



EL VALOR DE LA ECOGRAFÍA ENDORRECTAL EN EL MANEJO DEL MELANOMA RECTAL

Sr. Director: El melanoma rectal es un tumor raro, con un pronóstico muy malo debido fundamentalmente a su alto potencial metastásico a pesar de la cirugía radical. El tratamiento quirúrgico de elección con el objeto de conseguir una mayor supervivencia y tiempo asintomático de enfermedad no está claro. El estadio tumoral y el tamaño de la lesión son factores pronósticos más importantes que el tipo de intervención quirúrgica. En este sentido, la ecografía endorrectal desempeña un papel importante en el abordaje terapéutico de esta neoplasia.

Presentamos el caso de un varón de 70 años, que consultó por rectorragia de sangre roja, de escasa cuantía, mezclada con las heces y de aproximadamente un mes de evolución. No refería dolor abdominal ni alteración del tránsito intestinal, y había perdido peso que no sabía cuantificar. En la exploración física no presentaba adenopatías cervicales, axilares ni inguinales y no tenía lesiones oculares ni cutáneas. La inspección anal fue normal y en el tacto rectal se palpaba una lesión nodular y dura, a unos 3 cm del margen anal. Los marcadores tumorales (CA 19.9 y antígeno carcinoembrionario) estaban dentro de los límites de la normalidad. En la colonoscopia se vio una neoformación polipoides, mamelonada, con superficie erosionada, de unos 4 cm de diámetro mayor, muy friable y dura a la toma de biopsias, a unos 2-3 cm del margen anal, que ocupaba la mitad de la circunferencia del recto sin estenotar la luz y permitía el paso del endoscopio a su través (fig. 1). El diagnóstico histológico de la lesión fue de melanoma amelanico. En la ecografía endorrectal se evidenció una masa hipoecogénica que medía aproximadamente 3-4 cm y afectaba exclusivamente a las 2 primeras capas de la pared rectal (mucosa), sin adenopatías metastásicas ni invasión de estructuras vecinas (fig. 2). El estudio de extensión a distancia incluyó una radiografía de tórax, ecografía abdominal, tomografía computarizada craneal y gammagrafía ósea, que fueron negativas. Al paciente se le practicó una resección del tumor con amputación abdominoperineal. Al tercer día del postoperatorio falleció como consecuencia de un fracaso respiratorio sin relación alguna con su enfermedad.

El melanoma primario de recto es un tumor raro que representa el 0,2-3% de los melanomas malignos y el 0,1-4,6% de los tumores malignos del recto¹, y los amelanicos son tan sólo el 30% de todos ellos. Su incidencia es mayor en la mujer que en el varón, con una proporción de 2:1, y el síntoma de presentación más común es la rectorragia. La imagen



Figura 1. Visión endoscópica del melanoma rectal.

Fig. 2. Imagen ecoendoscópica del melanoma rectal.

endoscópica más frecuente es la de una lesión polipoidea, friable y ulcerada, de más de 2 cm de diámetro y con una pigmentación negruzca². Sin embargo, como sucedió en nuestro caso, ocasionalmente puede presentarse como una lesión nodular o sésil y sin pigmentación macroscópica e histológica (hasta en un 30%), lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras patologías anorrectales más prevalentes, tales como las hemorroides y el adenocarcinoma de recto³. Se sabe que el pronóstico del melanoma rectal es malo como consecuencia de varios factores. Por un lado, se trata de un tumor que tiene una gran agresividad biológica, con alta tendencia a la invasión metastásica por vía hematogena. Por otro lado, la mucosa rectal tiene una vascularización muy rica que facilita su diseminación a distancia cuando se localiza en esta región. Por último, con frecuencia provoca síntomas leves que pueden confundirse con los de enfermedades perianales sin relevancia clínica, lo que lleva a un diagnóstico tardío y en estadios avanzados de la enfermedad¹. En la mayoría de las series⁴⁻⁶, la supervivencia y el tiempo asintomático de enfermedad a los 5 años, tras el tratamiento quirúrgico, está en un 8-22 y un 9-16%, respectivamente. Aunque hay autores que opinan que el pronóstico oncológico de este tumor depende fundamentalmente del tipo de intervención quirúrgica (resección radical con amputación abdominoperineal o escisión local del tumor), otros no encuentran estas diferencias entre ambos grupos de pacientes⁵⁻⁷. En una revisión del Memorial Sloan Kettering Cancer Center⁶, con una experiencia de 64 años de tratamiento de este tipo de tumores, se planteó que la resección abdominoperineal podría ser un procedimiento razonable en los pacientes con melanoma

rectal en estadios no avanzados de la enfermedad, ya que sólo en ellos se evidenciaba una mayor supervivencia y tiempo asintomático de enfermedad, en comparación con los pacientes que se sometían a otros procedimientos quirúrgicos y/o se encontraban en otros estadios tumorales de la enfermedad. Por este motivo, precisamos de una técnica que efectúe un diagnóstico preciso de extensión preoperatorio con el fin de seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de un mejor pronóstico oncológico tras una cirugía radical más agresiva, como es la resección tumoral con amputación abdominoperineal. En este sentido, la ecografía endorrectal es un procedimiento sencillo e inócuo, que ha permitido mejorar la capacidad para delimitar el grado de invasión de la pared del recto y la afectación o no de ganglios regionales; además, proporciona una correcta estadificación en las fases T y N, con precisiones diagnósticas en el caso del adenocarcinoma del 85-95 y el 70-75%, respectivamente⁸. Por tanto, podemos considerarla una técnica imprescindible en la estadificación preoperatoria del melanoma rectal.

D.J. PÉREZ DE LUQUE, M.V. GARCÍA SÁNCHEZ,
E. IGLESIAS FLORES, A.A. REYES LÓPEZ y J.F. DE DIOS VEGA
Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantalone D, Taruffi F, Paolucci R, Liguori P, Rastrelli M, Andreoli F. Malignant melanoma of the rectum. *Eur J Surg* 2000; 166:583-4.
2. Rubin KP, Ghanekar D, Friedrich A, Panella VS. Endoscopic diagnosis of anorectal melanoma. *N Engl J Med* 1992;89:309-10.
3. Gupta R, Rathi PM, Sawant P, Shroff CP, Upadhyay AP, Bhatnagar MS. Endoscopic appearance of primary anorectal melanoma. *Endoscopy* 1997;29:230.
4. Weinstock MA. Epidemiology and prognosis of anorectal melanoma. *Gastroenterology* 1993;104:174-8.
5. Slingluff CL Jr, Vollmer RT, Seigler HF. Anorectal melanoma: clinical characteristics and results of surgical management in twenty-four patients. *Surgery* 1990;107:1-9.
6. Brady MS, Kavolius JP, Quan SH. Anorectal melanoma: a 64-year experience at Memorial Sloan Kettering Cancer Center (review). *Dis Colon Rectum* 1995;38:146-51.
7. Thibault C, Sagar P, Nivatvongs S, Ilstrup DM, Wolff BG. Anorectal melanoma –an incurable disease? *Dis Colon Rectum* 1997;40:661-8.
8. Gavin C, Harewood MD, Maurits J. Cost-effectiveness of endoscopic ultrasonography in the evaluation of proximal rectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002;97:874-82.