



Caso clínico

MELANOMA ANAL: DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANAL MELANOMA: DIAGNOSIS, PROGNOSIS, AND TREATMENT

 Fernando Fernández-López¹;  Luis Prieto-Carreiras¹;  Reinaldo José Arcila-Bermúdez¹

(1) Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña (España).

RESUMEN:

El melanoma anorrectal representa un pequeño porcentaje dentro de las neoplasias que afectan al canal anal, y su presentación poco frecuente hace que pueda confundirse con patología hemorroidal. Solo se han descrito unos pocos casos, y su tratamiento óptimo todavía no está claro. Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años que consultó por rectorragias y una lesión de aspecto polipoide que prolapsaba desde hacía al menos 2 años. Se tomaron biopsias, y el estudio patológico confirmó melanoma maligno. No se encontraron metástasis a distancia en el estudio de extensión. Se le realizó una resección abdominoperineal y se trató con immunoterapia. Falleció a los 4 meses por enfermedad metastásica sistémica. Las opciones de tratamiento para esta afección, tan poco habitual, no están claras. El abordaje quirúrgico varía desde una escisión local amplia hasta una resección abdominoperineal, con o sin terapia adyuvante. En cualquier caso, su pronóstico es muy desfavorable, con una supervivencia media de 24 meses.

Palabras Clave: Melanoma; Neoplasia del ano; Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT:

Anorectal melanoma represents a small percentage of neoplasms affecting the anal canal, and its rare presentation often leads to confusion with hemorrhoidal disease. Only a few cases have been described, and its optimal treatment is still unclear. We present the case of a 55-year-old male patient who consulted for rectal bleeding and a polypoid lesion that had been prolapsing for at least two years. Biopsies were taken, and the pathological study confirmed malignant melanoma. No distant metastases were found in the staging study. An abdominoperineal resection was performed, and the patient was treated with immunotherapy. He died four months later due to systemic metastatic disease. The treatment options for this rare condition are not well established. Surgical approaches range from wide local excision to abdominoperineal resection, with or without adjuvant therapy. In any case, the prognosis is very poor, with a median survival of 24 months.

Keywords: Melanoma; Anal neoplasms; Differential diagnosis.

Fecha de recibido: 09/12/2024 - **Fecha de aceptación:** 18/04/2025 - **Fecha de publicación en línea:** 14/05/2025. Correspondencia a: 40fernando@gmail.com

Citar como: Fernández-López F, Prieto-Carreiras L, Arcila-Bermúdez RJ. Melanoma anal: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Rev Cir Gal. 2025; 9(12): e1-e4. Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

INTRODUCCIÓN:

El melanoma maligno (MM) de la región anal es una enfermedad poco común. En muchos casos, no se detecta o se confunde con patología hemorroidal. Su diagnóstico clínico exige un elevado índice de sospecha, ya que su sintomatología es similar a la de los procesos proctológicos habituales, siendo la rectorragia el síntoma más frecuente, seguida por la presencia de una pequeña tumoración o nódulo¹. Una lesión pigmentada y polipoidea puede confundirse fácilmente con una hemo-rroide trombosada.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años con proctalgia y rectorragias que inicialmente se manejó como trombosis hemorroidal. Ante la ausencia de mejoría a las tres semanas, se realizó una colonoscopia que mostró una lesión polipoidea de 4 cm en la línea dentada del canal anal. El estudio anatomopatológico de la biopsia identificó células fusiformes y pleomórficas con presencia de melanina (Imágenes 1 y 2), confirmando que la tumoración correspondía a un melanoma maligno de canal anal.

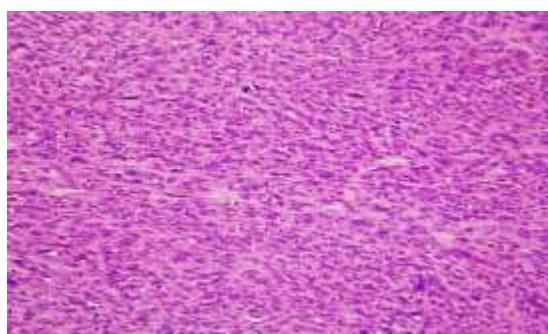


Imagen 1: células fusiformes. (Fuente: imagen propia).

