

TRATAMENTO DO MELANOMA ANORRETAL ANÁLISE DE CINCO CASOS

Juvenal Ricardo Navarro Góes¹
João José Fagundes¹
Raul Raposo de Medeiros²
Marco Antonio de Oliveira Peres³
Elinton Adami Chain⁴
Luiz Sergio Leonardi⁵

RESUMO

Tendo-se em vista a elevada malignidade do melanoma anorretal, todos os tipos de tratamento têm se revelado insatisfatórios. Os autores analisaram 5 casos da doença; quanto a dados clínicos, tratamento e resultados apresentados e revisaram dados de literatura. Os autores concluem que as chances de maior sobrevida estão mais relacionadas à precocidade da lesão do que propriamente ao tipo de tratamento instituído.

UNITERMOS: melanoma anorretal, tratamento cirúrgico; sobrevida

Descrito pela primeira vez em 1812, o melanoma anorretal, tumor de elevada malignidade, corresponde a cerca de 3% de todos os melanomas, seguindo-se em frequência aos de pele e olhos; relativamente a outros tumores malignos da região, é de aparecimento raro, incidindo em menos de 1% dos casos^{3, 7, 8}. A incidência mais elevada se dá entre a 6^a e 8^a décadas, mais tarde do que nos melanomas de pele (5^a e 6^a décadas)⁸.

Cerca de 90% dos melanomas anorretais crescem a partir da linha pectínea mas, raramente, lesões primárias podem se desenvolver a partir de pontos bem acima dessa região^{1, 2}.

A disseminação metastática da doença pela via hematogênica (sistema porta) e linfática (cadeia da artéria hemorroidária superior e íleo femoral)

são bastante comuns, uma vez que a região anorretal é rica em vasos sangüíneos e linfáticos^{3, 9}.

A sobrevida de cinco anos é rara (variando entre 7 e 12%)^{1, 4, 6, 9} mas quando precocemente diagnosticado pode atingir de 20 a 40% dos casos⁴.

Os sinais e sintomas vão depender do estágio e localização da lesão, mas os mais comuns são: sangramento, queimação, prurido, dor, nódulo, tumoração vegetante exteriorizando-se pelo canal anal. Tais sintomas permitem confusão com patologias benignas da região, uma vez que os melanomas anorretais podem se apresentar com ausência da pigmentação característica^{1, 3, 7, 8}.

Chama a atenção, na análise da literatura, diversos fatos contraditórios que seriam relevantes para uma maior sobrevida: importância da precocidade do diagnóstico, tipo de cirurgia, extensão da ressecção, emprego de terapia adjuvante etc.

As características da doença e sua relativa

Trabalho realizado pelo Grupo de Colo-Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, do Dept.^o de Cirurgia, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

- 1 Professor Assistente. TSBCP
- 2 Professor Livre-Docente. Coordenador do grupo de Proctologia, TSBCP
- 3 Aluno de Pós-Graduação. ASBC
- 4 Residente do Departamento de Cirurgia
- 5 Professor Titular

raridade levou o Grupo de Colo-Proctologia da FCM-Unicamp a realizar um levantamento de seus casos, apesar do pequeno número, para confronto com dados de literatura no tocante à terapêutica e tempo de sobrevida encontrados.

PACIENTES E MÉTODOS.

Foram analisados cinco pacientes constantes dos arquivos da FCM-Unicamp, sendo três do sexo feminino e dois do masculino, com faixa etária variando entre 25 e 76 anos (média – 50,5 anos); quanto ao grupo étnico, quatro eram brancos e um mestiço (branco/índio) (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo, idade e raça

Idade	Sexo	Idade	Raça
1	F	76	branca
2	F	40	branca
3	M	25	branca
4	M	68	mestiça
5	F	51	branca

A localização da lesão, em três pacientes (n^{os} 1, 3 e 5) era no canal anal, enquanto no paciente n^o 2 era na margem anal e no n^o 4, lesão mais extensa, atingia reto inferior, canal anal, margem anal, apresentando tumoração vegetante exteriorizando-se pelo ânus, além de invasão de próstata e presença de gânglios inguinais invadidos.

Os sinais e sintomas observados foram: sangramento, dor, tenesmo, nódulo anal, evacuações mucossangüinolentas, pneumatúria, fecalúria e, em um dos casos, trombo hemorroidário associado a pequeno nódulo que correspondia à neoplasia (paciente n^o 5).

