

Melanoma anorretal primário: um relato de caso

Primary anorectal melanoma: a case report

Melanoma anorrectal primario: reporte de un caso

Recebido: 08/10/2020 | Revisado: 10/10/2020 | Aceito: 11/10/2020 | Publicado: 12/10/2020

Fabiana Gallo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8526-1538>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: fabiana-gallo@hotmail.com

Gabriela Vellano de Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2519-5337>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: gabivellano@gmail.com

Rebeca Fontoura Morais Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9932-0861>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: rebeca.fontoura@hotmail.com

Marcela Pereira de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8377-7610>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: marcelaacruvinel@gmail.com

Rone Antônio Alves de Abreu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7821-2463>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: roneantonioabreu@gmail.com

Jandui Diniz Araújo Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7494-6649>

Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Brasil

E-mail: jandui.diniz@gmail.com

Resumo

O melanoma primário de mucosas é uma afecção rara, correspondendo a 1,4% dos melanomas no geral, sendo mais comum na região anorretal devido a maior concentração de melanócitos. Tem maior prevalência entre a sexta e oitava década de vida. Apresenta sintomas como: dor local, enterorragia, hematoquezia, presença de massa tumoral anal, desconforto evacuatório, podendo gerar prolapso durante o ato defecatório devido ao crescimento da lesão. Diante de sinais e sintomas vagos e inespecífico, a doença é caracterizada por ter um prognóstico desfavorável, pois seu diagnóstico geralmente é tardio, sendo feito em apenas 0,9 a 5% dos casos, normalmente, mediante à presença de complicações. A identificação da doença é confirmada através do histopatológico. O presente estudo descreve o caso clínico de uma paciente de 69 anos de idade, no qual foi submetida, diante das queixas, a uma polipectomia com biópsia que apresentou no resultado do histopatológico uma neoplasia maligna intraepitelial do canal anal com margens livres, caracterizando o procedimento como curativo.

Palavras-chave: Anorretal; Colostomia; Melanoma; Polipectomia.

Abstract

Primary mucosal melanoma is a rare condition, corresponding to 1.4% of melanomas in general, being more common in the anorectal region due to the higher concentration of melanocytes. It is more prevalent between the sixth and eighth decade of life. It presents symptoms such as: local pain, enterorrhagia, hematochezia, presence of anal tumor mass, evacuation discomfort, which can generate prolapse during defecation due to the growth of the lesion. In face of vague and nonspecific signs and symptoms, the disease is characterized by having an unfavorable prognosis, as its diagnosis is usually late, being made in only 0.9 to 5% of cases, usually, due to the presence of complications. The identification of the disease is confirmed through histopathology. The present study describes the clinical case of a 69-year-old patient, who underwent, in the face of complaints, a polypectomy with biopsy that presented an intraepithelial malignancy of the anal canal with free margins, characterizing the procedure as a dressing.

Keywords: Anorectal; Colostomy; Melanoma; Polypectomy.

Resumen

El melanoma primario de mucosa es una entidad poco frecuente, correspondiente al 1,4% de los melanomas en general, siendo más frecuente en la región anorrectal debido a la mayor concentración de melanocitos. Es más frecuente entre la sexta y octava década de la vida. Presenta síntomas como: dolor local, enterorragia, hematoquecia, presencia de masa tumoral anal, molestias al evacuar, que pueden generar prolapso durante la defecación por el crecimiento de la lesión. Ante signos y síntomas vagos e inespecíficos, la enfermedad se caracteriza por tener un pronóstico desfavorable, ya que su diagnóstico suele ser tardío, realizándose solo en el 0,9 al 5% de los casos, habitualmente por la presencia de complicaciones. La identificación de la enfermedad se confirma mediante histopatología. El presente estudio describe el caso clínico de una paciente de 69 años, a la que se le realizó, ante las quejas, una polipectomía con biopsia que presentó una malignidad intraepitelial del canal anal con márgenes libres, caracterizando el procedimiento como aderezo.

