

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la realización del presente trabajo.

Referencias

- Schreiner MA, Chang L, Gluck M, et al. Laparoscopy-assisted versus balloon enteroscopy-assisted ERCP in bariatric post-Roux-en-Y gastric bypass patients. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:748–56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2011.11.019>.
- Connell M, Sun WYL, Mocanu V, et al. Management of choledocholithiasis after Roux-en-Y gastric bypass: A systematic review and pooled proportion meta-analysis. *Surg Endosc.* 2022;36:6868–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-022-09018-y>.
- Kedia P, Kumta NA, Widmer J, et al. Endoscopic ultrasound-directed transgastric ERCP (EDGE) for Roux-en-Y anatomy: A novel technique. *Endoscopy.* 2015;47:159–63, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1390771>.
- Kedia P, Sharaiha RZ, Kumta NA, et al. Internal EUS-directed transgastric ERCP (EDGE): Game over. *Gastroenterology.* 2014;147:566–8, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.05.045>.
- Tyberg A, Kedia P, Tawadros A, et al. EUS-directed transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography (EDGE): The first learning curve. *J Clin Gastroenterol.* 2020;54:569–72, <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000001326>.
- James HJ, James TW, Wheeler SB, et al. Cost-effectiveness of endoscopic ultrasound-directed transgastric ERCP compared with device-assisted and laparoscopic-assisted ERCP in patients with Roux-en-Y anatomy. *Endoscopy.* 2019;51:1051–8, <http://dx.doi.org/10.1055/a-0938-3918>.
- Shah-Khan SM, Zhao E, Tyberg A, et al. Endoscopic ultrasound-directed transgastric ERCP (EDGE) utilization of trends among interventional endoscopists. *Dig Dis Sci.* 2023;68:1167–77, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-022-07650-1>.
- Prakash S, Elmunzer BJ, Forster EM, et al. Endoscopic ultrasound-directed transgastric ERCP (EDGE): A systematic review describing the outcomes, adverse events, and knowledge gaps. *Endoscopy.* 2022;54:52–61, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1376-2394>.
- Shinn B, Boortalary T, Rajman I, et al. Maximizing success in single-session EUS-directed transgastric ERCP: A retrospective cohort study to identify predictive factors of stent migration. *Gastrointest Endosc.* 2021;94:727–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2021.04.022>.
- Krafft MR, Lorenze A, Croglia MP, et al. “Innocent as a LAMS”: Does spontaneous fistula closure (secondary intention), after EUS-directed transgastric ERCP (EDGE) via 20-mm lumen-apposing metal stent, confer an increased risk of persistent fistula and unintentional weight gain? *Dig Dis Sci.* 2022;67:2337–46, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-021-07003-4>.

O.V. Hernández-Mondragón* e I. Bartnicky-Navarrete

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, CP 06720, Ciudad de México, México. Teléfono: 55 5627 6900, extensión 21318. Correo electrónico: mondragonmd@yahoo.co.uk (O.V. Hernández-Mondragón).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.01.004>
0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abordaje quirúrgico del melanoma anorrectal, a propósito de un caso



Surgical approach to anorectal melanoma: A case report

Los melanomas mucosos son tumores poco frecuentes; representan el 1.3% de todos los casos de melanoma¹. El melanoma anorrectal (MA) representa el 1% de los cánceres del canal anal; es el tercer melanoma más común después de la variedad cutánea y ocular, además es el sitio más común para el melanoma gastrointestinal primario^{2,3}. Es más frecuente en mujeres, en proporción de 1.5:1, y afecta principalmente a pacientes añosos⁴. Suele pasar desapercibido hasta que se presentan los síntomas, los cuales pueden ser sangrado rectal, dolor anal, prurito, tenesmo, cambio del hábito intestinal o presencia de masa anorrectal^{3,5}. Con menor frecuencia se presentan adenopatías inguinales palpables y otras adenopatías regionales o metástasis a distancia sincrónica⁵.

Anteriormente se consideraba la resección abdominopelvica (RAP) la mejor opción de tratamiento, sin embargo, la evidencia indica que la supervivencia puede ser la misma con la escisión local (EL), con menor morbilidad perioperatoria⁶. El uso de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia adyuvante ha sido controvertido².

Presentamos el caso de una mujer de 63 años, diabética e hipertensa en tratamiento. Inició 6 meses antes con rectorragia escasa al término de las evacuaciones, que aumentó de manera progresiva, recibiendo tratamiento farmacológico con escasa mejoría. Acude a valoración a urgencias debido a rectorragia abundante. A su ingreso se identifica tumor prolapsado de 8 cm a través del ano, el cual presenta 2 colgajos de 1 cm (fig. 1A). Laboratoriales con leucocitos de 13.2 cél/mm³, hemoglobina 9.8 g/dl, hematocrito 29%, glucosa 140 mg/dl, BUN 40 mg/dl, urea 85.6 mg/dl y creatinina 2.0 mg/dl. Es diagnosticada como probable cáncer de recto. Se realizó colonoscopia, que evidenció tumoración de 6 cm, de coloración oscura y friable. En la tomografía computarizada (TC) no había presencia de metástasis. No es posible realizar PET/TC por no estar disponible dicho estudio en la institución.

