

13. 11201
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

MELANOMA ANO-RECTAL
PRESENTACION DE 3 CASOS CON DIAGNOSTICO
DIFERENCIAL INMUNOHISTOQUIMICO.

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA

P R E S E N T A

DR. AGUSTIN GUZMAN MARAÑON

ASESOR: DR. JOSE GONZALEZ ANGULO

MEXICO, D. F.,

1990



Handwritten signature

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I. OBJETIVOS	1
II. ANTECEDENTES	3
III. MATERIAL Y METODOS	5
IV. HALLAZGOS	6
V. DISCUSION	15
VI. CONCLUSIONES	25
VII. BIBLIOGRAFIA	27

I. OBJETIVOS

I.A. El Melanoma Ano-Rectal es una neoplasia maligna - de diagnóstico relativamente fácil debido a las características típicas de éste; que son: la presencia de gránulos de melanina, células grandes y atípicas, pérdida de la cohesión celular y su interacción con la epidermis. Sin embargo, en algunos casos se puede observar ausencia de estas características, tonándose una neoplasia indiferenciada de difícil diagnóstico, y que puede imitar tanto clínica como histológicamente a otras. Entre las técnicas aplicadas para el diagnóstico del melanoma-amelánico, han sido de gran utilidad las técnicas de inmunohistoquímica, tanto por su accesibilidad como por los resultados altamente satisfactorios. La elaboración de este trabajo nos - permitió la familiarización en el uso de reactivos inmunológicos que actualmente se utilizan como métodos alternativos en - la identificación histogenética de neoplasias poco diferenciadas o indiferenciadas.

I.B. Con el presente trabajo conocimos las características clínico-patológicas de los MAR[✓] estudiados en el Centro Médico "La Raza" durante 5 años, y uno en el hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Por lo tanto, este trabajo agrega 3 casos más a la literatura médica.

✓MAR=Melanoma Ano-
Rectal.

I.C El estudio y resultados que se han obtenido en este trabajo me permito ponerlo a consideración como tesis de post-grado para obtener el Diploma de especialista en Anatomía Patológica.

II. ANTECEDENTES

II.A El melanoma es una neoplasia agresiva que puede - ocurrir en piel, ojo y múltiples mucosas (Vulva, ano, vagina, - boca, tracto respiratorio, tracto digestivo, etc.) generalmente con un pronóstico grave (22).

Es en la región ano-rectal donde se observan del 1 al 3% de todos los melanomas, superados en frecuencia por los melanomas oculares y los de piel (4).

Chulani considera que el MAR es la neoplasia más agresiva del intestino (13). El promedio de supervivencia en la literatura mundial varía de 9 meses a 2.8 años y sólo el 10% de las - pacientes sobrevive 5 años o más (19). La frecuencia del MAR - se ha calculado entre el 0.1 al 1.25% de los tumores malignos - de la región ano-rectal (4,8,24). La proporción por frecuencia entre las neoplasias malignas de la región ano-rectal se ha establecido de la siguiente manera (23):

1 Melanoma ; 8 Carcinomas epidermoides ; 250 Adenocarcinomas.

II.B Corresponde a Moore la descripción del primer MAR - en 1857. Se encuentran 25 casos consignados en la literatura - médica del siglo XIX, con los reportes aislados de: Maier -- (1858), Panth (1883), Ball (1885), Tuffier (1888), Schmidt-Pe - terson (1888) y Heller (1901). Entre las series más importan - tes publicadas en el siglo XX destacan: Raven con 3 casos en - un período de 15 años (1948), Morson con 15 casos en un período de 22 años (1973), Mason con 17 casos en un período de tiempo - no especificado, obtenidos de los archivos del AFIP (Armed For - ces Institute of Pathology) hasta 1965. Husa con 14 casos en - un período de 14 años (1972), Wanebo con 51 casos del Memorial - Sloan-Kettering Cancer Center durante 50 años (1980) que in -- clufa los descritos previamente por Quan (30 casos) en 1966 y - finalmente Cooper con 12 casos en un período de 26 años (1982). Los casos reportados hasta la fecha se aproximan a 300 (3,4,8,- 13,24, etc.).

II.C El hallazgo de únicamente 2 casos en un lustro en - nuestro material, nos indica la baja frecuencia de esta neopla - sia. Este solo hecho la torna un interesante sujeto de estudio.

III. MATERIAL Y METODOS

III.A Se revisaron los archivos de las biopsias y quirúrgicas del departamento de Patología del Centro Médico "La Raza" - del IMSS durante un período de 5 años (1984-1988). Se recurrió a los archivos de laminillas, bloques y fotografías del mismo departamento en los casos identificados. Así mismo se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes en los archivos de la unidad mencionada.

Se utilizó, además, un caso del hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS estudiado en 1988. Se acudió al archivo de laminillas y de expedientes de la misma unidad para obtener los datos requeridos.

III.B Los estudios de inmunohistoquímica que se requirieron fueron realizados en los departamentos de Patología de los hospitales señalados. Se emplearon los siguientes anticuerpos: Vimentina, Queratina (Amplio espectro), Proteína S100, Enolasa Neurona Específica (DAKO PAP KIT_{TM}) y el Antígeno Común Leucocitario (DAKO MONOCLONAL KIT_{TM}).

IV. HALLAZGOS

En el periodo de 5 años (1984-1988) se realizaron 73 490-estudios de patología quirúrgica. Se identificaron 2 casos de MAR, lo cual resulta en una prevalencia de 0.00054% por año.

RESUMEN CLINICO DEL CASO # 1

Paciente del sexo femenino de 59 años, sordomudo que fue visto en el hospital de Especialidades del C.M. "La Raza" en Abril de 1985 con la prominencia de una neoformación a través del ano y presencia de heces mucosanguinolentas de 3 meses de evolución. No había respondido a tratamiento tópico anti-inflamatorio y medidas higiénico-dietéticas. Al tacto rectal se encontró neoformación en el sector de las 7, dura, móvil y dolorosa, de 6 cm. de longitud mayor. La anoscopía describió un tumor fungante, negro mate, sobre la línea pectínea, con sangrado fácil. El 29 de abril de 1985 se realizó resección de la misma con reporte anatomopatológico de: Melanoma maligno ulcerado.

En Julio de 1985 por recurrencia local se realizó Resección Abdomino-Perineal (RAP) y linfadenectomía inguino pélvica bilateral con reporte anatomopatológico de: Melanoma de mar

gen anal con nódulos de diseminación y con metástasis en 5/11 ganglios pericólicos y en 2/6 ganglios de fosa obturatriz derecha; sin tumor en límites quirúrgicos.

En Septiembre de 1985 cursó con cuadro clínico caracterizado por: Dolor en hemitórax derecho, disnea, espectoración hemoptóica y lesión difusa de la base pulmonar derecha (Rastreo con Galio 57). Se consideró que se trataba de metástasis pulmonar. Posterior a su alta por mejoría, se perdió su seguimiento.

HALLAZGOS DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL CASO # 1

Producto de resección local de MAR (C-4262-85) que consiste en: Neoformación ovoidea de consistencia blanda, de 5 x 4.5 x 4 cm. negra, con áreas cubiertas por exudado fibrinopurulento, ulcerada. Al estudio microscópico se observó una neoplasia ulcerada y recubierta en algunas áreas por epitelio tipo colónico. Constituida por células anaplásicas con aspecto epitelioide y otras fusocelulares. Las células epitelioides dispuestas en nidos regularmente delimitados, de citoplasma basófilo con gránulos de melanina. Las áreas fusocelulares formas haces. Existen áreas de transición entre los dos patrones de crecimiento. El núcleo es vasicular, preferentemente en las áreas epitelioides, hiper cromático y con nucléolo prominente. Se encuentran entre 3 y 7 figuras mitóticas por 10 campos a seco fuerte.

