

ABCDDV/1264

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(4):293-212

DOI: /10.1590/0102-6720201600040020

Carta ao Editor

MELANOMA ANAL E ADENOCARCINOMA DE COLON SINCRÔNICOS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE DIAGNÓSTICO E CONDUTA

*Synchronous anal melanoma and colon adenocarcinoma:
case report and review of diagnosis and management*

Eduardo Henrique **PIROLA**¹, Felipe Piccarone Gonçalves
RIBEIRO¹, Fernanda Junqueira Cesar **PIROLA**¹, Camila
COSMO², Melany Di **BIASI**³

Trabalho realizado no ¹Spaulding/Massachusetts General Hospital Lab, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA; ²Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil; e ³Centro de Inovação Tecnológica na Reabilitação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

DESCRIPTORIOS - Melanoma. Adenocarcinoma. Diagnóstico

HEADINGS - Melanoma. Adenocarcinoma. Diagnosis

Correspondência:

Eduardo Henrique Pirolla

E-mail: eduardopirolla@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 04/02/2016

Aceito para publicação: 02/08/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

Melanoma anal maligno é afecção rara, correspondendo a 0.05-1.0% de todos os tumores anorretais, e 0.4-1.6% de todos os outros melanomas^{7,8,9}. Sua raridade pode ser evidenciada pela proporção de que para cada melanoma anal, existem oito carcinomas de células escamosas e 250 adenocarcinomas anais^{8,9}.

O objetivo do artigo é apresentar um caso de melanoma anal maligno sincrônico com adenocarcinoma de cólon, estimulando a discussão sobre possíveis abordagens para sistematizar o diagnóstico e realizar o tratamento mais precoce e objetivo possível.

RELATO DO CASO

Paciente de 57 anos, admitido com adinamia, palidez e nódulo em região inguinal. O histórico médico, relatava tratamento prévio para anemia um ano antes de sua avaliação inicial. Neste período apresentou teste de sangue oculto nas fezes positivo. Endoscopia e exames contrastados gastrointestinais não evidenciaram alterações. Não relatava perda de peso ou alterações de hábitos intestinais.

Nos seis meses que antecederam sua admissão, ele sentia dor esporádica no canal anal, melhorando com o uso de supositórios de anti-inflamatórios não hormonais. Após 30 dias do início desses sintomas, buscou assistência médica, sendo submetido à retossigmoidoscopia e colonoscopia, com biópsias de lesões de canal anal e ceco. Foi diagnosticado com carcinoma do canal anal pouco diferenciado e adenocarcinoma tubular bem diferenciado do ceco. Iniciou formação de nódulo subcutâneo na raiz da coxa direita, ao nível da região inguinal direita.

O paciente foi encaminhado para o nosso serviço em São Paulo, SP, Brasil, para tratamento cirúrgico da lesão do cólon e tratamento clínico da lesão do canal anal (Figura 1), pois recusou a abordagem cirúrgica da lesão anal e a possível realização de colostomia. Tomografia abdominal e de tórax não revelaram, naquele momento, outros achados. Realizada a colectomia direita ampliada e biópsia intra-operatória da lesão do canal anal e de um linfonodo identificado na região inguinal direita.



FIGURA 1 – Lesão anal circunferencial em todo canal anorretal

Achados anatomopatológicos do canal anal revelaram melanoma maligno amelanótico com extensiva infiltração e presença de ulcerações e necrose (Figura 2). A lesão inguinal direita constituía-se de metástase do melanoma amelanótico maligno.

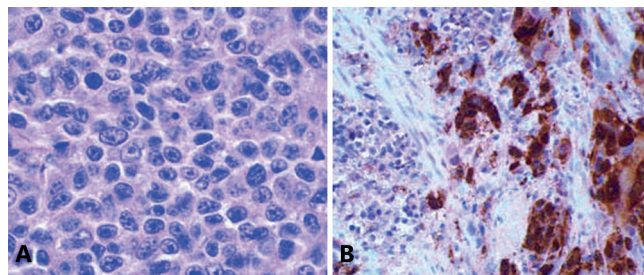


FIGURA 2 – A) Tipo epitelióide amelanótico (H&E); B) epitelióide/linfoma-like (Estudo da proteína S-100)

