

8 MELANOMA ANO-RECTAL E ADENOCARCINOMA DO CÓLON SÍNCRONOS

Loureiro R.V., Borges V.P., Rodrigues R.V., Capela T., Bernardes C., Silva M.J., Russo P., Oliveira M., Mendes M., Duarte P.

A ocorrência de melanoma ano-rectal e adenocarcinoma do cólon síncronos é extremamente rara, havendo 6 casos descritos na literatura.

Os autores apresentam o caso, e iconografia correspondente, de um homem de 70 anos referenciado à consulta de Gastreenterologia por rectorragia e tenesmo. A colonoscopia revelou: ATV com focos de adenocarcinoma no ascendente e, acima da linha pectínea, lesão vegetante que ocupava 1/3 da circunferência, friável, com 40mm, cuja histologia revelou melanoma maligno compatível com origem primária anal (população tumoral HMB45+, S100+, AE1/AE3-, CD45- e CD56-). O estadiamento por ecografia endo-rectal e TC toraco-abdomino-pélvica concluiu T1N0M0.

Após discussão multidisciplinar, foi submetido a ressecção transanal do melanoma. Fez hemicolectomia direita num segundo tempo. A peça operatória revelou vários fragmentos de parede rectal e anal com infiltração da mucosa, submucosa e parte da camada muscular própria por melanoma maligno, sem invasão linfática ou venosa.

Aos 11 meses de follow-up, detecta-se recidiva loco-regional em RMN pélvica, com lesão de 12cm no espaço peri-rectal, infiltração da gordura peri-rectal, fáscia do meso-recto e envolvimento adenopático. Foi proposto para amputação abdomino-perineal, não realizada por se constatar invasão tumoral da próstata e sacro no intraoperatório, ficando com colostomia terminal. Sete meses após recidiva, mantém seguimento na consulta da dor, tendo realizado RT (44Gy), com estabilidade da doença.

Este caso documenta uma entidade rara com mau prognóstico, o melanoma ano-rectal, que constitui 0,4-3,0% de todos os melanomas malignos e 0,1-4,6% das neoplasias colo-rectais. A apresentação com adenocarcinoma síncrono, é ainda mais incomum, por se tratarem de tumores de origem distinta. A abordagem terapêutica preferencial é a ressecção cirúrgica, mas não existe consenso quanto à técnica. A maioria dos autores considera a ressecção local como a primeira escolha, pela menor morbilidade associada e ausência de demonstração de melhoria de sobrevida global com a amputação abdomino-perineal.

Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE