

Robson Liz Braga Almeida¹; Ana Beatriz de Castro Feres²; Bruna Portela Costa Ferreira de Melo²; Gabriela Silva Alvarez²; Mara Inês Stefanini Zamae¹; Rodrigo de Souza Sarmiento Valente¹; Amanda Cristina Virgílio Alves¹; Alberto Julius Alves Wainstein²; Andre Luiz Cota Bicalho¹; Milhem Jameledien Morais Kansaon¹

¹Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

²Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Introdução

O melanoma representa cerca de 3% dos diagnósticos de câncer de pele, sendo o Melanoma Anorretal (MA) um tipo raro, conferindo um pior prognóstico ao paciente.

O entendimento da doença e seu tratamento, com inclusão de imunoterapia e terapia alvo, trazem novos paradigmas. Mediante a falta de protocolos, propomos a discussão da abordagem terapêutica entre a tradicional cirurgia mutiladora e a conduta conservadora. Neste trabalho, relatamos um caso de MA tratado com imunoterapia neoadjuvante e cirurgia radical.

Casística e Métodos

Paciente sexo masculino, 65 anos, fototipo 1, evoluindo com dor anal e tenesmo, com piora progressiva dos sintomas e hematoquezia, há seis meses. Ao toque retal, detectada lesão palpável a cerca de 3 centímetros da borda anal.

Na colonoscopia, visto grande lesão exofítica, enegrecida, junto à linha pectínea (**FIGURA 1**). Biópsia com resultado anatomopatológico e imunohistoquímico evidenciando **melanoma pigmentado nodular de mucosa, imunofenótipo S-100, Melan A e HMB-45 positivo, BRAF selvagem**.

Prosseguindo a propedêutica, foi realizado PET-CT, sendo definido diagnóstico de **melanoma de mucosa estadio IIIA (T2N1M0)**. Iniciou-se neoadjuvância com 4 ciclos de **Ipilimumabe + Nivolumabe**. Ao final de 3 ciclos, o paciente evoluiu com reações adversas da terapia sistêmica, sendo optado por prosseguimento cirúrgico, com **amputação abdominoperineal de reto por videolaparoscopia**. A peça cirúrgica (**FIGURA 2**) não evidenciava sinais de neoplasia residual. As margens cirúrgicas foram livres e os linfonodos adjacentes não apresentavam sinais de neoplasia.

Resultados

O MA é um subgrupo raro desse tipo de neoplasia, sendo que a maioria dos melanomas de reto originam-se da junção mucocutânea. Ao diagnóstico, 30% apresentam metástases à distância e 60% acometimento linfonodal.

A sintomatologia, normalmente, é tardia, o que dificulta a detecção precoce. Para o diagnóstico, utiliza-se da retossigmoidoscopia e colonoscopia. A tomografia (TC) de abdome, pelve e tórax, além do PET-CT são exames utilizados para o estadiamento.

A base de tratamento da doença localizada é a **ressecção cirúrgica**, que tem como objetivo a obtenção de margens de ressecção negativas (R0). Sendo assim, a **amputação abdominoperineal** é a técnica que promove maior taxa de sobrevida livre de doença e maior controle locorregional.

Resultados

A extensão da ressecção será definida com base na espessura do tumor. O benefício da linfadenectomia regional e da biópsia de linfonodo sentinela ainda são questões em debate.

A imunoterapia alvo combinada descrita, utilizada em neoadjuvância, tem mostrado resultados promissores nos casos de melanoma cutâneo estadio III. A radioterapia adjuvante pode melhorar o controle locorregional, embora não impacte na sobrevida.

Para doenças metastáticas, a terapia adjuvante é a opção. Utiliza-se de Dabrafenibe e Interferon alfa, que têm demonstrado aumento de sobrevida global.

No caso clínico em questão, apesar do esquema incompleto de imunoterapia neoadjuvante, foi observada resposta oncológica completa da doença (peça cirúrgica R0 e ausência de sinais de recidiva da doença no acompanhamento). Esse resultado estimula a discussão sobre o papel da técnica cirúrgica utilizada no MA, frente ao avanço da imunoterapia.



FIGURA 1 - Achado de colonoscopia: grande lesão exofítica, irregular, consistência endurecida, coloração enegrecida, recoberta por tecido necrótico, medindo cerca de 3,0 cm em seu maior eixo, junto à linha pectínea e com aparente infiltração da mucosa adjacente.

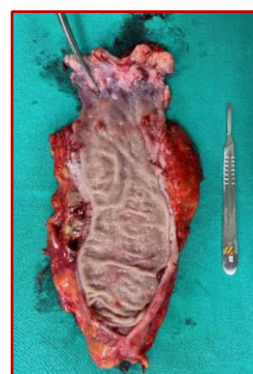


FIGURA 2 - Peça cirúrgica de amputação abdominoperineal de reto por videolaparoscopia.

Conclusões

O melanoma de reto é uma doença rara, por isso, existem poucos estudos que possam estabelecer de forma robusta, a melhor abordagem para esse tipo específico de neoplasia. Diante disso, o tratamento e o seguimento são norteados, na maior parte dos casos, por definições referentes ao melanoma cutâneo.

Neste caso, foi observado que o tratamento imunoterápico neoadjuvante do melanoma de reto estadio III, seguido de abordagem operatória radical, apresentou resposta oncológica completa.

Considerando que mais estudos são necessários para que sejam elaboradas diretrizes específicas acerca da doença, espera-se que este relato de caso possa servir como base para o questionamento sobre o papel da imunoterapia no tratamento do melanoma anorretal, em comparação à amputação abdominoperineal, que apresenta grande morbimortalidade.

Referências

- Blank CU, Reijers ILM, Pennington T, et al. First safety and efficacy results of PRADO: A phase II study of personalized response-driven surgery and adjuvant therapy after neoadjuvant ipilimumab (IPI) and nivolumab (NIVO) in resectable stage III melanoma. J Clin Oncol 2020; 38: 155.
- Brady MS, Kavolius JP, Quan SH. Anorectal melanoma. A 64-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Dis Colon Rectum 1995; 38:146.
- Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. Cancer 1998; 83:1664.
- Dummer R, Hauschild A, Santinami M, et al. Five-Year Analysis of Adjuvant Dabrafenib plus Trametinib in Stage III Melanoma. N Engl J Med 2020; 383:1139.
- Pessaux P, Pocard M, Elias D, et al. Surgical management of primary anorectal melanoma. Br J Surg 2004; 91:1183.