Anatomopatológico da lesão do cólon direito evidenciou adenocarcinoma tubular invasivo estágio II, com comprometimento e presença de infiltração em 20% da mucosa; acometimento difuso e extenso da parede externa do cólon até o tecido adiposo pericólico; presença de lesões ulceradas com áreas irregulares e necrose, discreta fibrose e infiltração inflamatória; ausência de invasão vascular ou peri-neural. O exame anatomopatológico das margens cirúrgicas revelou ausência de neoplasia. A avaliação dos linfonodos mesocólicos exibiram hiperplasia linfóide reativa sem presença de metástase (0/13).

O paciente recusou tratamento cirúrgico da lesão do canal anal e quimioterapia e radioterapia adjuvantes, negligenciando o acompanhamento por dois meses. Após esse período, retornou com lesão anal exofítica e sangramento, associado à perda ponderal significativa e aumento da dor anorretal. Trinta dias anteriores à hospitalização, apresentou sangramento anal expressivo com remissão espontânea. No sexto dia antes do novo atendimento, houve outro episódio de sangramento que se manteve, o que originou a hospitalização. Nova tomografia de abdome mostrou múltiplas adenomegalias de linfonodos para-aórticos, paracavais, inguinais e perirretais bilateralmente; presença de massa heterogênea e limites imprecisos, compatíveis com conglomerados de linfonodos de origem mesentérica e próximos

ao ângulo hepático do cólon; evidência de massa constituída por tecido amolecido no canal anal, estendendo-se da fossa isquiorretal em direção à borda perineal, predominantemente à esquerda, sem plano de clivagem com o músculo elevador do ânus. Em razão do sangramento e ulceração presentes, foi realizada colostomia a Hartmann e iniciou-se radioterapia locoregional. Após a terceira sessão de 300 rads, houve melhora do sangramento e resolução completa após a quarta sessão. O quadro clínico geral se estabilizou e atualmente o paciente segue monitorado e em tratamento quimioterápico.

DISCUSSÃO

O melanoma maligno anorretal foi descrito pela primeira vez por Moore em 1857¹. A origem do tumor aparenta ser ectodérmica. Porém, a presença de melanócitos no cólon e reto, acima das regiões escamosas e transitórias do canal anal, comprova que o tumor também pode se originar proximal e distal a linha pectínea^{1,2,11}. Alguns autores argumentam que, na maioria dos casos, o tumor se origina na linha pectínea e cresce no espaço submucoso, deslocando-se através deste tecido, para emergir na mucosa no ponto mais proximal do reto médio e, desta forma, simula tratar-se de tumor primário do reto^{2,6}.

O prognóstico é ruim, visto que a taxa de sobrevida é baixa^{5,8,13}. Alguns autores atribuem tal fato ao diagnóstico tardio na maioria dos casos^{1,3,12}.

Os sinais e sintomas são similares aos de outras doenças colorretais, sendo mais frequentes o sangramento anal, dor local, alterações no hábito intestinal, e por muitas vezes, o crescimento de nódulos na região^{1,3,8,12}. A dificuldade diagnóstica se deve às similaridades dos sintomas com a doença hemorroidária ou com a fissura anal, assim como o fato de 16-41% das lesões serem desprovidas de pigmentação^{1,8,12}.

A incidência é maior nas mulheres^{1,8,12}. Os acometidos estão mais concentrados na sexta e sétima décadas de vida^{5,6,12}.

Ressecção é o tratamento de escolha dentre os autores, dependendo do tamanho da lesão. O nível de infiltração e a presença de metástases são alguns dos fatores considerados quando se determina a melhor abordagem^{1,9}. Radioterapia e quimioterapia prévias ou adjuvante pós-operatória são bastante debatidas.

Muitos autores acreditam que a origem desse tumor é na linha denteada, onde melanócitos foram detectados^{1,2,8}. Atualmente, íons de ferro vêm sendo utilizados para a coloração sendo a técnica de Masson-Fontana a utilizada para mostrar melanócitos acima da linha denteada^{2,5,8}. As técnicas mais recentes e efetivas, utilizam reações de imunistoquímica, como a proteína S-100 (anticorpos S-100), que apresenta sensibilidade elevada, porém menor especificidade. Anticorpos monoclonais também são utilizados como método de detecção, como o HMB-45 (monoclonal Enzo)².

