

# Lesión tumoral en región anal

A tumor in the anal region

María Laura Gubiani,<sup>1</sup> María Pía Boldrini,<sup>2</sup> Liliana Esther Romagnoli<sup>3</sup> y Beatriz Alicia Pinardi<sup>4</sup>



**Foto 1.** Tumor crateriforme con contenido amarillo-verdoso, maloliente en su interior.

## Caso clínico

Mujer de 67 años, ama de casa. Consultó por presentar una lesión tumoral de crecimiento progresivo en región perianal, asintomática, de 6 meses de evolución.

**Antecedentes personales:** hemorroidectomía hace 2 años.

**Examen físico:** lesión tumoral eritematosa, exóftica, crateriforme, simétrica, de 3,5 cm de diámetro, con material amarillo-verdoso y maloliente en su interior, localizada en región perianal superior; circundada de piel eritematosa con zonas hipopigmentadas de aspecto cicatrizal (foto 1). A la palpación es una lesión de consistencia firme y sangrante al tacto.

**Exámenes complementarios:** laboratorio sin particularidades. Ecografía y tomografía abdominopelviana sin particularidad. Fibrocolonoscopia: tacto rectal libre, sin lesiones hasta colon transverso. Ecografía endorrectal: en margen anal, sin involucrar a la línea pectínea, entre hora 6 y 8, se encuentra lesión de ecogenicidad mixta y características sólidas, de 6 cm de largo y 2,7 cm de ancho, sin involucrar esfínter anal interno, sólo toma el haz subcutáneo del esfínter anal externo. No hay lesiones compatibles con adenopatías.

**Anatomía patológica:** corion con lesión tumoral constituida por células atípicas de núcleos medianos y grandes, hiper cromáticos; algunos vesiculosos con nucleolo prominente, citoplasma eosinófilo. Figuras mitóticas. Pigmento melánico y focos de necrosis (fotos 2 y 3). (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(4): 326-328).