O tempo de história foi relativamente precoce na maioria (um mês nos pacientes n^{os} 1 e 2; 3 meses no n^o 3); no paciente n^o 5, com história de 4 dias, as queixas eram decorrentes do quadro de trombose hemorroidária externa; o paciente n^o 4 referia queixas anorretais durante dois anos o que propiciou o estágio bastante avançado da doença por ocasião do primeiro atendimento.

A localização da lesão, sinais, sintomas e tempo de história estão reunidos na **Tabela 2**, a seguir.

O tratamento instituído não foi uniforme mas, a maioria dos casos (n^{os} 2, 3 e 5), foi submetida à amputação abdominoperineal do reto com ressecção de margem anal, procurando sempre ser a mais ampla possível; a linfadenectomia inguinal profilática não foi realizada em nenhum dos casos. Para o paciente n^o 1 optou-se apenas pe-

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto à localização da lesão. Sinais, sintomas e tempo de história

Caso	Localização	Sinal/sintoma	Tempo de história
1	Canal anal	Sangramento, dor, tenesmo	Um mês
2	Margem anal	Nódulo	Um mês
3	Canal anal	Sangramento, dor, tenesmo	Três meses
4	Reto inferior	Evacuações mucos-sanguinolentas	Dois anos
	Canal anal	Puxo e tenesmo	
	Ânus	Tumor vegetante	
5	Próstata	Pneumatúria, fecalúria, nódulos inguinais	Quatro dias
	Canal anal	Trombose hemorroidária externa, nódulo	

la ressecção local sendo que no paciente n^o 4, devido à irresssecabilidade da lesão, presenças de metástases inguinais e às condições gerais precárias, realizou-se apenas sigmoidostomia em alça seguido de radioterapia. Importante salientar ainda que os pacientes n^{os} 2 e 5 tiveram suas lesões (pequenas) retiradas em biópsia excisional, não tendo sido constatado neoplasia no espécime cirúrgico.

RESULTADOS

As complicações pós-operatórias foram de pouca gravidade, em todos os casos (infecção de parede e infecção urinária). Os casos submetidos à amputação, permaneceram com feridas perineais abertas, amplas, mas que cicatrizaram em tempos considerados normais.

As recidivas tumorais relatadas foram metastização maciça dos pulmões (paciente n^o 1) e pélvica, cerebral e inguinal (paciente n^o 3). Não temos relato das condições do paciente n^o 2 por ocasião do óbito e o n^o 5 encontra-se livre de doença até o momento do último seguimento ambulatorial

Apesar da amputação abdominoperineal ter sido a técnica mais empregada pelo serviço, o melhor resultado pós-operatório até o momento ocorreu no paciente n^o 1, submetido apenas à ressecção local, sem tratamento adjuvante (óbito no 5^o ano). Os tempos de sobrevida dos pacientes n^{os} 2 e 3 (amputação) foram respectivamente 18 e 6 meses; o paciente n^o 4 (sigmoidostomia e radioterapia) evoluiu para óbito no 4^o mês, após atendimento inicial. O único paciente ainda vivo

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes quanto ao tratamento e evolução apresentados

Caso	Tratamento	Evolução
1	Ressecção local	Metastização maciça dos pulmões Óbito – 5 ^o mês
2	Biópsia excisional + amputação perineal do reto sem esvaziamento ganglionar inguinal	Sem relato das características da recidiva Óbito – 18 ^o mês
3	Amputação abdominoperineal do reto sem esvaziamento ganglionar inguinal	Metástases pélvicas, cerebral e gânglios inguinais Óbito – 6 ^o mês
4	Sigmoidostomia em alça Radioterapia	Metastização difusa Óbito – 4 ^o mês
5	Biópsia excisional + amputação abdominoperineal do reto sem esvaziamento ganglionar inguinal	Sem sinais de recidiva 5 ^o mês pós-operatório

(n^o 5), submetido à amputação abdominoperineal do reto, está no 5^o mês de evolução e sem sinais de recidiva neoplásica.

O tratamento e a evolução apresentados estão reunidos na **Tabela 3**.

COMENTÁRIOS

Ao se analisar por um lado a evolução dos pacientes portadores de melanoma anorretal e por outro os dados levantados de literatura, no que tange às diferentes interpretações da melhor abordagem dessa doença, chega-se mais a fatos contrários do que a pontos de concordância entre os autores^{1, 2, 3, 4, 6, 8, 9}.

O principal exemplo é quanto à agressividade no tratamento cirúrgico nas diferentes fases evolutivas da doença, que esbarra no elevado potencial de malignidade do melanoma anorretal. Assim, as discussões vão desde a ressecção local até as cirurgias radicais com esvaziamento pélvico e extensas disseções de linfáticos, passando pela associação de tais terapêuticas a medidas adjuvantes como a radio, químico e imunoterapia^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9}.