Palabras clave: Anorrectal; Colostomía; Melanoma; Polipectomía.

1. Introdução

O melanoma é uma das neoplasias malignas que já é considerada um problema de saúde pública devido seu crescimento exponencial. Se origina através de mutações nos melanócitos, sendo a forma primária mais comum em pele, mas pode ocorrer em outros locais como região ocular, mucosa e leptomeninge (Ferreira *et al.*, 2017).

Foi demonstrado em alguns estudos que a cada 10 a 15 anos dobram-se os números de novos casos, principalmente quando relacionada ao câncer de pele que apresenta maior gravidade, pois é responsável pela maior quantidade de casos e por 79% de mortalidade. O prognóstico depende da fase que foi diagnosticado com chances de cura de até 90% dos casos que são detectados precocemente (Dimatos *et al.*, 2009).

É o tumor primário que mais gera metástase para o trato gastrointestinal, principalmente intestino delgado (em especial, no íleo), sendo encontrado post-mortem cerca de 60% dos pacientes com doença disseminada, enquanto que o diagnóstico em vida é em torno de 4%. O período entre o tratamento da lesão primária e a detecção da metástase varia entre 2 a 12 anos, podendo a disseminação ser direta, linfática ou hematogênica, sendo o último mais comum em casos de aparecimento de nódulos mucosos e submucosos (Prado Filho, Lima, & Monteiro, 2001; Pérez, González, Rodríguez & Álvarez., 2002).

O trato gastrointestinal também pode ser afetado primariamente pelo melanoma mucoso que corresponde a 1,4% de todos os melanomas, sendo o local mais comum a região anorretal devido a maior concentração de melanócitos (Ferreira *et al.*, 2017). Apesar da raridade, a região anal é a terceira mais acometida, sendo a primeira o tipo cutâneo e a segunda, o ocular (Gama *et al.*, 2010). A faixa etária mais prevalente está entre a sexta e oitava década de vida, sendo mais comum em mulheres do que em homens, acredita-se que isso se deve principalmente ao desenvolvimento de doenças no trato genital. (Lins Neto, 2017; Carvajal, Hamid & Ariyan, 2020).

Nos casos de melanoma de pele há uma grande relação da exposição aos raios ultravioletas e a mutação celular. Já nos mucosos de canal anal, claramente não existe essa associação, de forma que sua etiologia ainda não é clara. Porém há estudos que indicam a possibilidade de a origem encontrar-se em fatores genéticos, na imunossupressão ou em infecções virais (Rosetti Filho, 2011).

Entre os sinais e sintomas mais comuns, estão: dor local, enterorragia, hematoquezia, presença de massa tumoral anal, desconforto evacuatório, podendo gerar prolapso durante o ato defecatório devido ao crescimento da lesão (Ferreira *et al.*, 2017; Gama *et al.*, 2010; Rosetti Filho, 2011). Por serem sintomas inespecíficos, o melanoma deve ser incluído como diagnóstico diferencial em lesões cavitárias, infiltrativas ou polipóides do trato gastrointestinal (Souza, Souza, Souza & Johnston, 2009).

A apresentação visível das lesões é descrita por Gama *et al.* (2010, p. 362) “geralmente como lesões únicas, de tamanho bastante variável, podendo ser polipóides, sésseis ou, mais frequentemente, pedunculados ou infiltrativos”.

Devido à similaridade da sintomatologia do melanoma de canal anal com as doenças anorretais (por exemplo, hemorroida) o processo da confirmação pode ser dificultado. O diagnóstico da afecção mucosa é feito através do histopatológico, porém é pelo exame proctológico e anamnese que ocorre a suspeita. Para estadiamento deve ser realizado exames de imagem complementar como a ultrassonografia endoanal que avalia grau e extensão da invasão tumoral e confirma se há presença de gânglios metastáticos, além de tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliar metástase em outros órgãos (Gama *et al.*, 2010; Caselli, Pinedo & Hurtado, 2009).