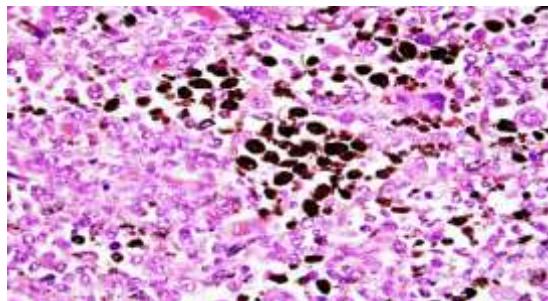


Imagen 2: Células fusiformes y pleomórficas con presencia de melanina. (Fuente: imagen propia).

Estudios complementarios:

- RM pélvica (Imágenes 3a, 3b, 3c): lesión polipoidea a nivel del músculo puborrectal sin invasión del complejo esfinteriano.
- TC abdominopélvica y PET-TC: sin evidencia de metástasis a distancia.

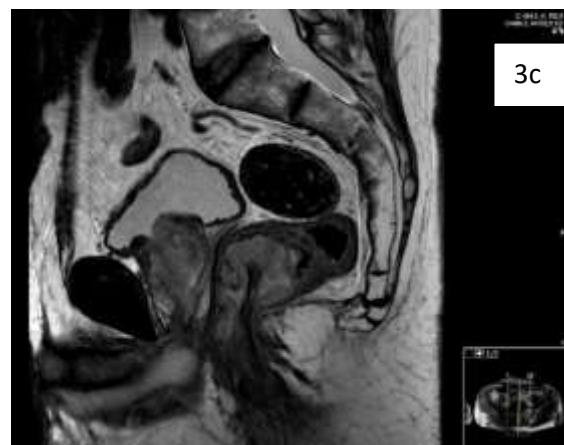
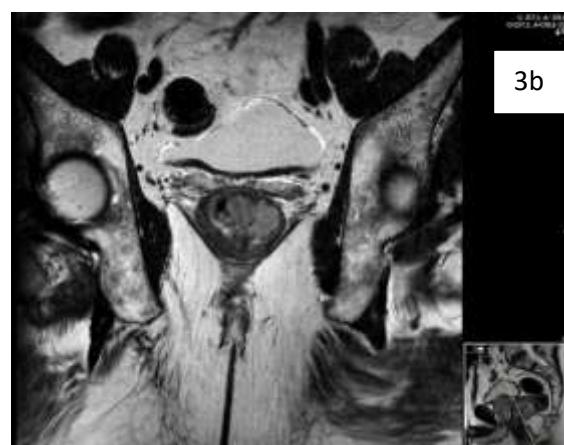
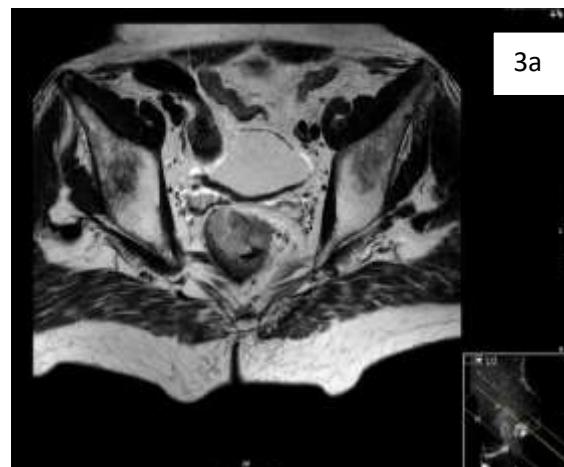


Imagen 3: Lesión polipoidea a nivel del músculo puborrectal. (3a): posición axial, (3b): posición coronal, (3c): posición sagital. (Fuente: imagen propia).

Tras evaluación en el Comité Clínico Multidisciplinar de Cáncer Colorrectal, se decidió realizar resección abdominoperineal (técnica de Miles) debido a la sintomatología persistente. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Hallazgos histopatológicos:

- Pieza quirúrgica (**Imagen 4**): melanoma anorrectal con infiltración submucosa y metástasis en 4 de 26 adenopatías (atrofia citológica y pigmentación melánica evidente).
- Inmunohistoquímica: positividad para S-100 (**Imagen 5**) y Melan A (**Imagen 6**), con negatividad para citoqueratinas.