Producto de RAP y resección de ganglios inguinales bilaterales (C-7743-85) que muestra: Neoformación en mucosa levemente elevada, de 3 cm. de longitud mayor y que se encontró en el canal anal, a 3 cm. del límite quirúrgico distal. Dicha neoformación infiltra la pared intestinal; la superficie externa y al corte es café obscura a negra. Además se encuentran múltiples nódulos café oscuros a negruzcos, de consistencia semejante a la de la neoformación mayor: firme. Los nódulos (Satelitos) miden de 0.3 a 0.6 cm. y se localizan en submucosa del canal anal y recto. Se identifican múltiples ganglios pericólicos, café claro a oscuros, algunos firmes y otros blandos y miden de 0.3 a 1.4 cm. Al corte de características semejantes a las anteriores. Los ganglios de la región inguinal midieron de 0.5 a 1.9 cm. con hallazgos semejantes a los ya descritos.

Microscópicamente se observa una neoplasia ulcerada que infiltra mucosa, submucosa y el esfínter interno del ano, con células epitelioides semejantes a las ya descritas (C-4262-85). Así mismo muestra nidos de melanocitos neoplásicos en la submucosa adyacentes a la neoformación mayor; algunos de ellos infiltran la mucosa y otros la capa muscular. El epitelio escamoso presenta cambios de unión a 0.6 cm. de la neoformación mayor, independientes de las áreas de satelitos. Estos cambios de unión predominan en la basal y suprabasal, en ocasiones formando tecas. En varios ganglios pericólicos y de las regiones in-

guinales se observa infiltración focal y difusa de melanocitos-neoplásicos, tanto fusocelulares como epitelioides con pigmento melánico.

RESUMEN CLINICO CASO # 2

Paciente del sexo masculino de 57 años con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por: deseos constantes de defecar, tenesmo, rectorragia, dolor anal a la defecación y heces adelgazadas con moco. Al no mejorar con tratamiento tópico (Lidocaína e hidrocortisona) fue enviado al C.M.N. "Siglo XXI" en Agosto de 1988 con diagnóstico de "hemorroides". Al tacto rectal y a la rectosigmoidoscopia se apreció: masa lobulada, blanda, móvil, por encima del conducto anal en el sector radial de las 7 a las 11, de 4 cm. de longitud en sentido retrógrado. La biopsia de la neoformación reportó: Melanoma maligno. Este diagnóstico fue apoyado por estudio inmunohistoquímico (Proteína S100 y Enolasa Neurona Específica positivas en células neoplásicas y Antígeno Común Leucocitario negativo en células neoplásicas).

En Septiembre de 1988 se le realizó RAP con reporte anatómopatológico de: Melanoma maligno pigmentado de unión ano-rectal que infiltra capa muscular del recto, ulcerado, con satelitosis y metástasis a un ganglio linfático peri-rectal. Límites

de sección quirúrgica distal y proximal sin lesión (Fig. 1).

En Octubre de 1989 se encontró al paciente sin datos de actividad tumoral.

HALLAZGOS DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL CASO # 2

Biopsia rectal (O-88-2759) constituida por 2 fragmentos irregulares, blanco-grisáceos, blandos y de aspecto mucoso. Miden en conjunto 0.5 x 0.4 x 0.3 cm. Microscópicamente se observa una neoplasia constituida por células anaplásicas con un patrón vagamente organoide y aspecto epitelioides, con células de tamaño pequeño a intermedio. No se observó pigmento melánico ni actividad de unión.

Producto de RAP (O-88-3109) con: neoformación polipoide de 6 x 4.5 cm. sobre el recto y originada de la línea dentada, ulcerada, café claro con áreas negruzcas y un espesor máximo de 2 cm. La superficie de corte es semejante a la externa, firme e infiltra la capa muscular del recto. Junto a la lesión se encuentran varias áreas de satelitosis, que miden de 0.6 a 1 cm. y que afectan principalmente la submucosa (Fig. 2). Se identifican varios ganglios pericólicos bien delimitados, cafés claros, blandos, uno de ellos con áreas negras. Al corte de características semejantes a las externas.

Microscópicamente la neoformación está cubierta parcialmente por mucosa rectal y transicional, con áreas ulceradas. Está constituida por melanocitos de tipo epitelioides con abundantes gránulos de melanina, y en su nivel más profundo afecta la capa muscular del recto.

