

Lia Volpini Fraga (VOLPINI, L.F.)¹, Flavia Roberts Harrigan Morandi (HARRIGAN, F.R.M.)¹, Luiza Rocio Tristão (TRISTÃO, L.R.)¹, Luiza Rodrigues Alves (ALVES, L.R.)¹, Natália Abrantes Grossi (GROSSI, N.A.)², Luiz Fernando Mazzini Gomes (GOMES, L.F.M.)³, Ana Luiza Miranda Cardona Machado (MACHADO, A.L.M.C.)³.

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade MULTIVIX. Vitória - ES.

² Residente do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia Vitória - ES.

³ Cirurgiã Oncológica e Preceptora do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória – ES.

Introdução

O melanoma anorretal é um tumor maligno raro, com incidência de 0,4 a 1,6% de todos os melanomas e 1% dos tumores de canal anal, sendo mais prevalente na faixa etária entre a sexta e oitava décadas de vida¹ e em mulheres na proporção 2:1. Mesmo com poucos casos na literatura, esta localização é a terceira mais comum, atrás apenas de pele e olhos².

O quadro clínico não apresenta especificidades que a distingua de outras patologias anais, o que pode atrasar o diagnóstico e contribuir para um pior desfecho do caso. Tal lesão pode se disseminar por via hematogênica, apresentando preferência para fígado, pulmões, cérebro e ossos, ou linfática em cadeia inguinal, mesentérica ou para-aórtica.

A pigmentação desses tumores nem sempre é característica dos melanomas, esta pode estar diminuída ou ausente. Nos casos em que não há presença de pigmentos, o diagnóstico deve ser realizado por imunohistoquímica ou por testes de tirosinase-dopaxoxidase³. Porém, se pigmentado, o diagnóstico é realizado por estudo anatomopatológico.

O tratamento é prioritariamente cirúrgico, pela superioridade em desfechos favoráveis, embora ainda haja controvérsias quanto a técnica utilizada: ressecção local ou amputação abdominoperineal do reto (AAPR)⁴. O tratamento radioterápico não é indicado visto que os melanomas são conhecidamente rádio-resistentes, portanto reserva-se apenas ao tratamento paliativo.

Caso

Mulher, 77 anos, lavradora, hipertensa, diagnosticada com demência de Alzheimer, em uso de memantina, rivastigmina, hidroclorotiazida e bromazepam. Deu entrada no serviço em julho de 2016 relatando quadro de astenia, hiporexia, associada a episódios de hematoquezia, constipação intestinal e distensão abdominal há um mês, refere emagrecimento de aproximadamente 5 kg nesse período. Apresenta colonoscopia de julho de 2016 com lesão tumoral vegetante no canal anal, reto distal e área plana de hiperemia no ceco, biópsia de lesão evidenciou presença de melanoma. Sugerido intervenção cirúrgica para amputação de reto, sendo realizada colostomia em preparação pré cirúrgica.

Em setembro de 2019 foi feita amputação abdominoperineal de reto, com exérese de tumor maligno (melanoma), com 5,7 cm de diâmetro e 1,7 cm de espessura, margens livres, crescimento vertical, infiltrado até gordura pericólica, presença de ulceração, 5 MIT/mm², invasão perineural e invasão angiolinfática presentes.

Em acompanhamento regular, exame laboratorial de novembro de 2017 evidenciou aumento de desidrogenase láctica (DHL 1031 U/L) e, em tomografia computadorizada, surgimento de imagem nodular com densidade de partes moles no segmento basal lateral do lobo inferior do pulmão esquerdo, medindo 1,1 cm; linfonodomegalia na região axilar direita, medindo 1,4 cm; formação expansiva com densidade de partes moles e áreas hipodensas de permeio na região perineal, medindo cerca de 12,0 x 8,4 cm em íntimo contato com o canal anal à esquerda, associada a densificação do tecido subcutâneo. Dentro do contexto clínico do paciente a hipótese de envolvimento secundário e recidiva da doença de base foi levantada.

Em acompanhamento contínuo com equipe oncológica clínica e de cirurgia oncológica, paciente iniciou intolerância à realização de radioterapia, sendo então decidido, em conjunto com família, prezar pelo conforto da paciente, colocando-a em cuidados paliativos exclusivos.

Casística e Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de análise de informações de prontuários de paciente portador de melanoma de canal anal, em acompanhamento no serviço de cirurgia oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (HSRC-AFECC), referência em tratamento oncológico no estado do Espírito Santo.

Conclusões

O melanoma anorretal se trata de uma afecção pouco frequente. Por apresentar sintomatologia semelhante, comorbidades anorretais benignas, como hemorroidas e incontinência fecal podem ser fatores de confusão na detecção precoce do tumor. Dessa forma, o melanoma de canal anal é um diagnóstico difícil de ser realizado, com grande chance de postergação do tratamento cirúrgico e eventual diminuição de sobrevida do paciente.

Contato

Endereço para correspondência: Av. Marechal Campos 1579, CEP: 29.043-260, Santa Cecília - Vitória – ES. Telefone: (27) 27 3334-8000. E-mail: sac@santarita.org.br; lrociotristao@gmail.com; flaviarobertss@hotmail.com; liavolpini07@gmail.com; luizarodrigues157@gmail.com; analuiza_cardona@hotmail.com.

Referências

1. TIEN, Huey Y. et al. Sentinel Lymph Node Metastasis in Anal Melanoma. International Journal of Gastrointestinal Cancer, v. 32, n. 1, p. 53-56, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1385/ijgc:32:1:53>. Acesso em: 9 jun. 2022.
2. Hickey M, Magee D. Melanoma Maligno do canal anal. Ir Med J. 1982 Mar;75(3):83. 7076471.
3. TAGLIOLATTO JUNIOR, Luiz et al. Melanoma maligno anorretal: relato de um caso e revisão da literatura. Rev. bras. colo-proctol, v. 7, n. 4, p. 159-63, 1987. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-134234>. Acesso em: 6 jun. 2022.
4. Habr-Gama A, Souza Jr AHS. Câncer no ânus. In: Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Pinotti HW (Ed). Editora Atheneu, v. 2, São Paulo-SP, 1994, pp. 1.293-1.300.