A classificação de Breslow é melhor utilizada para estadiar a profundidade do tumor^{1,8}. Este método é preferido à classificação de Clark, no que diz respeito a falta de derme papilar na região^{1,8}.

Muitos autores classificam melanomas anorretais em estádios, sendo a mais comum: estágio I – in situ; estágio II – disseminação regional (linfadenopatia inguinal); estágio III – metástases à distância^{1,3}.

As áreas de metástases podem ser agrupadas de acordo com a ordem crescente de sua frequência: pulmão, ossos, fígado, cérebro e trato gastrointestinal^{1,3}.

O diagnóstico precoce é essencial para melhorar o prognóstico de doença tão agressiva. A taxa de sobrevida em cinco anos varia entre 6-12%^{4,7,10}. A média de sobrevida relatada na literatura é de 18 meses¹².

Alguns fatores podem piorar o prognóstico como: diagnóstico tardio, ulceração da lesão, rica vascularização mucosa e natureza agressiva do tumor.

Como as queixas mais frequentes são de enterorragia

ou sangramento anal moderado ou pequeno, é essencial a realização da retossigmoidoscopia e biópsia^{7,8,9}. O patologista deve ser lembrado das hipóteses possíveis, pois existe a possibilidade de incidir dificuldades no diagnóstico diferencial de carcinoma anaplásico e doença hemorroidária. É essencial a obtenção de outras evidências anatomopatológicas.

Na propedêutica complementar inicial, alguns autores recomendam o uso de exames contrastados e se necessário, posteriormente, a colonoscopia^{3,7,12}.

O melanoma maligno anorretal apresenta metástases precoces¹. O envolvimento de linfonodos mesentéricos é mais comum que os inguinais¹. Lesões do reto drenam para os linfonodos mesoretais e para a cadeia mesentérica inferior, o que pode ocorrer em 33.3% dos casos. Lesões anais cutâneas drenam para os linfonodos inguinais superficiais¹. A disseminação por via hematogênica pode atingir o fígado, pulmão, ossos, cérebro e trato gastrointestinal¹. Os autores divergem em relação à conduta e tratamento, apesar do procedimento indicado inicialmente ser cirúrgico. Existem debates a respeito de excisão local ou amputação abdominoperineal. Alguns grupos de autores defendem a quimioterapia e/ou radioterapia para controle dos sinais e sintomas iniciais como o sangramento e a presença de linfonodos inguinais e intracavitários.

Para outros autores^{1,6} a amputação abdominoperineal pode levar à maior taxa de sobrevida, especialmente se não houver invasão linfonodal (Estádio I).

A maioria dos estudos não demonstram diferença significativa na taxa de sobrevida entre os pacientes submetidos à amputação abdominoperineal e os tratados com excisão local^{1,3}. Existe certo consenso de que menores taxas de recorrência são observadas quando a amputação abdominoperineal é realizada, porém sem significância estatística³.

Outro aspecto relevante se apresenta entre os pacientes sem linfonodos comprometidos que são encaminhados para a amputação abdominoperineal. Tais pacientes possuem prognóstico mais favorável quando comparados aos com linfonodos comprometidos⁶. Alguns autores acreditam que o prognóstico é estritamente relacionado à natureza agressiva do tumor e à operação precoce⁴.

Em relação ao tratamento adjuvante, a literatura contesta o sucesso da radioterapia (não responsividade dos linfonodos peri-músculo anorretal), assim como a falta de consenso em relação ao sucesso terapêutico da quimioterapia⁴. Radioterapia e hipertermia são relacionadas ao controle da doença in situ, seguido pela regressão do tumor¹². Radioterapia não é o tratamento de escolha, porém pode ser usada como tratamento paliativo¹². Imunoterapia (terapia monoclonal) é outro método terapêutico atual, sendo administrado a pacientes que se apresentam cirurgicamente (macroscopicamente) livres da doença. Este tratamento é realizado por quatro a sete meses, com injeções subcutâneas de melanócitos irradiados com bacilos de Calmette-Guerin.