Em virtude das manifestações vagas e comuns, o diagnóstico se torna tardio, sendo feito em apenas 0,9 a 5% dos casos, normalmente, mediante à presença de complicações (Tomasich, Demarchi, Luz, Dias & Kato, 2003). Diante do exposto a doença é caracterizada por ter um prognóstico restrito proporcionando baixos índices de cura, havendo uma

sobrevida média 20 meses (Hossne, Prado, Bakonyi Neto, Denardi Junior & Ferrari, 2007). A duração dos sintomas por mais de três meses, invasão perineural, presença de dez linfonodos inguinais acometidos, melanoma amelanótico na histologia e espessura tumoral maior que 2mm representam fatores que corroboram para um aumento da mortalidade (Gama *et al.*, 2010).

Hossne *et al.* (2007, p. 320) relata que há uma diversidade opções terapêuticas já descritas, como: “excisão local ampliada, amputação abdominoperineal do reto, exenteração pélvica, radio e quimioterapia, ressecções alargadas, injeção local de interferom beta e a braquiterapia, entre outros”.

Em razão da raridade da doença, ainda não há estudos que abordem de forma consensual qual é a melhor forma de tratamento. A radioterapia e a quimioterapia adjuvante não demonstraram vantagens significativa na sobrevida global do paciente, porém foi demonstrado em alguns casos que a radioterapia pode gerar algum efeito regional no controle da doença. A abordagem cirúrgica de caráter curativo, quando possível, deve ser a primeira opção, sendo ela a excisão local ou a amputação abdominoperineal (APR). São poucos estudos que comparam as duas técnicas, mas não aparentam ter muita diferença na sobrevida global também (Gama *et al.*, 2010; Hossne *et al.*, 2007).

Este presente trabalho visa expor o relato de caso de uma paciente que foi diagnosticada e tratada de Melanoma Primário de Canal Anal na Clínica Gatromed em Araguaína-TO, de forma demonstrar que o desfecho pode ser favorável se o diagnóstico for realizado em estágios iniciais da doença.

2. Metodologia

O presente artigo trata-se de um estudo retrospectivo de um relato de caso com abordagem qualitativa e descritiva de uma paciente com melanoma anorretal, conforme o livro Metodologia da Pesquisa Científica (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018), para isso foram coletados dados dos prontuários e exames disponíveis nos bancos de dados da clínica Gastromed em Araguaína-TO.

Para complementação teórica do tema, utilizou-se dos bancos de dados Medline, Lilacs-Bireme, Web Of Science, Pubmed e Cochrane, além de livros e revistas que abordaram sobre Melanoma de mucosas, principalmente de canal anal. O Termo de Consentimento Livre e Assistido (TCLE) foi assinado pela paciente.

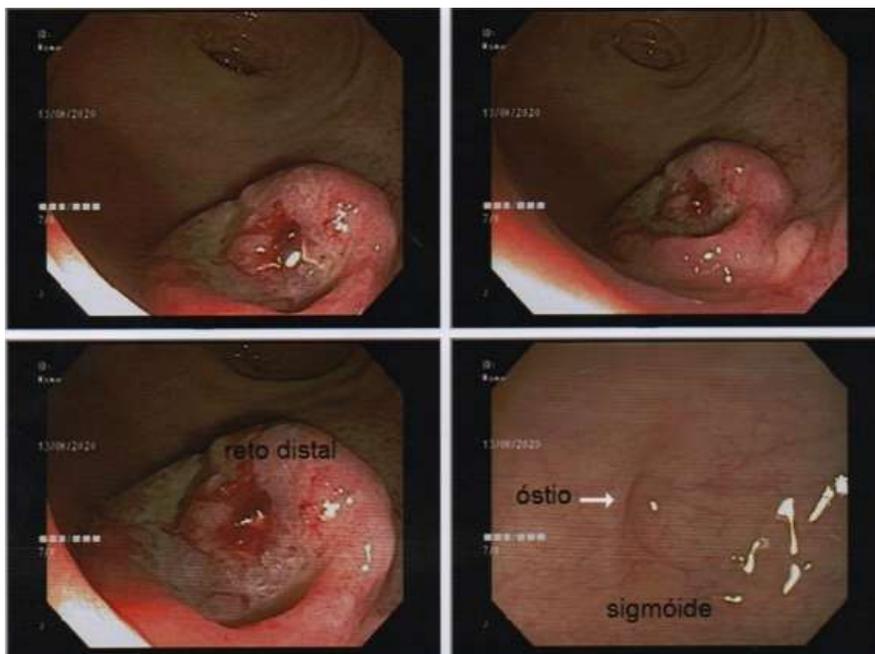
3. Relato de Caso

Paciente I. R. M., feminino, 69 anos, procedente de Jacundá-PA comparece a consulta na Clínica Gastromed em Araguaína-TO, no dia 25/02/2014 com queixa de hemorragia digestiva baixa há dois meses associada a nódulo de aproximadamente de dois centímetros na região anal com exteriorização da mucosa retal e perda de aproximadamente três quilos desde o início dos sintomas.

Apresenta histórico cirúrgico de colecistectomia e cesariana, entretanto nega comorbidades como diabetes/hipertensão, e hábitos como tabagismo e elitismo, além de alergia medicamentosa. Relata história familiar de câncer de colo de útero e acidente vascular cerebral.

Foi realizado uma colonoscopia (Figura 1) em 05/03/2014 que evidenciou lesão úlcero-vegetante na parede anterior do reto distal, a 2 cm da borda anal, endurecida, com 5cm de extensão, fundo recoberto por fibrina e necrose, sem alteração na vascularização da submucosa; sigmóide com dois óstios diverticulares de base estreita; cólon descendente sem alterações, porém não foi possível progressão do aparelho, indisponibilizando a avaliação do cólon transverso, ascendente e ceco.

Figura 1. Colonoscopia realizada até cólon ascendente.



Fonte: Os autores.

Dentro do próprio procedimento foi realizado polipectomia da lesão para biópsia cujo anatomopatológico apresentou resultado de neoplasia maligna intraepitelial do canal anal. Diante das evidências, foi solicitado exames pré-operatórios e risco cirúrgico para realizar exérese completa da lesão.

A paciente retorna assintomática para expor os exames solicitados, nos quais constaram: baixo risco cirúrgico, ultrassonografia transvaginal sem alterações, CEA pré-operatório: 1,3ng/ml (VR: <3,0), tomografia computadorizada de abdome e tórax sem evidências de anormalidades e histopatológico demonstrado diagnóstico da lesão como melanoma intestinal, com margens livres, apontando que a polipectomia foi de caráter curativo dispensando realizar novos procedimentos.

Após 6 meses de seguimento, paciente relata aparecimento de placas irregularmente elevadas, com áreas rígidas de cor marrom com pequenos nódulos negros em membros superiores e face levantando a hipótese de melanoma cutâneo. Foi encaminhada para exérese e biópsia das lesões que confirmou a suspeita inicial. Em vista do resultado, submetem-na a um novo estadiamento com colonoscopia, radiografia de tórax e tomografia computadorizada de abdome no qual todos se mostraram sem alterações.

A paciente mantém seguimento ambulatorial para acompanhamento de novos focos há 6 anos, permanecendo assintomática e sem evidências de recidiva tumoral.

4. Discussão

O melanoma mucoso apresenta seu foco principal e mais incidente na região anorretal. Devido a sua raridade e agressividade, existem poucos estudos que avaliam os melhores tratamentos para adquirir maior sobrevida. Diante da dificuldade de ser diagnosticado, por causa da sua similaridade sintomatológica com outras doenças anorretais, o processo da confirmação é feito tardio propiciando baixas taxas de sobrevivência. Sendo elas, em cinco anos, de 37%, 17% e 0% para os pacientes diagnosticados com doença local, regional e disseminada, respectivamente (Parra *et al.*, 2010; Townsend, Beauchamp & Evers, 2015).

Embora não haja um consenso quanto ao melhor tratamento, a cirurgia aparenta ser a melhor chance de um bom prognóstico. Ainda não foi definido qual método é o mais aconselhável no tocante entre ressecção abdominoperineal (APR) e ressecção local. Porém, sabe-se que o melhor resultado da conduta terapêutica cirúrgica é conseguir uma ressecção R0, ou seja, retirada da lesão com margens livres de doença, desde que não haja foco metastático (Townsend *et al.*, 2015).

A paciente do quadro clínico em questão, apresentou-se à consulta com sintomas abrangentes e inespecíficos, comuns do melanoma de canal anal, mas que poderia facilmente ser confundido com outras doenças anorretais. Diante da suspeita patológica, que se favorece também por estar dentro da faixa etária mais prevalente, a investigação correta e precoce foi primordial para o sucesso do tratamento.

Ellison & Zollinger Jr. (2017, p. 386), afirmam que a APR “é a operação de escolha para as neoplasias malignas retais muito baixas que acometem o complexo esfíncteriano ou não podem ser removidas com margem distal de 2 cm”. Dessa forma, para ela não foi necessário esse procedimento, pois, além da condição descrita acima, a ressecção local, feita para a biópsia durante a colonoscopia, foi de caráter curativo por apresentar margens livres no histopatológico. Infelizmente, apesar da grande segurança que a ressecção R0 pode trazer, não há estudos que demonstrem comprovação de 100% de cura (Cruz, Silva, Teixeira, Andrade Filho & Pena, 1999).

Para tanto, a paciente prosseguiu com acompanhamento periódico no qual ainda realiza atualmente. Porém, 6 meses após o tratamento, ela apresentou novas lesões em pele que foram confirmadas se tratar de melanoma cutâneo. Não foi possível constatar se este quadro era um foco primário de um novo câncer ou se era metástase da lesão do canal anal. De toda forma, foi tratada adequadamente permanecendo sem novos sintomas até o atual momento (6 anos).

5. Considerações Finais

O melanoma primário de canal anal é extremamente raro, não havendo ainda consenso quanto à melhor abordagem terapêutica. O caso descrito neste artigo, demonstra a importância de uma conduta e diagnóstico precoce da doença, pois, apesar da progressão agressiva, é somente assim que é possível conseguir uma ressecção ideal da lesão: com margens livres de células tumorais.

A excisão da lesão realizada pela polipectomia, mostrou-se uma opção viável e a mais vantajosa para esta paciente. Porém, apesar de ter sido a ressecção ideal, ainda é necessário um acompanhamento periódico no intuito de avaliar presença de recidivas.

Infelizmente, na maioria dos casos a doença só é diagnosticada após aparecimento de complicações, o que indica que ela provavelmente esteja avançada. Porém, como é comprovadamente mais incidente em pacientes de idade mais avançada, a possibilidade de

diagnóstico precoce deveria ser uma realidade palpável, pois no Brasil há indicação ao rastreamento de Câncer Colorretal periodicamente.

Por se tratar de uma enfermidade rara, para trabalhos futuros, sugere-se uma análise em relação a incidência e prevalência da doença, bem como os fatores de risco predisponentes para a mesma, visando tornar o conhecimento sobre esta patologia mais acessível e difundido, corroborando assim com a comunidade científica.

Referências

Carvajal, R. D.; Hamid, O. & Ariyan, C. (2020). Mucosal melanoma. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/mucosal-melanoma?search=melanoma%20mucoso&source=search_result&selectedTitle=1~20&usage_type=default&display_rank=1

Caselli M., G., Pinedo M., G. & Hurtado R., F. (2009, Abril). Melanoma del canal anal. *Revista chilena de cirugía*, 61(2), 117-118.