**Fecha de recepción:** 19/02/2010 | **Fecha de aprobación:** 06/05/2010

<sup>1</sup> Médica residente de 2º año de Dermatología

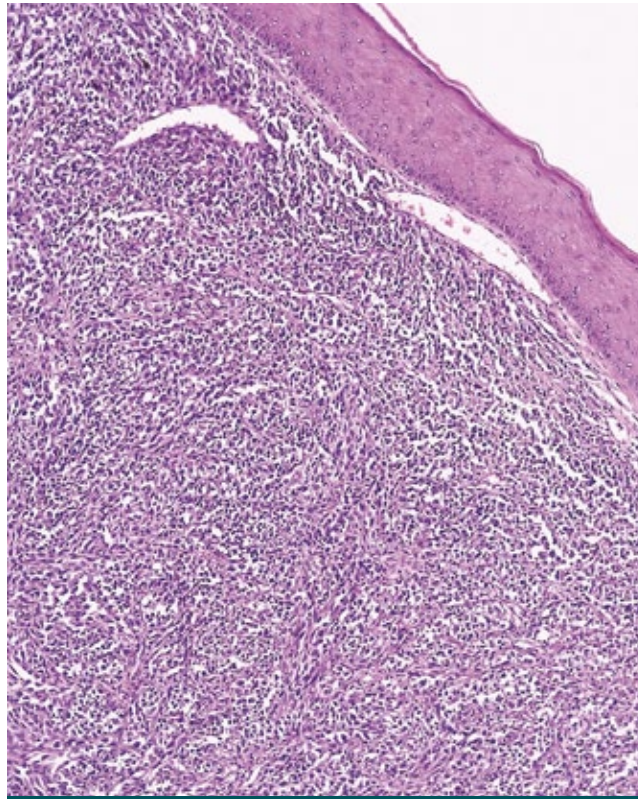
<sup>2</sup> Médica dermatóloga

<sup>3</sup> Médica dermatóloga. Instructora docente

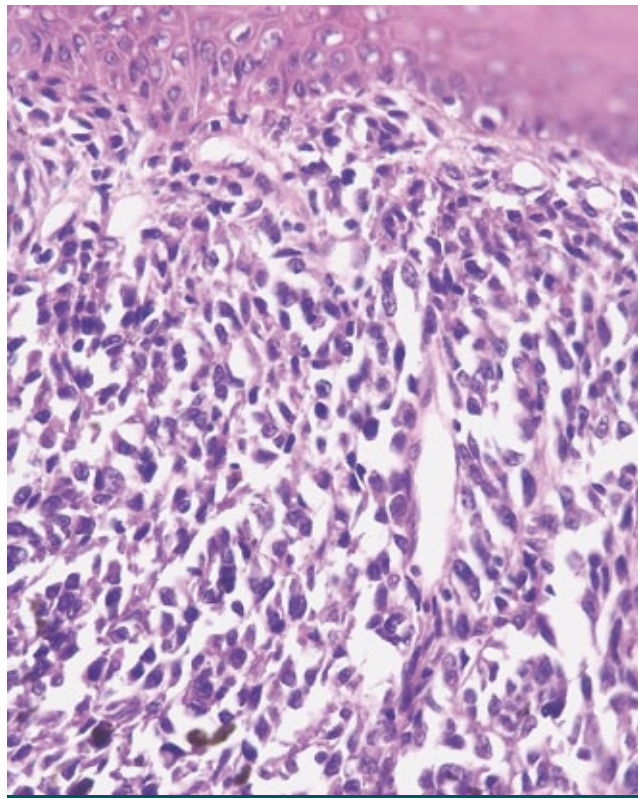
<sup>4</sup> Jefa de Servicio de Dermatología

Hospital San Roque, Córdoba capital, Córdoba, República Argentina.

Correspondencia: María Laura Gubiani, Deán Funes 5302, CP 5003, Córdoba. laugubiani10@hotmail.com



**Foto 2.** Corion con lesión tumoral.



**Foto 3.** Células atípicas con nucleolo prominente, citoplasma eosinófilo. Figuras mitóticas. Pigmento melánico.

## Diagnóstico

Melanoma maligno amelanótico en región perianal

### Comentario

El melanoma de la región anorrectal fue descrito por primera vez en 1857.<sup>1</sup> Son tumores infrecuentes y de alta agresividad que constituyen menos del 1% de los tumores malignos colorectales,<sup>2</sup> aunque en algunas series se reporta una incidencia de hasta el 4%.<sup>3-4</sup> Representa del 0,2 al 2% de todos los melanomas, y ocupa el tercer puesto en frecuencia luego de la piel y el ojo. Dentro del tracto gastrointestinal, el ano es la localización más frecuente. El melanoma anal (MA) se ubica principalmente en el recto, seguido por el canal anal y por último el margen anal.<sup>5</sup> Se presenta entre la sexta y séptima décadas de la vida y se observa un leve predominio en el sexo femenino. Las mutaciones del oncogen N-ras son comunes en el melanoma cutáneo (MC), sin embargo son raros en el melanoma de vulva y MA. En contraste con el MC, el antecedente de exposición solar no parece tener impacto en el desarrollo de melanoma maligno (MM) en esta región. El antecedente familiar y la raza tampoco parecen constituir factores de riesgo para este tipo de melanoma.<sup>6</sup>

La sintomatología en orden de frecuencia es: sangrado en el 55% de los casos, sensación de masa en el 34%, dolor anal en el 13%, cambios en el hábito intestinal en el 11%, prurito anal en el 8%, tenesmo en el 3% y masa inguinal en el 3%.<sup>7</sup> El intervalo promedio entre el primer síntoma y el diagnóstico de MA oscila entre 5 a 6 meses.<sup>6</sup> La lesión clínica más común es una masa nodular que protruye a través del ano, el 80% es pigmentada y el 20%, amelanótica.<sup>7</sup> Muchas de estas lesiones son confundidas con enfermedad hemorroidal o trombosis hemorroidal externa, lo que retarda el diagnóstico. Además, el diagnóstico diferencial de esta neoplasia incluye múltiples patologías anorrectales, como enfermedad de Bowen o Paget, carcinoma epidermoide anal y carcinoma basocelular.<sup>2</sup>

En la bibliografía consultada se comunica que alrededor del 70% de los pacientes con MA presenta enfermedad sistémica evidente en el momento del diagnóstico. La abundancia de

vasos linfáticos facilita su diseminación a los ganglios de la región inguinal y mesorrectal, y la extensión hemática se produce principalmente en hígado, pulmón, hueso y cerebro.<sup>6,8</sup>

