

## IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

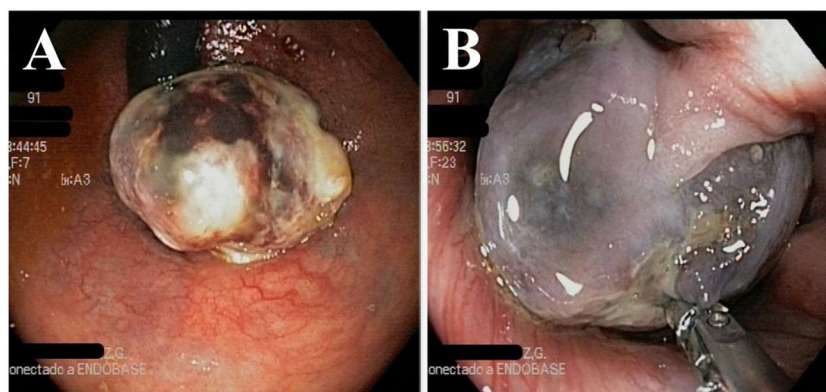
# Melanoma anal: causa atípica de rectorragia en paciente anciano

## Anal melanoma: Atypical cause of rectal bleeding in an older adult patient

G. Castillo-López<sup>a,\*</sup> y M.C. Villanueva-Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España



**Figura 1** Endoscopia. A) Masa anal visualizada mediante maniobra de retroflexión en recto. La lesión, pediculada y móvil, se introduce en recto, pero no presenta afectación de la mucosa rectal. B) Masa dependiente de canal anal, se aprecia un pedículo mucoso en visión directa, toma de biopsia con pinza.

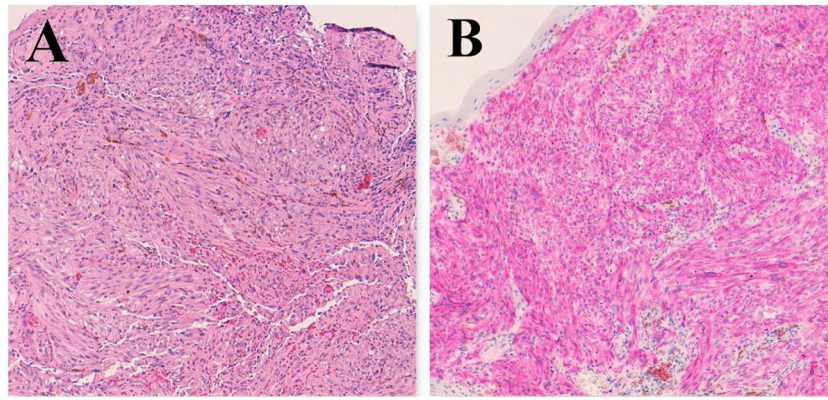
Varón de 91 años, en tratamiento antiagregante y anticoagulante, que refiere rectorragia y dolor anal desde hace 6 meses. No mejoró tras cuidados habituales y tratamiento tópico para crisis hemorroidal. En el tacto rectal se palpó un pólipo anal en rafe posterior. La colonoscopia identificó una lesión esférica en canal anal de 30 mm, con aspecto violáceo y ulcerado (figs. 1A y B). El estudio histopatológico

evidenció mucosa escamosa con infiltración de lámina propia por grandes nidos de células fusiformes con pigmento melánico, e inmunohistoquímica (HMB45 positivo, K5/6 negativo) compatible con melanoma maligno (figs. 2A y B). El estudio de extensión fue negativo, pero se desestimó tratamiento oncológico por edad avanzada y comorbilidad. Se realizó cirugía paliativa con buena evolución. Un año después el paciente persiste asintomático.

El melanoma anal representa menos del 1% de las neoplasias anorrectales y del 2% de todos los melanomas<sup>1-3</sup>. La rectorragia es el síntoma más frecuente<sup>1-3</sup>. También puede presentarse como masa, dolor anal, prurito... clínica inespecífica y atribuible a patología benigna y frecuente

\* Autor para correspondencia. Calle Doctor Luis Montes, SN. 28935 Móstoles, Madrid, España. Teléfono: +34-651311290.

Correo electrónico: [guillermo.castillo@salud.madrid.org](mailto:guillermo.castillo@salud.madrid.org) (G. Castillo-López).



**Figura 2** Histología. A) Infiltración difusa de la lámina propia por una neoplasia dispuesta en fascículos de células fusiformes con núcleos atípicos y pigmento melánico (hematoxilina-eosina  $\times 100$ ). B) Tinción inmunohistoquímica para HMB45 con AEC que muestra positividad citoplásmica en las células neoplásicas ( $\times 100$ ).

(hemorroides), lo que tiende a retrasar el diagnóstico<sup>1-3</sup>. Se trata de una entidad rara y muy agresiva<sup>1-5</sup>. La cirugía radical no aumenta la supervivencia y las terapias adyuvantes no son efectivas<sup>1</sup>. La supervivencia a los 5 años es del 20%<sup>2</sup>. Una alta sospecha clínica es clave para el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado<sup>4</sup>. En todo paciente con rectorragia debe realizarse tacto rectal<sup>1</sup>. Nuestro caso también ilustra la importancia de incluir retroflexión rectal en la colonoscopia de estos pacientes<sup>6</sup>.

### Consideraciones éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Se trata de un caso en que se procedió según práctica clínica habitual, y por tanto no fue necesaria la autorización del comité ético de investigación del hospital.

Se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes. Los autores declaran que en este artículo se ha preservado en todo momento el anonimato del paciente, y el consentimiento informado para la publicación de este caso no se solicitó específicamente, porque en el presente artículo no se publican datos personales que permitan identificar al paciente.

### Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Bibliografía

1. Reina A, Errasti J, Espín E. Anorectal melanoma. An update. *Cir Esp*. 2014;92:510-6.
2. Singer M, Mutch MG. Anal melanoma. *Clin Colon Rectal Surg*. 2006;19:78-87.
3. Meguerditchian AN, Meterissian SH, Dunn KB. Anorectal melanoma: Diagnosis and treatment. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:638-44.
4. Saldaña-Dueñas C, Goñi-Esarte S, Juanmartiñena-Fernández, et al. Anorectal melanoma: An atypical cause of rectorrhagia. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40:623-5.
5. Xu X, Ge T, Wang G. Primary anorectal malignant melanoma: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99, e19028.
6. Pagani W, Sheikh U, Skef W. Resectable Anal Melanoma Detected by Rectal Retroflexion. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19. A25.