Em síntese, os estudos demonstram a natureza altamente agressiva do tumor, e as dificuldades no diagnóstico precoce e estadiamento clínico. O prognóstico é pobre e os pacientes enfrentam metástases desafiadoras³. O desfecho cirúrgico é medíocre e poucos pacientes sobrevivem por cinco anos¹.

REFERÊNCIAS

1. Campos FGCM, Habr-Gama A, Silva JH, Ibrahim RE, Tudor R, Pinotti HW. Malignant melanoma of the anorectal region: report of a case and review of the literature. *ABCD. Arq Bras Cir Dig*, 1989;4(4), 102-7.
2. Clemmensen OJ, Fenger C. Melanocytes in the anal canal epithelium. *Histopathology*. 1991 Mar;18(3):237-41.
3. Dhaliwal VS, et al. Malignant melanoma of anorectal; *J. Indian M.A.*, 1987, 85(11), 341-3.
4. Eng J, Sabanathan S, Whittaker M. Primary anorectal malignant melanoma. A case report. *Acta Chir Scand*. 1989 Jun-Jul;155(6-7):357-9.

- García Montes JM, Jiménez Sáenz M, Hernández Peña M, Herrerías Gutiérrez JM. [Anorectal melanoma]. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1989 Aug;76(2):173-5.
- Goldman S, Glimelius B, Pahlman L. Anorectal malignant melanoma in Sweden. Report of 49 patients. Dis Colon Rectum. 1990 Oct;33(10):874-7.
- Jorge E, Harvey HA, Simmonds MA, Lipton A, Joehl RJ. Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Operative treatment and survival. Ann Surg. 1984 Mar;199(3):328-31.
- Kantarovsky A, Kaufman Z, Zager M, Lew S, Dinbar A. Anorectal region malignant melanoma. J Surg Oncol. 1988 Jun;38(2):77-9.
- Knysh VI, Timofeev IuM, Serebriakova ES. [Treatment of melanomas of the anorectal region]. Vopr Onkol. 1987;33(3):74-8.
- Pyper PC, Parks TG. Melanoma of the anal canal. Br J Surg. 1984 Sep;71(9):671-2.
- Singh W, Madaan TR. Malignant melanoma of the anal canal. Am J Proctol. 1976 Feb;27(1):49-55.
- Slingluff CL Jr, Vollmer RT, Seigler HF. Anorectal melanoma: clinical characteristics and results of surgical management in twenty-four patients. Surgery. 1990 Jan;107(1):1-9.
- Wong JH, Cagle LA, Storm FK, Morton DL. Natural history of surgically treated mucosal melanoma. Am J Surg. 1987 Jul;154(1):54-7.

ABCDDV/1265

ABCD Arq Bras Cir Dig
2016;29(4):295-212

DOI: /10.1590/0102-6720201600040021

Carta ao Editor

HEPATECTOMIA CENTRAL PARA CISTOADENOMA BILIAR: PRESERVAÇÃO DE PARÊNQUIMA EM LESÕES BENIGNAS

*Central hepatectomy for biliary cystadenoma:
parenchyma-sparing approach for benign lesions*

Raphael L. C. **ARAUJO**^{1,2}; Danielle **CESCONETTO**¹; Vagner Birk **JEISMANN**¹; Gilton Marques **FONSECA**¹; Fabricio Ferreira **COELHO**¹; Jaime Arthur Pirola **KRUGER**¹; Paulo **HERMAN**¹

Trabalho realizado na ¹Unidade de Cirurgia do Fígado e Hipertensão Portal, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP; e ²Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo Alto e Hepato-pancreato-biliar, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

DESCRIPTORES - Hepatectomia. Cistadenoma
HEADINGS - Hepatectomy. Cystadenoma

Correspondência:

Raphael L. C. Araujo

E-mail: rphadaaraujo@hccbarretos.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 03/12/2015

Aceito para publicação: 02/06/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

Hepatectomia central (HC), conhecida também como mesohepatectomia, corresponde a ressecção hepática de segmentos 4, 5, e 8⁹. Lesões hepáticas localizadas nestes segmentos podem exigir ressecções extensas, tais como hepatectomias direita, esquerda, direita ou esquerda estendidas, especialmente devido à sua relação com estruturas vasculares e biliares maiores. A HC representa potencial risco de sangramento intra-operatório, além de risco de lesão biliar e de margens positivas. Por outro lado, HC permite maior preservação de parênquima, importante em lesões benignas.

Relata-se o caso de mulher sintomática com um grande

tumor cístico complexo que foi submetida à HC, sem violação do tumor e nenhuma grande complicação pós-operatória.

RELATO DE CASO

Mulher de 61 anos com história de colúria, acolia fecal, icterícia e dor em hipocôndrio direito foi submetida à colecistectomia e destelhamento de cisto hepático por laparotomia em outra instituição há 30 meses. Devido à recorrência de sintomas de colestase foi encaminhada ao nosso serviço.

A ressonância magnética de abdome revelou uma lesão cística no segmento 4 com septos e paredes espessas medindo 9,0 cm. O cisto apresentava isossinal em T1 e hipersinal em T2. A confluência dos ductos biliares esquerdo e direito era comprimida pelo cisto, causando dilatação moderada bilateralmente. O limite lateral do cisto comprimia a artéria hepática esquerda e o ramo esquerdo da veia porta, enquanto o seu limite inferior comprimia o ramo portal direito e a artéria hepática direita. Outra lesão cística simples foi encontrada no segmento 2 (Figura 1). Os exames laboratoriais mostraram aumento de enzimas canaliculares e bilirrubinas, e marcadores tumorais negativos. O caso foi revisto em uma conferência multidisciplinar (hepatobiliar) semanal e a hipótese principal era cistadenoma biliar. A fim de evitar trisegmentectomia direita a decisão foi a realização de ressecção com preservação de parênquima - hepatectomia central.

Durante a operação, houve a confirmação da estreita relação do cisto com a placa hilar. Foi realizada ultrassonografia intra-operatória que mostrou compressão, mas não invasão da placa hilar. O influxo de fígado foi controlado com ligadura intra-hepática do pedículo dos setores anterior direito e segmento 4. O cisto foi separado da placa hilar usando CUSA (cavitron ultrassônico aspirador cirúrgico) e cauterio bipolar, como demonstrado nas Figuras 2 e 3. A transecção do parênquima foi realizada com pinçamento do pedículo intermitente (manobra de Pringle). Não foi realizada transfusão sanguínea. O pós-operatório só foi marcado por uma fistula biliar de baixo volume, tratamento conservador com o dreno na cavidade colocado durante a operação (grau I - Classificação Dindo & Clavien)². Recebeu alta no 8º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou cistadenoma biliar com neoplasia de baixo grau e margens livres. Após 18 meses de follow-up, ela estava sem qualquer recorrência sintomática ou radiológica (Figura 4).

DISCUSSÃO

Hepatectomia Central (HC) é também conhecida como mesohepatectomia, ressecção hepática central, lobectomia hepática média e bisegmentectomia central⁹. Os riscos dela comparados com os das principais ressecções hepáticas tradicionais incluem: maior tempo de procedimento, maior perda sanguínea intra-operatória, maior risco de complicações biliares e vasculares, todas atribuídas principalmente à proximidade com estruturas hilares e a presença de dois planos de ressecção significativas, em vez de um único. Apesar dessas preocupações, este caso destacou que HC é segura e pode ser realizada sem morbidade significativa. Lee et al. demonstraram através de revisão sistemática que não há diferença significativa para a morbidade e mortalidade pós-operatória entre hepatectomia HC e estendendida (HE)⁴. Além disso, um estudo caso-controle recente do mesmo autor não mostrou diferença nas taxas de mortalidade de 90 dias, fistulas biliares ou insuficiência hepática pós-operatória³. Além disso, este estudo também mostrou maior tempo de permanência, maiores níveis séricos de bilirrubina no pós-operatório e maior tempo de protrombina para os pacientes que se submetem a HE.

A preservação de parênquima hepático visa diminuir o risco de insuficiência hepática pós-operatória, encurtar o tempo de recuperação, e permitir re-hepatectomias em pacientes com alto risco de recidiva hepática. Em pacientes com doenças