Imagen 4: Muestra anatómica con atrofia citológica y pigmentación melánica. (Fuente: imagen propia).



Imagen 5: Inmunohistoquímica muestra positividad para S-100. (Fuente: imagen propia).

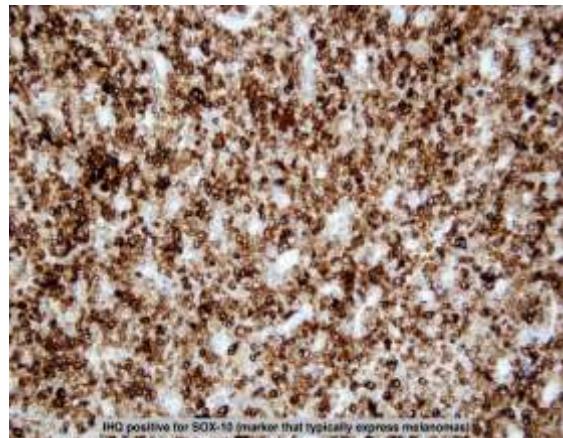


Imagen 6: Inmunohistoquímica muestra positividad para Melan A. (Fuente: imagen propia).

Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial entre patología hemoroidal y neoplasias anales, especialmente ante síntomas persistentes.

DISCUSIÓN:

El adenocarcinoma y el carcinoma escamoso son las dos estirpes histológicas más frecuentes en el ano y en el tercio inferior del recto. El melanoma anorrectal es un tumor poco frecuente en esta localización, con una incidencia inferior al 1% de todos los carcinomas anorrectales². El melanoma de ano se localiza en la mayoría de los casos en el canal anal o en la línea pectínea, y solo un pequeño porcentaje (2-5%) se asienta exclusivamente en la mucosa rectal³.

Suele presentarse predominantemente en mujeres, en la quinta o sexta década de la vida. Desde el punto de vista clínico, los pacientes presentan síntomas proctológicos habituales, como sangrado, prolaps o tenesmo.

Ante la sospecha histológica de un patrón fusocelular, deben realizarse estudios inmunohistoquímicos, especialmente para S-100 y Melan-A, ya que su positividad indica que se trata de un melanoma.

El pronóstico es desfavorable: en el momento del diagnóstico, alrededor del 60% de los pacientes presentan enfermedad metastásica, y la supervivencia a los 5 años es inferior al 10%⁵.

El melanoma anal es una entidad poco frecuente. La escisión local es el tratamiento de elección en tumores pequeños, mientras que la amputación abdominoperineal debe considerarse únicamente en casos de tumores voluminosos o con síntomas que afectan significativamente la calidad de vida del paciente. El estudio anatomopatológico debe incluir marcadores inmunohistoquímicos como S-100 y Melan-A, además de las tinciones de rutina. El pronóstico es malo, ya que la mayoría de los pacientes presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Row D, Weiser MR. Anorectal melanoma. Clin Colon Rectal Surg. 2009;22: 120–6.
2. Roviello F, Cioppa T, Marrelli D, Nastri G, De Stefano A, Hako L, Pinto E. Primary anorectal melanoma: considerations on a clinical case and review of the literature. Chir Ital 2003; 55: 575-580.
3. Falch C, Stojadinovic A, von Weyhern CH, et al. Anorectal malignant melanoma: Extensive 45-year review and proposal for a novel staging classification. J Am Coll Surg. 2013;217: 324-35.
4. Takahashi T, Velasco L, Zarate X, Medina-Franco H, Cortes R, de la Garza L, Gamboa-Dominguez A. Anorectal melanoma: report of three cases with extended follow-up. South Med J. 2004; 97: 311-313.
5. Cagir B, Whiteford MH, Topham A, Rakinic J, Fry RD (1999). Changing epidemiology of anorectal melanoma. Dis Colon Rectum 42(9):1203–1208.