Cruz, G. M. G., Silva, I. G., Teixeira, R. G., Andrade Filho, J. S. & Pena, G. P. M. (1999). Melanoma anorretal. Apresentação de três casos e revisão da literatura. *Revista brasileira de coloproctologia*, 19(3), 177-191.

Dimatos, D. C., Duarte, F. O., Machado, R. S., Vieira, V. J., Vasconcellos, Z. A. A., Bins-Ely, J. & Neves, R. D. (2009). Melanoma cutâneo no Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(Supl. 1), 14-19.

Ellison, E. C. & Zollinger Junior, R. M. (2017). *Zollinger: Atlas de cirurgia*. (10a ed) Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Ferreira, T. M. J., Miranda, A. C., Andrade, F. A. P., Valentim, L. F.; Beckmann, J. D. M. & Cardoni, T. S. (2017). Melanoma mucoso primário de canal anal: relato de caso. *Jornal coloproctologia*, 37(Supl. 1), 73–176. doi: 10.1016/j.jcol.2017.09.072

Gama, L. R. M., Clara, R. C., Gama, P. L. A. N., Zambom, A. C. S., Ribeiro, F. L. M.; Loureiros, G. J. Z., Gama, L. P. N. & Gama, R. C. (2010). Melanoma de Canal Anal

Simulando Doença Hemorroidária. Relato de Caso. *Revista brasileira Coloproctologia*, 30 (3), 360-364.

Hossne, R. S., Prado, R. G., Bakonyi Neto, A., Denardi Junior, E. & Ferrari, A. (2007). Melanoma Anorretal - Relato de 2 casos e Revisão da Literatura. *Revista brasileira Coloproctologia*, 27(3), 317-321.

Lins Neto, M. A. (2017, Janeiro/Março). Melanoma anorretal - relato de caso. *GEP NEWS*, 1(1), 41-46.

Parra, R. S., Almeida, A. L. N. R., Badiale, G. B., Moraes, M. F. S., Rocha, J. J. R. & Féres, O. (2010, Outubro). Melanoma of the anal canal. *Clinics*, 65(10), 1063-1065. doi: 10.1590/S1807-59322010001000026

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica (UAB/NTE/UFSM.)*. Santa Maria: Santa Maria.

Pérez, R. P., González, R. M., Rodríguez, C. G. & Álvarez, H. C. (2002, Setembro/Outubro). Metástasis de colon recidivante por melanoma maligno. *AMC*, 6(5), 546-549.

Prado Filho, O. R., Lima, T. G. & Monteiro, O. G. (2001, Setembro/Outubro). Hemorragia digestiva baixa devido a melanoma maligno metastático. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 28(5), 389-390. doi: 10.1590/S0100-69912001000500014

Rosetti Filho, E. R. (2011). *Melanoma de canal anal: relato de caso e revisão de literatura*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil.

Souza, F. F., Souza, F. F., Souza, A. T. & Johnston, C. (2009). Melanoma metastático causando intussuscepção do intestino delgado: diagnóstico por F-FDG PET/TC. *Radiologia Brasileira*, 42(5), 333-335.

Tomasich, F. D. S., Demarchi, V. C. A., Luz, M. A., Dias, L. A. N. & Kato, M. (2003, Março/Abril). Metástases intestinais de melanoma. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 30(2), 92-97.

Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., & Evers, B. M. (2015). *Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna* (19a ed.), 1. Rio de Janeiro: Elsevier.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Fabiana Gallo – 20 %

Gabriela Vellano de Andrade – 20%

Rebeca Fontoura Morais Abreu – 20%

Marcela Pereira de Araújo – 20%

Rone Antônio Alves de Abreu – 10%

Jandui Diniz Araújo Filho – 10%