Las áreas de satelitosis se encuentran proximales y distales al tumor, formadas por melanocitos pleomórficos, epitelioides, principalmente en la submucosa, y que en ocasiones infiltran la mucosa. A 2 cm. de la neoformación mayor, existen áreas de actividad de unión en el epitelio escamoso del canal anal, formando tecas en la capa basal y parabasal (Fig. 3).

En el área de mayor actividad mitótica, se observaron de 4 a 5 figuras mitóticas en 10 campos a seco fuerte.

Se encontró infiltración focal de melanoma en la región subcapsular de uno de los ganglios pericólicos.

Con las tinciones de inmunohistoquímica (IP-88-160), se observó positividad para la Proteína S100 y a la Enolasa Neurona Específica, principalmente a la primera. Dicha positividad se manifestó en el citoplasma, en forma granular. El tejido conectivo adyacente fue negativo a los dos anticuerpos previamente mencionados. La tinción con el Antígeno Común Leucocitario únicamente fué positiva en las células inflamatorias locales.

RESUMEN CLINICO CASO # 3

Paciente del sexo masculino de 58 años de edad que el día 25 de Mayo de 1987 fue intervenido quirúrgicamente en el hospital "Ruben Leñero" (SS), con el diagnóstico presuncional de "hemorroides". Se ignoran sintomatología y signología previas. El reporte anatomopatológico fue de: "fibrosarcoma del canal anal". Al mes de la intervención quirúrgica se encontró neoformación vegetante de 6 x 4 x 3 cm. en la región perianal, necrótica, ulcerada, con tejido de granulación, así como mucosa rectal evertida y necrótica, en el C.M. "La Raza". Se identificó, clínicamente, ganglio inguinal sugestivo de ser metastásico

Se le realizaron 4 biopsias de la lesión referida, siendo el diagnóstico anatomopatológico de revisión: "Neoplasia fusocelular maligna de aspecto sarcomatoso. La neoplasia sugiere ser un melanoma amelánico fusocelular vs leiomiomasarcoma". El estudio ulterior fue abandonado por el paciente en Agosto de 1987.

El estudio inmunohistoquímico (Enero de 1990) resultó positivo para Proteína S100 y Vimentina en las células neoplásicas, y negativo para Queratina en dichas células.

Con el resultado anterior, los datos clínicos y la imagen histológica se obtuvo el diagnóstico de: "Melanoma amelánico fusocelular ano-rectal".

HALLAZGOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA DEL CASO # 3

En los múltiples estudios realizados (B-7734-87, B-8555-87, B-9535-87, B-9844-87 y B-10373-87) se encontró extensa ulceración, tejido de granulación y necrosis, así como infiltrado inflamatorio agudo. En la porción subyacente se identificaban células anaplásicas, grandes con núcleo ovoide y nucléolo prominente, con citoplasma eosinófilo abundante y dispuestas en fascículos. No se observaron gránulos de melanina.

En varias áreas se reconoció un epitelio escamoso tanto queratinizante como no queratinizante sin cambios de unión.

El número de figuras mitóticas identificadas por 10 campos a seco fuerte variaron de 1 a 4.

El estudio inmunohistoquímico (IP-03-90) mostró: La Proteína S100 tiñó específicamente las células neoplásicas. La Vimentina fué positiva en las células atípicas y en el tejido de granulación vecino. La queratina resultó positiva en el escaso epitelio de la muestra, y negativa en el resto de las células.



Fig. 1. Melanoma ano-rectal polipoido, ulcerado y pigmentado.



Fig. 2. Satelitosis en submucosa infiltrando mucosa rectal (HE, 16x)



Fig. 3. Actividad de unión adyacente al melanoma ano-rectal (HE, 40x)

V. DISCUSION

En la literatura médica del MAR resalta el trabajo de Cooper et al. Recopiló 267 casos de reportes aislados, series publicadas hasta entonces y 12 casos propios. A la fecha sus hallazgos son los más significativos. Comparamos nuestros resultados a la derecha de los suyos. Así mismo emplearemos en algunos aspectos resultados del trabajo de Wanebo y cols., identificándolos como "Serie de Wanebo".

