, factores epidemiológicos (el MC es casi 20 veces más frecuente en la raza caucásica que en la afroamericana, mientras que el MA es solo 2 veces más frecuente en blancos) sugieren que determinados componentes de riesgo ambientales (por ejemplo, radiación ultravioleta) asociados de forma clara al MC no están implicados en el desarrollo de los melanomas mucosos en general ni del anorrectal en particular<sup>7,9</sup>.

Con respecto a la histología, podríamos afirmar que esta no parece idéntica a la del MC, si bien el MA tiene también su origen en la transformación maligna de los melanocitos, en este caso, del canal anal. Estos se organizan en nichos tumorales que pueden ser epitelioides (44%), mixtos (31%) o espiculados (25%)<sup>13</sup>. Posteriormente, estas células invaden el plano escamoso, expresando una serie de proteínas inmunoespecíficas para el melanoma como las HMB-45, S-100 y vimentina<sup>2,8</sup> (fig. 2). Pero en contraste con el MC, un número desproporcionadamente alto (hasta el 87% [10-87%] según la mayoría de las series) de MA van a ser «amelanóticos»<sup>2,7</sup>. No sabemos a ciencia cierta si esta característica va a tener o no implicaciones en el pronóstico de la enfermedad (más allá de una obvia disminución del índice de sospecha), si bien hay

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252467>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252467>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)