

## MELANOMA ANORRETAL

Paulo Cesar Ribeiro<sup>1</sup>  
Grigna Teixeira de Carvalho<sup>2</sup>  
Antonio Carlos dos Santos<sup>3</sup>  
Remo Randi Jr.<sup>4</sup>

1. **Incidência** — O melanoma anorretal é raro, comparado com o total dos tumores do aparelho digestivo. Há menos de 200 casos descritos na literatura. A maioria dos autores concordam com uma freqüência de 0,5% a 1,25% dos tumores malignos da região anorretal.

2. **Idade** — A incidência máxima está na faixa etária de 40 a 70 anos, havendo entretanto casos em jovens (27 anos) e pacientes muito idosos (85 anos).

3. **Sexo** — Embora autores como *Chiu* e col.<sup>14</sup> tenham encontrado uma preponderância de duas mulheres para um homem, a idéia geral é que não há prevalência de sexo.

4. **Raça** — Mais freqüente em brancos.

5. **Patologia** — a) **Origem**: Na imensa maioria das vezes o melanoma origina-se na pele do ânus ou na junção mucocutânea. A mucosa retal quando envolvida geralmente o é por crescimento do tumor anal, mesmo quando a maior parte do tumor é retal. Alguns como *Quain* e *Delaney*<sup>8</sup> acreditam na possibilidade do melanoma originarse na mucosa retal a partir de tecido anal ectópico, enquanto outros como *Manson*<sup>10</sup> e *Helwig* acham que todo melanoma retal tem origem anal, sendo portanto metastático (a partir de lesões muito pequenas, pela submucosa). b) **Aspecto Macroscópico**: Geralmente solitário (podendo ser múltiplo), tende a ser polipóide, freqüentemente pediculado (podendo ser sésil), medindo na maioria das vezes 2 a 5 cm de diâmetro, lobulado ou não, ulcerado ou não (maioria), ocupando geralmente os quadrantes anteriores do ânus, mas, eventualmente, estendendo-se a todo o

canal anal. Freqüentemente pigmentados (mais ou menos) com coloração que vai do negro azulado ao violáceo. Há situações em que a pigmentação não é visível a olho nu, necessitando microscopia e outras em que o tumor é amelanótico. c) **Aspecto Microscópico**: Pleomorfismo celular, citoplasma abundante, mitoses atípicas que variam em número, núcleos aberrantes, células multinucleadas, pigmentação variável (às vezes área muito pigmentada e amelanótica num mesmo tumor). Nem sempre o arranjo alveolar clássico é seguido. d) **Disseminação**: É principalmente linfática, acometendo os gânglios inguinais e mesentéricos, e hematogênica para fígado, pulmões, cérebro. A metastatização é precoce e pode ser extensa. A infiltração regional, embora possa ocorrer, não é geralmente importante.

Independentemente do tumor primário, as metástases podem ou não ser pigmentadas.

6. **Clínica** — a) **Sintomas e sinais**: Dependem freqüentemente do local e do tamanho da lesão. O

- 1 Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Responsável pelo Serviço de Proctologia do Hospital Municipal de Santo André
  - 2 Auxiliar de Ensino do Departamento de Patologia da FMFABC
  - 3 Doutorando da FMFABC
  - 4 Assistente do Departamento de Cirurgia da FMFABC, disciplina Fundamentos da Cirurgia. Chefe da Seção de Cirurgia do Hospital Municipal de Santo André
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