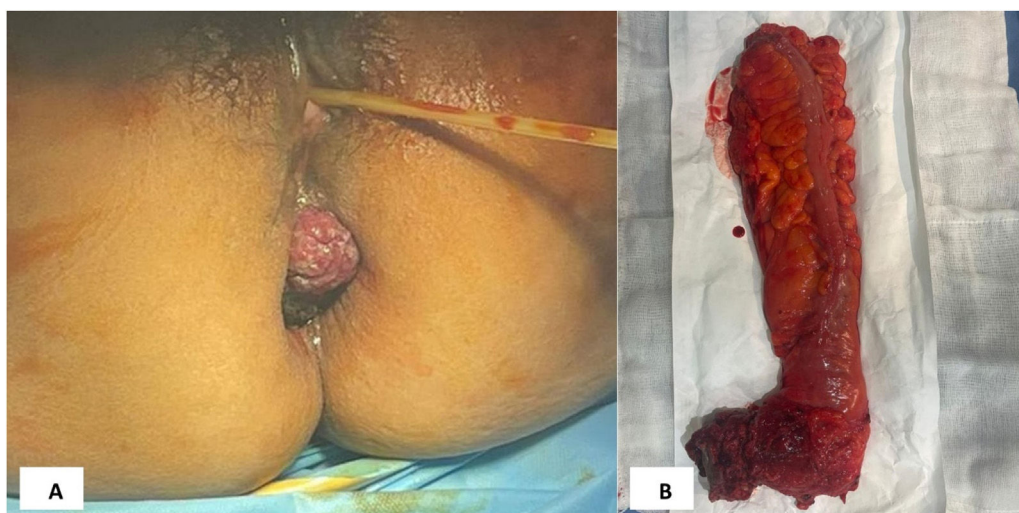


Figura 1 1A. Tumoración anal. 1B. Pieza de resección abdominoperineal.

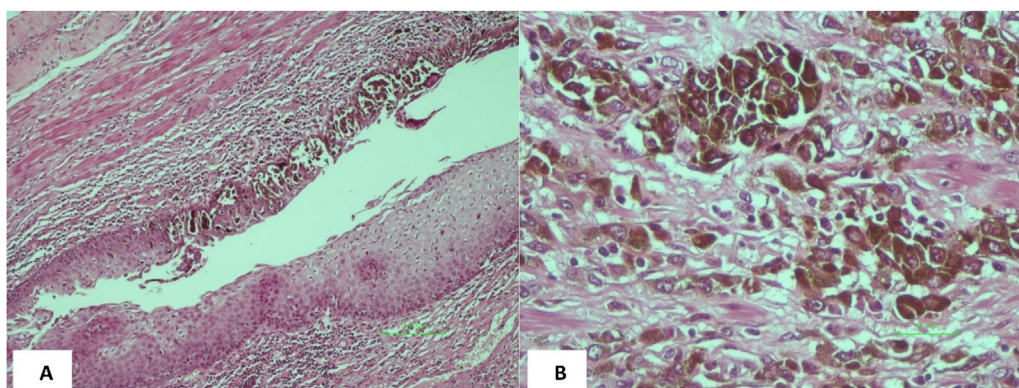


Figura 2 2A. Mucosa en canal anal con infiltración de células neoplásicas en la unión. 2B. Tejido conectivo con pigmento de melanina que se extiende de manera lentiforme.

Debido a la presencia de sangrado activo y prolapso, que dificultaría la resección local, se decide tratamiento quirúrgico mediante RAP, encontrando el tumor a 2 cm del ano, de 7 × 5 cm, blando, de coloración oscura, friable, con sangrado activo, prolapsado fuera del recto (fig. 1B). El análisis histopatológico reportó melanoma anorrectal de 4 × 3.5 cm, con invasión a pared muscular, sin llegar a margen radial, así como invasión linfovascular positiva, resección de 11 ganglios, 2 de ellos con metástasis, y bordes libres de neoplasia (fig. 2). La inmunohistoquímica reveló HMB-45 positivo y Melan-A positivo. La paciente cursó favorablemente el postoperatorio, siendo egresada. Actualmente se encuentra en tratamiento con quimioterapia.

El MA es una enfermedad letal, cuya mediana de supervivencia va de los 15 a los 21 meses¹. La mayoría de las lesiones parecen surgir a nivel de la línea dentada o por debajo de esta. Al menos el 25% son amelanóticos³.