A. ASPECTOS CLINICOS

Serie de Cooper

Presente serie

- Edad promedio:

57.6 años (Rango: 22 a 96 años)	58 años (Rango: 57 a 59 años)
---------------------------------	-------------------------------

- Relación Hombre/Mujer:

127/139	2/1
---------	-----

- Diagnóstico clínico inicial:

Carcinoma	40%	1/3
Melanoma	23%	1/3 (Caso 1)
Hemorroides	17%	1/3
Papila anal	4%	1/3 (Caso 1)

- Duración de los síntomas:

5.3 meses (Rango: 1 semana a 48 meses)	4.5 meses (Rango: 3 a 6 meses)
--	--------------------------------

- Signos y síntomas de presentación:

Sangrado	75%	2/2
Masa	37%	2/3
Cambio de hábitos intestinales	37%	1/2
Dolor anal	35%	1/2

B. ASPECTOS MACROSCOPICOS

- Tamaño promedio:

4.1 cm. 5.5 cm.

- Aspecto polipode:

63% 2/2

- Protusión de la neoformación sobre la mucosa:

44% 2/2

- Pigmentación:

70% 2/2

- Localización:

(Serie de wanebo)

Canal anal	14/33	1/2
Ano-recto	16/33	1/2
Rectal	3/33	

C. ASPECTOS DE TRATAMIENTO, SUPERVIVENCIA Y METASTASIS.

- Tratamiento primario:

(Serie de Wanebo)		Presente serie
Local	11/36	2/3
RAP	22/36	1/3
Paliativa	3/36	

- Estadío post-quirúrgico y supervivencia

(Serie de Wanebo)

Estado	Supervivencia	Estado	Supervivencia
I. Localizado	18 meses	I.	
II. Regional	6 meses	II.	12 meses
III. Avanzada	13 meses	III.	

- Presencia de metástasis al tiempo del diagnóstico:

38-62	1/3
-------	-----

Como se puede observar, nuestros casos son semejantes en todos los aspectos a los presentados en la literatura mundial. Sin embargo, dado el número tan escaso de casos, lo inadecuado de su seguimiento y la falta de expediente en el caso 3, no nos permiten obtener datos significativos.

D. ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS

Debe recordarse que los melanomas originados en las mucosas habitualmente presentan los hallazgos típicos de los melanomas lentiginosos; esto es, el tipo lentigo maligno y el acral lentiginoso. La similitud es mayor con el acral lentiginoso que muestra una fase radial de crecimiento con melanocitos grandes y dendritas pigmentadas localizadas en la capa basal de la epidermis. La proliferación hacia capas más superficiales no es usual. La fase de crecimiento vertical se ve en forma de patrón fusocelular. Muy peculiar de este tipo de melanoma es el infiltrado inflamatorio crónico que se halla en la interfase y le confiere un aspecto liquenoide (21,22).

Otro hecho importante con respecto al MAR es que se origina de los melanocitos del canal anal, principalmente de los que se observan en la línea dentada. Dicha línea dentada está recubierta por epitelio tipo transicional (Cuadro 1) (23). Existen autores que postulan la presencia de melanocitos en la mucosa rectal, junto con su transformación maligna (14,35).

La serie de Wanebo y colaboradores es muy ilustrativa de los parámetros histopatológico encontrados en el MAR. Se comparan dichos resultados con los nuestros, colocados a la derecha.

Serie de Wanebo

Presente serie

- Presencia de ulceración:

50%

3/3

Serie de Wanebo	Presente serie	
- Cambios de unión:		
63%		2/3
- Invasión muscular		
20-36%		2/2
- Patrón celular de crecimiento:		
Fusocelular con otro		
tipo	15/30	1/3
Epitelioide	9/30	1/3
Fusocelular puro	4/30	1/3
Nevoide (Melanocitos pequeños)	2/30	
- Presencia de melanina		
75%		2/3
- Espesor máximo		
0.5 a 20 mm.		20 mm (Caso 2)
- Figuras mitóticas por 10 campos a seco fuerte:		
(Serie de Cooper)		
1-6		1-8

Los hallazgos microscópicos obtenidos en nuestros casos son comparables a los presentados en otras series. Nuevamente el escaso número de pacientes no nos permiten sustentar resultados significativos.

CUADRO 1.

TIPOS Y SITIOS DE ORIGEN DE NEOPLASIAS
DEL CONDUCTO ANAL

NEOPLASIA	ZONA COLO-RECTAL (SUPERIOR)	ZONA TRANSICIONAL (MEDIA)	ZONA ESCAMOSA (INFERIOR)
ADENOCARCINOMA DE TIPO COLO-RECTAL	+	+ (CRIPTAS)	
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS		+	+
CARCINOMA BASALOIDE		+	
M E L A N O M A		+	+
C A R C I N O I D E	+	+	
CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS	+	+	
ADENOCARCINOMA MUCINOSO		+ (GLANDULAS ANALES)	

E. ASPECTOS INMUNOHISTOPATOLOGICOS

La Proteína S100 (PS100), es una proteína captadora de calcio y se encuentra presente en múltiples células del organismo, es muy útil para identificar neoplasias derivadas de las células de Schwann, melanocitos y células gliales. Esta proteína es un excelente marcador para melanoma, aún en formas desmoplásicas y fusiformes (28,38). La positividad de este marcador es independiente del tipo histológico de melanoma, cantidad de melanina o su ausencia, y de si la lesión es primaria o metastásica. La PS100 es consistentemente negativa en neoplasias mesenquimales (25,31).

En el caso # 2, el diagnóstico fué difícil en la primera biopsia ya que no se encontró pigmento melánico y las células eran de tamaño intermedio a pequeñas. Además la neoplasia se apreciaba como originada en el recto, por lo cual se propuso el diagnóstico de: Carcinoma neuroendócrino de células pequeñas vs Linfoma vs Melanoma:

La Enolasa Neurona Específica es frecuentemente positiva en tumores derivados de células neuroendócrinas y neuronas, siendo ocasionalmente observada en melanomas y es consistentemente negativa para neoplasias de estirpe linfoide.

El Antígeno Común Leucocitario es el antígeno panhematopoyético por excelencia, ya que es una glucoproteína que se encuentra presente en la mayoría de las células hematopoyéticas y sus neoplasias. Es negativa para células de carcinoma, sarcoma y melanoma (31).

La positividad de las células neoplásicas a la PS100 -

y a la Enolasa Neurona Específica y la negatividad para el Antígeno Común Leucocitario permitieron establecer el diagnóstico de melanoma y descartar las otras posibilidades (Cuadro 2).

El panel de anticuerpos utilizados para el caso 3 iba dirigido a establecer el diagnóstico diferencial entre Melanoma amelanico vs Leiomiocarcoma vs Carcinoma indiferenciado (27,29,30). El diagnóstico de fibrosarcoma no se consideró dada la escasísima frecuencia de dicha neoplasia en la región ano-rectal. Las queratinas son los marcadores más utilizados para identificar células epiteliales y sus neoplasias, y son casi invariablemente negativas en melanomas. La vimentina es el filamento intermedio predominante de las células mesenquimales y sus neoplasias, además es frecuentemente observada en melanomas y Schwannomas. Establecido lo anterior, encontrar una neoplasia indiferenciada PS100 y Vimentina positivas en las células neoplásicas junto con Queratina negativa es diagnóstico de melanoma, aún amelanico (36). Además la PS100 positiva por sí sola descarta el diagnóstico de leiomiocarcoma (Cuadro 3).

Como hemos podido comprobar, las características inmunohistoquímicas del MAR son idénticas a las que se observan en melanomas de otras localizaciones (28).

CUADRO 2. CASO # 2

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL POR

INMUNOHISTOQUIMICA

	MELANOMA ANO RECTAL	LINFOMA	CA. <u>NEUROENDO</u> CRINO
PROTEINA S100	+++	-	-
ENOLASA NEURONA ESPECIFICA	+	-	+++
ANTIGENO COMUN LEUCOCITARIO	-	+++	-

CUADRO 3. CASO # 3

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL POR
INMUNOHISTOQUIMICA

	MELANOMA ANO RECTAL	CA. EPIDER- MOIDE	LEIOMIO- SARCOMA
PROTEINA S100	+++	-	-
VIMENTINA	+	-	+++
QUERATINA	-	+++	-

VI. CONCLUSIONES

I. El MAR es una neoplasia muy poco frecuente en nuestro medio. La presencia de 2 casos en un período de 5 años en una unidad de concentración demuestran este hecho.

II. Los casos estudiados aquí son semejantes a los revisados en la literatura mundial

III. El diagnóstico histológico es relativamente sencillo cuando presenta las características típicas y sobre todo pigmento melánico. Este se dificulta en su ausencia. En estos casos, su patrón de crecimiento semeja lesiones poco diferenciadas o indiferenciadas.

IV. El empleo de la inmunohistoquímica en el diagnóstico diferencial entre lesiones poco diferenciadas o indiferenciadas resulta de un valor incalculable, con ventajas sobre otros métodos especiales como la microscopía electrónica, tanto económicas como de rapidez. La inmunohistoquímica permite establecer la histogénesis en la mayoría de los casos problemáticos.

V. Los casos presentados ejemplifican la presentación clínica, sus características anatomopatológicas y su dificultad diagnóstica. Sin embargo, el reducido número de pacientes-

y su deficiente seguimiento no nos permiten concluir acerca -
de sus características clínicas, de tratamiento y evolución.

VII. BIBLIOGRAFIA

1.- Raven RW. Ano-rectal malignant melanoma. Proc R Soc Med 1948; 41:469-474 .

2.- Morson BC and Volkstadt H. Malignant melanoma of the anal canal. J Clin Pathol 1963; 16:126-132 .

3.- Sergeev SI, Smirnova-Stetsenko ES, Golbert SV, Khru shchov MM, Simakina EP and Oerskij AN. Melanoma of the rectum. Am J Proctol 1973; 24:411-416 .

4.- Mason JK and Helwig EB. Ano-rectal melanoma. Cancer 1966; 19:39-50 .

5.- Nyqyquist A and Tillander H. Malignant melanoma of the anal canal. Report of two cases. Acta Chir Scand 1969; 135:730-732 .

6.- Sinclair DM, Hannah G, McLaughlin IS, Patrick RS, Slavlin G and Neville AM. Malignant melanoma of the anal canal Brit J Surg 1970; 57:808-811.

7.- Genre ChF, Roth LM and Reed RJ. "Benig" rectal carcinoids: A report of two patients wit metastases to regional lymph nodes. Am J Clin Pathol 1971; 56:750-757.

8.- Husa A and Hockerstedt K. Anorectal malignant melanoma. Acta Chir Scand 1974; 140:68-72.

9.- Wood WS and Culling ChFA. Perianal Paget Disease ArchPathol 1975; 99:442-445.

10.- Remigio PA, Der BK and Forsberg RT. Anorectal melanoma: Report of two cases. Dis Colum Rectum 1976; 19:350-356.

11.- Srouji MN, Donaldson MH, Chatten J and Koblenzer CS. Perianal rhabdomyosarcoma in childhood. Cancer 1976; 38:1008-

1012.

12.- Sacks BA, Joffe N and Antonioli DA. Metastatic melanoma presenting clinically as multiple colonic polyps. *AJR* 1977; 129:511-513.

13.- Chulani HL. Anal malignant melanoma: Report of a case. *Dis Colum Rectum* 1977; 20:517-520.

14.- Garnick M and Lokich JJ. Primary malignant melanoma of the rectum: Rationale for conservative surgical management. *J Surg Oncol* 1978; 10:529-531.

15.- Akwari OE, Dozois RR, Weiland LH and Beahrs OH. - Leiomyosarcoma of the small and large bowel. *Cancer* 1978; 42: 1375-1384.

16.- Strauss RJ and Fazio VW. Bowen's disease of the anal and perianal area. A report and analysis of twelve cases. *Am J Surg* 1979; 137:231-234.

17.- Chumas JC and Lorelle CA. Melanotic adenocarcinoma of the anorectum *Am J Surg Pathol* 1981; 5:711-717.