sangramento pelo reto é o mais comum, geralmente freqüente e de pequena intensidade (como na doença hemorroidária), relacionado com a evacuação ou espontâneo. Como a maioria cresce na junção anodérmica, a dor no ânus, "peso" no reto, e a sensação de uma "massa" anal (muitas vezes confundida com hemorroidas ou pólipos) são comuns. Tenesmo e alteração do hábito intestinal podem ocorrer. Há pacientes que apresentam inicialmente sintomas e sinais já relacionados com as metástases como: Adenopatia inguinal, nódulos cutâneos, desconforto abdominal (hepatomegalia, ascite), alteração neurológica, queda do peso; há aqueles totalmente assintomáticos. Geralmente há um tempo de 2 a 9 meses entre o aparecimento da queixa e a feitura do diagnóstico. b) **Exame físico:** Uma vez que a maior parte dos melanomas anorretais crescem na junção mucocutânea, dependendo do tipo e do tamanho, a visualização do tumor é fácil; quando não vistos, são geralmente palpáveis ao toque retal. Assim, o exame físico específico consta de um exame proctológico apurado, incluindo endoscopia tradicional até 25 cm da borda anal.

O enema opaco e a colonoscopia eventualmente podem fazer parte do arsenal diagnóstico.

O exame físico apurado geral é importante para descobrimento de metástases a distância.

De grande valia no auxílio da avaliação do estadiamento do tumor são: a Tomografia, o Mapeamento com Radioisótopos, a Radiologia tradicional etc.

**7. Diagnóstico** — É obviamente feito pela biópsia e estudo histológico. Dada a freqüente pigmentação, sua localização e o sintoma mais comum (sangramento), o melanoma anorretal pode ser confundido com trombose hemorroidária ou pólipos benignos com gangrena. Quando amelanótico pode simular um pólipos benigno. Por isso, alguns autores recomendam enviar sistematicamente para exame histológico o material mais inocente da cirurgia orificial como hemorroidectomias simples.

**8. Tratamento** — Dados os resultados extremamente precários, a conduta terapêutica é, às vezes, divergente.

*Quan* e col.<sup>16</sup> obtiveram melhor sobrevida (aumentou de 17,7 meses para 31,3 meses), em casos selecionados (sem metástases) com a ressecção abdômino-perineal do reto com ou sem radioterapia prévia, advogando portanto medidas mais agressivas.

*Chiu* e col.<sup>14</sup> concordam com essa opinião, associando como profilática a dissecação de gânglios inguinais.

Entretanto, muitos trabalhos, entre eles o de *Tillander*<sup>12</sup>, não mostram qualquer diferença no prognóstico de doentes submetidos a extensas ressecções ou simplesmente a excisão local do tumor, concluindo que, em relação ao melanoma anorretal, o único que se pode esperar é um tratamento paliativo ou uma cura ocasional.

*Husa*<sup>11</sup> complementa que o decisivo para o prognóstico é o estágio da doença e não o método terapêutico empregado.

A quimioterapia e a radioterapia têm valor paliativo no momento.

A imunoterapia mostra caminhos sedutores, mas ainda confusos, necessitando estudos.

**9. Prognóstico** — Universalmente o prognóstico é muito ruim, havendo uma média de sobrevida de aproximadamente 20 meses, sendo os casos de cura raríssimos e ocasionais.

Obviamente piora bastante o prognóstico na presença de metástases (a sobrevida cai de 20 a 30% para 10%).

Não foi possível estabelecer-se relação entre sobrevida e o tipo histológico do tumor, mas não afetaram a sobrevida o sexo, a idade, o grau de pigmentação, o sítio do tumor e a duração dos sintomas até o tratamento.

Quanto ao tipo de tratamento, vimos que o prognóstico é pouco melhor, segundo alguns, quando a técnica cirúrgica agressiva é usada em casos selecionados, enquanto outros não encontram diferença importante na sobrevida, dependendo do tratamento.

De maneira geral, o prognóstico é bastante mau, dependendo muito mais do estágio do tumor do que do tipo de manuseio, até o momento.

## Caso

Paciente de 58 anos, branca admitida no Hospital (H.M.S.A.) em março de 1979, com o quadro de obstipação intestinal e enterorragia há um ano; há dois meses dor em peso no períneo, muco nas fezes de intensidade variável e emagrecimento.

Ao exame físico apresentou gânglios inguinais palpáveis e endurecidos.

