



P-307 - MELANOMAS ANORECTALES: NUESTRA EXPERIENCIA CON UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.

Cabriada García, Guillermo; Reoyo Pascual, Jose Felipe; Cartón Hernández, Carlos; Calvo Rodríguez, Esther; González Prado, Cristina; López Rodríguez, Beatriz; Otero Rondón, Michelle; Muñoz Plaza, Nerea

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Los melanomas anorrectales son una patología descrita por primera vez por Moore en 1987. Suponen 0,2-3% de los melanomas y un 0,1-4,6% de los tumores rectales malignos. A pesar de su baja incidencia son una patología maligna agresiva y con un pronóstico desfavorable.

Caso clínico: Paciente de 71 años en estudio por una anemia ferropénica, al que se le realiza una colonoscopia y polipectomía. En la anatomía patológica (AP) definitiva de un pólipos sin tinte melánico a 2 cm de margen anal se evidencia proliferación neoplásica de estirpe melánica. Se completa estudio sin evidencias de enfermedad diseminada y realiza amputación abdominoperineal laparoscópica. La AP definitiva confirmó el diagnóstico de melanoma maligno con invasión de la capa muscular y afectación de 4/8 ganglios. Seguimiento sin recidiva. Paciente de 81 años con colonoscopia de centro privado que describe lesión polipoidea con tinte melánico y AP de melanoma rectal. Se realizó estudio sin hallazgos de enfermedad a distancia. Se optó por la realización de TAMIS, la AP definitiva describía invasión serosa. En colonoscopia de control posterior se evidenció lesión con tinte oscuro de la que se tomaron biopsias con un resultado de recidiva local del melanoma por lo que se optó por una APR abierta con resección completa de la lesión, 2/10 ganglios afectos. Seguimiento sin recidiva.

Discusión: El melanoma rectal es una patología que tiene su origen en los melanocitos del epitelio estratificado escamoso no queratinizado que se halla por debajo de la línea pectínea. Es una patología muy agresiva y un pronóstico limitado por su baja sensibilidad a QT y RT. Se presentan con aspecto polipoideo y no todos tienen el tinte melánico característico, entre el 16-53% son amelánicos. Su presentación clínica es similar a otros tumores malignos de recto: sangrado, dolor, masa rectal, alteraciones del hábito deposicional, etc. Su estudio se realiza igual que en otras patologías rectales: TAC, ecografía rectal y RM. El diagnóstico definitivo es mediante biopsia, y su clasificación depende de 3 factores: profundidad de invasión, invasión de ganglios y metástasis a distancia. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, aunque un 20% responden al tratamiento con quimioterápicos como la dacarbacina. Se han planteado dos posibles estrategias: amputación abdominoperineal (APR) o escisión local amplia (WLE) asociada o no a RT. No hay evidencias que apoyen una estrategia sobre la otra, aunque algunos estudios han descrito un menor tasas de recidiva local en pacientes que se someten a APR respecto a la WLE. Su pronóstico a pesar de tratamiento es pobre comparado con los melanomas cutáneos o el adenocarcinoma rectal, menos de un 20% de supervivencia a 5 años. En nuestra experiencia se han realizado manejos de ambos tipos, presentando una recidiva local en el paciente que se manejo de forma conservadora, requiriendo finalmente una resección más agresiva. En conclusión, creemos que al ser esta una patología agresiva cuyo pilar de tratamiento es la resección

quirúrgica se debe tender a la realización de manejos más agresivos. quirúrgica se debe tender a la realización de manejos más agresivos.