A ressecção local associada à radioterapia foi, no passado, a principal indicação cirúrgica¹ mas na atualidade é pouco aceita, muito embora em nossa casuística, o paciente com maior tempo de sobrevida (5 anos) foi conseguido quando se utilizou tal procedimento (paciente n^o 1).

O tratamento cirúrgico mais indicado seria a amputação abdominoperineal do reto, mas também nesta opção existem dúvidas quanto à necessidade ou não de associar-se a linfadenectomia inguinal profilática^{1, 4, 7}.

Alguns autores preconizam a exenteração pélvi-

ca posterior, considerando-a como a única possibilidade cirúrgica de cura³.

Em nossa casuística, em nenhuma ocasião a linfadenectomia inguinal profilática foi empregada e a nosso ver, somente deveria ser indicada se houvesse pré-operatoriamente evidência de disseminação tumoral para a região.

Na verdade, pouco se pode esperar ao sucesso cirúrgico no tratamento do melanoma anorretal⁷. Admite-se, na atualidade, como mais importante o estágio da doença por ocasião do tratamento (diagnóstico precoce) do que propriamente a agressividade cirúrgica^{3, 6, 8, 9}, muito embora, um dos nossos pacientes (n^o 2) apesar de pequeno nódulo anal, com um mês de história, que foi excisado totalmente na biópsia e em seguida submetido a amputação do reto sem neoplasia na peça cirúrgica, evoluiu para óbito em 18 meses. Mesmo assim, acredita-se que, em casos selecionados a cirurgia radical seja mesmo mais indicada^{3, 4}.

A radio, químico e imunoterapia pouco têm acrescentado no tratamento do melanoma anorretal. A radioterapia muito pouco beneficia tais casos tendo-se em vista tratar-se de tumores rádio-resistente⁸. No paciente n^o 4 de nossa casuística, devido ao estágio muito avançado da lesão, atingindo pele anal, canal anal e reto inferior com invasão de próstata e metástases inguinais, foi tentada a radioterapia prévia sem nenhum efeito favorável, apresentando o paciente disseminação generalizada da doença. O mesmo se pode dizer com a quimioterapia, apesar de autores referirem resposta satisfatória quanto ao prognóstico, quando associada à imunoterapia (DTIC-Dimethyl triazeno imidazole carboxamide e BCG-Bacillus Calmette-Guérin)⁵. Em nenhum dos nossos casos foi empregada qualquer forma de químico e/ou imunoterapia.

SUMMARY

As a highly malignant lesion, all types of treatment of the anorectal melanoma has been unsatisfactory. The authors analyzed the clinical features, treatments and results of the 5 cases of anorectal melanomas and reviewed the literature. The authors concluded that improvement in survival depends on early diagnosis and less of the treatment used.

UNITERMS: anorectal melanoma, surgical treatment; survival

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbas JS, Karakousis CP, Holyoke ED. Anorectal melanoma: clinical features, recurrence and patient survival. *Int Surg* 1980; 65(5): 423-6.

2. Alexander RM, Cone LA. Malignant melanoma of the rectal ampulla: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1977; 20(1): 53-55.
3. Baskies AM, Sugarbaker EV, Chretien PB, Deckers PJ. Anorectal melanoma. The role of posterior pelvic exenteration. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 772-7.
4. Chiu YS, Unni KK, Beart RW. Malignant melanoma of the anorectum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 122-4.
5. Gutteman JU, Maulig G, Gottlieb JA, Burgess MA, McBride MC, C.E.; Einhorn L, Freireich EJ, Hersh EM. Chemotherapy of disseminated malignant melanoma with dimethyl triazeno imidazole carboxamide and bacillus Calmette-Guérin. *N Eng J Med* 1974; 291: 592-7.
6. Husa A, Höckerstedt K. Anorectal malignant melanoma. A report of fourteen cases. *Acta Chir Scand* 1974; 140: 68-72.
7. Mason JK, Group CAPT, RAF, Helwig EB. Anorectal melanoma. *Cancer* 1966; 19: 39-50.
8. Siegal B, Cohen D, Jacob ET. Surgical treatment of anorectal melanomas. *Am J Surg* 1983; 146: 336-8.
9. Wanebó HJ, Woodruff JM, Farr GH, Quan SH. Anorectal Melanoma. *Cancer* 1981; 47: 1891-1900.

**36º CONGRESSO BRASILEIRO DE COLO-PROCTOLOGIA
FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ
27 DE SETEMBRO A 1º DE OUTUBRO DE 1987**