Ao exame proctológico: massa enegrecida de 5 cm de diâmetro, invadindo o reto, parede anterior.

A biópsia do achado revelou melanoma maligno.

A avaliação pré-operatória do paciente consistiu em:

Planigrafia pulmonar (normal)

Avaliação ginecológica (normal)

Retossigmoidoscopia até 30 cm do ânus (nada revelando além do tumor)

Urografia excretora (normal)

Mapeamento hepático (discreta hepatomegalia, com área hipocaptante no terço inferior do lobo direito).

Paciente foi submetida a laparotomia para amputação abdômino-perineal de reto, sendo constatado no ato intra-operatório metástases hepáticas (aspecto enegrecido, em número de três, sendo duas no lobo direito e uma no lobo esquerdo), gânglios aumentados (mesentério e mesocólon). Dada a inextirpabilidade das metástases hepáticas optou-se apenas pelas biópsias do fígado e ganglionar, não se realizando amputação do reto ou exérese local do tumor.

A biópsia hepática revelou melanoma maligno (**Fig. 3**) enquanto que a biópsia ganglionar processo inflamatório inespecífico.

A paciente abandonou o acompanhamento médico após alta hospitalar.

#### SUMMARY

*A recent patient whose case is reported has stimulated the authors' review of the literature, regarding anorectal malignant melanoma.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOOVER RN – Bacillus Calmette-Guérin. Vaccination and cancer prevention: a critical review of the human experience. *Cancer Research*, 36: 652-654, February 1976.
2. YUICHI Y, KAZUYUKI Y, ICHIRO A, TAKAYASUY & TAK W – Immunotherapy of human malignant melanoma with oil-attached BCG cell-wall skeleton. *Gann*, 66(4) 1975.
3. EMBLETON MJ, RANSON JH, MCILLMURRAY MB & REEVES WG – Immunological monitoring in a controlled trial of immunotherapy in stage II B malignant melanoma.
4. MANGAN C, JEGLUM KA, SEDLACEK TV, GIUNTOLI RL, WHEELER LE, RUBIN E & MIKUTA JJ – Intralymphatic BCG in the treatment of gynecologic malignancies. *Cancer*, 40: 2933-2940, 1977.
5. BALDWIN RW, HOPPER DG & PIMM MV – Influence of orally administered BCG on growth of transplanted rat tumours. *Br J Cancer*, 31: 124, 1975.
6. ARIYAN S & GERSHON RK – The role of BCG vaccination in producing tumor immunity. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 36(4): 430, 1975.
7. ROBERTS DI – Malignant melanoma of the anal canal. *But M J*, 1: 903, 1956.
8. DELANEY LT, SCUDAMORE HH & WAUGH JM – Malignant melanoma of rectum: report of case. *Staff Meetings of the Mayo Clinic*, 416-422, July 1954.
9. VICKERS PM – Melano-epithelioma of the rectum and anus: a histopathologic study. Thesis, Graduate School, University of Minnesota, 1940, 25 pp.
10. MASON JK & HELWING TB – Ano-rectal melanoma. *Cancer*, 19: 39-49, 1966.
11. HUSA A & HOCKERSTEDT K – Anorectal malignant melanoma. *Acta Chir Scand*, 140: 68-72, 1974.
12. NYQUIST A & TILLANDER H – Malignant melanoma of the anal canal. *Acta Chir Scand*, 135: 730-732, 1969.
13. HERRERA L & GLASSMAN CI – Malignant melanoma of the anorectum. *Delmed JRL*, June 1979, Vol. 51, nº 6.
14. CHIU YS & UNNI KK – Malignant melanoma of the anorectum. *Dis Colom Rectum*, 23: 122-124, 1980.
15. QUINN D & SELAH C – Malignant melanoma of the anus in a negro. *Dis Colon Rectum*, 20: 627-631, 1977.
16. QUAN SH & DEDDISH MR – Noncutaneous melanoma. Malignant melanoma of the anorectum. *Cancer*, 16: 111, 1966.