El pronóstico es desfavorable y la sobrevida es de entre 1 y 5 años del 61 al 20%; luego de los 5 años sólo alcanza el 6%. La estadificación preoperatoria, la edad y el estado general del paciente cumplen un rol importante en la decisión terapéutica.<sup>4</sup> La cirugía es el tratamiento de elección. El tratamiento radical o resección abdomino-pelviana está indicado, de acuerdo con algunos autores, en pacientes con lesiones menores de 3 mm de espesor, que son los potencialmente curables; si el tumor es mayor o hay evidencia de enfermedad metastásica, el tratamiento debe ser conservador (resección local) y sólo para control de síntomas. La radioterapia y quimioterapia no brindan ningún beneficio.<sup>2</sup> La inmunoterapia con interferón  $\alpha$  podría ser considerada.<sup>6</sup>

### Bibliografía

1. Billingham R.P. Capítulo 8. Neoplasm of the anus and perianal skin, en Mazier W.P., *Surgery of the Colon, Rectum and Anus*, Saunders editores, Philadelphia PA, USA, 1995: 215-228.
2. Martínez-Hernández-Magro P., Villanueva-Sáenz E., Chávez-Colunga L.B. Melanoma maligno anal. Reporte de casos y revisión de la literatura, *Rev. Gastroenterol. Mex.*, 2009, 74:39-44.
3. Klas J.V., Rothemberger D.A., Wong W.D., Madoff R.D. Malignant tumors of the anal canal spectrum of disease, treatment and outcomes, *Cancer*, 1999, 85: 1686-1693.
4. Homsí J., Garrett C. Melanoma of the anal canal: a case series, *Dis. Colon Rectum*, 2007, 50: 1004-1010.
5. Felz M.W., Winburn G.B., Kallab A.M., Lee J.R. Anal melanoma: an aggressive malignancy masquerading as hemorrhoids, *South Med. J.*, 2001, 94: 880-885.
6. Heyn J., Placzek M., Ozimek A., Baumgaertner A.K. et al. Malignant melanoma of the anal region, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2007, 32: 603-607.
7. Hormaza J., Malaver O. Melanoma anal: Reporte de dos casos y revisión del tema, *Rev. Colomb. Gastroenterol.*, 2002, 16: 212-215.
8. Cooper P.H., Mills S.E., Allen M.S. Jr. Malignant melanoma of the anus, report of 12 patients and analysis of 225 additional cases, *Dis. Colon & Rectum.*, 1982, 25: 693-703.



### PERLAS DERMATOLÓGICAS

#### Ciclofosfamida y lupus nefritis: ¿cuándo, cómo, por cuánto tiempo?

Ntali S., Bertisias G., Boumpas D.T., *Clin. Rev. Allergy Immunol.*, 2011, 40: 181-191.

Hasta la fecha, las combinaciones de pulsos mensuales de ciclofosfamida y corticoides subsiste como el tratamiento de elección para la remisión de un lupus severo.

El micofenolato mofetil ha demostrado una eficacia comparable y menos toxicidad en los casos de enfermedad moderada.



#### Staphylococcus Aureus meticilina resistente con clone ST80-IV.

Del Giudice P., Bes M., Hubiche T., Roudière L. et al., *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2011, 25: 164-169.

Se realizó un estudio en pacientes con infecciones cutáneas por *Staphylococcus aureus* producidas por el clon ST80-IV. Este clon es el principal de la unidad adquirida meticilina resistente y es responsable de infecciones supurativas tales como forúnculos y abscesos. Todas las cepas fueron resistentes a los agentes B lactámicos, kanamicina, tetraciclina y ácido fusídico.

#### Trombocitopenia inmune: un estudio retrospectivo de 40 pacientes.

Audia S., Lakomy D., Guy J., Leguy-Seguin V. et al., *Rev. Med. Interne.*, 2010, 31: 337-344.

Se estudiaron 40 pacientes con una edad promedio de 54 años. El 65% tenía hemorragias y el 66%, anticuerpos dirigidos contra GPIIb/IIIa. Con corticoides tuvieron una respuesta del 54% y una recaída del 86%; con dapsona, una respuesta del 42,1%, con una recaída del 37,5% de los pacientes; con rituximab respondió el 40% de los casos; con esplenectomía se logró una respuesta del 42,1% sin recaídas.

L.J.