18.- Johnston MK and Helwig EB. Granular cell tumors of the gastrointestinal tract and perianal region. A study of 74 cases. *Dig Dis Sci* 1981; 26:807-816.

19.- Wanebo HJ, Woodruff JA, Farr GH and Quan SH. Anorectal melanoma. *Cancer* 1981; 47:1891-1900.

20.- Robb JA and Jones RA. Spindle cell lipoma in a perianal location. *Hum Pathol* 1982; 13:1052.

21.- Lever WF and Schaumburg-Lever G. Melanocytic Nevi and Malignant melanoma. In: Lever WF and Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 6th Edition. Philadelphia, USA: JB Lippincott, 1983:681-725

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29

22.- McGovern VJ, Cochram AJ, Van der Esch EP, Little J H and McLennan. The classification of malignant melanoma, its histological reporting and registration: A revision of the - 1972 Sydney classification. Pathology 1986; 18:12-21.

23.- Baskies AM, Sugarbaker EV, Chretien PB and Deckers PJ. Anorectal melanoma. The role of posterior pelvic exenteration. Dis Colum Rectum 1982; 25:772-777.

24.- Cooper PH, Mills SE and Allen S. Malignant melanoma of the anus. Report of 12 patients and analysis of 255 additional cases: Dis Colum Rectum 25:693-703.

25.- Kahn HJ, Marks A, Thom H and Baumal R. Role of antibody to S100 protein in diagnostic pathology. Am J Clin Pathol 1983; 79:341-347.

26.- Boman BM, Moertel ChG, O'Connell MJ, Scott M, Weiland LH, Beart RW, Gunderson LL and Spencer RJ. Carcinoma of the anal canal. A Clinical and pathologic study of 188 cases Cancer 1984; 54:114-125.

27.- Evans HL. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. A study of 56 cases followed for a minimum of 10-years. Cancer 1985; 56:2242-2250.

28.- Ackermann DM, Polk HC and Schrodt GR. Desmoplastic melanoma of the anus. Hum Pathol 1985; 16:1277-1279.

29.- Goldman S, Ihre TH and Seligson U. Squamous-cell carcinoma of the anus' A follow-up study of 65 patients. Dis colum rectum 1985; 28:143-146.

30.- Kalogeropoulos NK, Antonakopoulos GN, Agapito MB and Papacharalampous NX. Spindle cell carcinoma (Pseudosarcoma) of the anus: A light, electron microscopic and immunocytochemical study of a case. His

topathology 1985; 9: 987-994

31.- Nadji M and Morales AR. Immunoperoxidase techniques A practical approach to tumors diagnosis. 1st Edition Am Soc Clin Pathol Press. Chicago, USA. 1986.

32.- Ward MWN, Romano G and Nicjolls RJ. The surgical - treatment of anorectal malignant melanoma. Br J Surg 1986; - 73:68-69.

33.- Wick MR, Weatherby RP and Weiland LH. Small cell - neuroendocrine carcinoma of the colon and rectum: Clinical, - histologic, and ultrastructural study and immunohistochemical comparison with cloacogenic carcinoma. Hum Pathol 1987; 18: - 9-21.

34.- Fenger C. Histology of the anal canal. Am J Surg - Pathol 1988; 12:41-55.

35.- Werdin Ch, Limas C and Knodell RG. Primary malig nan - tant melanoma of the rectum. Evidence for origination from - rectal mucosal melanocytes. Cancer 1988; 61:1364-1370.

36.- Battifora H. Clinical applications of the immunohis to - tochemistry of filamentous proteins. Am J Surg Pathol 1988;12 (Suppl 1):24-42

37.- Antonioli DA and Appelman HD. Anus and perianal a - rea . In: Sternberg SS (Editor). Diagnostic Surgical Pathology 1st Edition. New York, USA: Raven Press, 1989; (2) 1231-1239.

38.- Rosai J. Special techniques in surgical pathology.-
Skin (Tumors and tumorlike conditions). In: Rosai J. Acker -
man's Surgical Pathology 7th Edition. St. Louis, USA: CV Mosby
Company 1989: (1) 31-52, 88-172..