Ford et al.¹ no encontraron diferencias significativas en la supervivencia general de acuerdo con el enfoque quirúr-

gico, presentando un 20.2% para RAP frente a un 17.3% de EL, con $p=0.31$. Por su parte, Iddings et al.⁵ encontraron una mediana de supervivencia general después de escisión transanal versus RAP similar en ambos grupos, siendo de 18 y 16 meses, respectivamente. La supervivencia a 5 años fue similar en ambos grupos: 16.8% para RAP versus 19.3% para resección transanal.

Nilsson y Ragnarsson-Olding estudiaron a un total de 251 pacientes con diagnóstico de melanoma anorrectal y obtuvieron una tasa de supervivencia a 5 años de 11.2%. No encontraron una diferencia significativa con respecto a la mediana de supervivencia entre los pacientes tratados con RAP o EL (11 vs. 14 meses), tasa de supervivencia a 5 años de 7 vs. 15%; $p=0.0984$. Hubo una reducción significativa en el riesgo de recurrencia cuando se logró una resección R0 ($p<0.001$), aunque el riesgo de RAP y EL fue similar ($p=0.106$)⁷.

La mayoría de los estudios muestran una mayor tasa de control local para los pacientes sometidos a RAP, pero no

ofrece un beneficio en supervivencia en comparación con la EL. En el caso de los melanomas localizados en la unión anorrectal, es poco probable que la EL sea posible, requiriendo de RAP en caso de estar indicada la cirugía. De igual manera, puede aplicarse para lesiones dentro del propio canal anal, mientras que las lesiones en el borde anal son más beneficiosas con una EL. La ventaja de la RAP es su capacidad de controlar la diseminación linfática y crear márgenes de escisión más amplios, dando como resultado una tasa de recurrencia local más baja. Por otra parte, la EL ofrece a los pacientes un control de síntomas equivalente, además de la oportunidad de curación con una morbilidad significativamente menor y evitando una colostomía permanente³.

La evidencia científica actual indica que la cirugía radical no ofrece mejora en la supervivencia de pacientes con MA, por lo que la RAP debe realizarse solo en pacientes donde la EL no es posible; dicho procedimiento es técnicamente posible siempre que permita obtener una resección R0, es decir, con un margen de resección adecuado⁴.

La planificación de la cirugía después de investigaciones clínicas y radiológicas exhaustivas, incluida la resonancia magnética de pelvis y la PET/TC de cuerpo entero, permite definir el abordaje quirúrgico apropiado para lograr una resección R0⁷. La obtención de márgenes negativos manteniendo la función esfinteriana debe ser el objetivo de la resección del MA primario⁵.

Consideraciones éticas

Los autores declaran haber cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

No es necesaria la autorización del comité de ética de la institución, ya que en ningún momento se incumplen o violan normas de anonimato del paciente ni se realizan procedimientos experimentales que pudieran poner en riesgo la integridad del paciente.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

El presente trabajo 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 no haber tenido ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Ford MM, Kauffmann RM, Geiger TM, et al. Resection for anal melanoma: Is there an optimal approach? *Surgery*. 2018;164:466–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2018.05.026>.
2. Naqvi J, Lee A, Lederman A, et al. Patterns of care and survival outcomes in the treatment of anal melanoma. *J Gastrointest Cancer*. 2020;51:211–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s12029-019-00238-5>.
3. McBrearty A, Porter D, McCallion K. Anal melanoma: A general surgical experience. *J Clin Case Rep*. 2015;5:493, <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7920.1000493>.
4. Reina A, Errasti J, Espín E. Melanoma anorrectal. Revisión de conjunto. *Cir Esp*. 2014;92:510–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.07.004>.
5. Iddings DM, Fleisig AJ, Chen SL, et al. Practice patterns and outcomes for anorectal melanoma in the USA, reviewing three decades of treatment: Is more extensive surgical resection beneficial in all patients? *Ann Surg Oncol*. 2010;17:40–4, <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-009-0705-0>.
6. Malaguarnera G, Madeddu R, Catania VE, et al. Anorectal mucosal melanoma. *Oncotarget*. 2018;9:8785–800, <http://dx.doi.org/10.18632/oncotarget.23835>.
7. Nilsson PJ, Ragnarsson-Olding BK. Importance of clear resection margins in anorectal malignant melanoma. *Br J Surg*. 2010;97:98–103, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.6784>.

M. Philippe-Ponce^{a,*}, M.A. Vela-Ramos^a,
M.A. Jiménez-Durán^b, C.Z. Díaz-Barrientos^a
y R. Zayas-Borquez^a

^a *Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Puebla, Puebla, Puebla, México*

^b *Medicina General, Puebla, Puebla, México*

* Autor para correspondencia. Avenida 25 Poniente 1301, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla, México. Teléfono 222 239 2507.

Correo electrónico: m_il89@hotmail.com
(M. Philippe-Ponce).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2023.02.004>
0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).