

Melanoma gástrico metastático. Relato de caso*

Metastatic gastric melanoma. Case report

Jefferson Queiroz Carneiro¹, Maryna Rodrigues Landim², Jorge Vinícius Silveira Mendes², Mariana Rodrigues Landim³, André Silveira Pinho⁴

*Recebido do Hospital Napoleão Laureano (HNL), João Pessoa, PB.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Melanoma maligno é uma forma de neoplasia cutânea agressiva, que tem no diagnóstico precoce, probabilidade de cura. A metástase gástrica é uma situação pouco frequente na prática médica, sendo geralmente um acontecimento tardio na progressão da doença metastática, ocasionando retardo no diagnóstico. As lesões gástricas metastáticas respondem por apenas 7% dos casos, sendo raras no curso do melanoma maligno com prognóstico reservado agravado por graves complicações como hemorragia digestiva alta. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de melanoma gástrico metastático e uma breve atualização da literatura.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 85 anos, casado, branco, portador de melanoma cutâneo na face, ressecado havia um ano. Apresentou-se para consulta com hemorragia digestiva alta em forma de melena e anemia crônica.

CONCLUSÃO: Na presença de sintomas aparentemente não relacionados ao melanoma cutâneo deve-se suspeitar de metástase. A fim de se obter um diagnóstico correto e precoce é essencial somar os dados obtidos no exame clínico aos aspectos endoscópicos e histológicos garantindo, assim, melhor prognóstico.

Descritores: Estômago, Melanoma maligno, Metástase.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Malignant Melanoma is a form of aggressive cutaneous neoplasm, however with prob-

ability of cure when diagnosis precociously. Rare the metastatic as gastric injuries are and, generally, delayed in the course of the malignant melanoma, answering for only 7% of the cases, what it causes retardations in the diagnosis. The private prognostic is aggravated by graves complications as, for example, upper gastrointestinal hemorrhage. The objective of this study was to tell to a metastatic case of gastric melanoma and one brief update of literature.

CASE REPORT: Male patient, 85 year-old, married, white, cutaneous carrier of melanoma in the face, dry had one year. One presented for consultation with upper gastrointestinal hemorrhage in form of melon and chronic anemia.

CONCLUSION: In the presence of apparently unrelated symptoms to the cutaneous melanoma it must be suspected of metastases. In order to get a correct and precocious diagnosis it is essential to add the data gotten in the clinical examination to the endoscopic and histologists aspects being guaranteed, thus, better prognostic.

Keywords: Stomach, malignant Melanoma, Metastasis.

INTRODUÇÃO

O melanoma maligno, caracterizado pela transformação dos melanócitos, é responsável por apenas 5% de todas as neoplasias da pele¹. Tem um prognóstico dependente da invasão local e ganglionar no momento do diagnóstico, apresentando, na maioria das vezes, taxa de morbidade e mortalidade significativamente elevada², devido a agressividade local e a tendência à metástases, diferentemente da maioria das neoplasias cutâneas, que apresentam uma taxa de sobrevivência de aproximadamente 95% em cinco anos.

A incidência aumenta proporcionalmente com a idade, apresentando maior prevalência entre a quinta e a sétima década de vida, afetando ambos os sexos indistintamente. Os principais fatores de risco são: história familiar, raça branca, ceratoses actínicas, efélides na região superior do tronco, exposição excessiva e prolongada ao sol.

A incidência do melanoma maligno tem aumentado, apesar dos casos fatais terem diminuído como resultado de detecção precoce e respectivo tratamento³. Apenas 5% a 10% de todos os melanomas primários não têm origem cutânea, originam-se nas membranas mucosas dos aparelhos respiratório, digestivo, genitourinário, olhos e meninges e são biologicamente mais agressivos comparativamente aos cutâneos³.

O aparelho digestivo não é local comum de metástases, sendo o intestino delgado mais frequentemente acometido. Metástase gástrica é encontrada em apenas 7% dos casos⁴⁻⁶, porém, clínica-

1. Especialista em Medicina Interna pela Universidade Federal da Paraíba; Gastroenterologista pela Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

2. Graduando em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB); Membro da Liga Acadêmica de Clínica Médica da Paraíba (LACM-PB). João Pessoa, PB, Brasil

3. Graduando de Medicina da Faculdade Christus, Fortaleza, CE, Brasil

4. Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil

Apresentado em 19 de fevereiro de 2010

Aceito para publicação em 29 de abril de 2010

Endereço para correspondência:
Dr. Jefferson Queiroz Carneiro
Av. João Maurício, 1259 – Manaíra
58038-000 João Pessoa, PB.
Email: jeffersoncarneiro@ig.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

mente, a taxa de diagnóstico é de apenas 2,3%, geralmente descoberto anos após a doença inicial⁵.

A metástase gástrica pode iniciar-se por invasão direta, principalmente a partir das neoplasias de esôfago e pâncreas, ou por difusão linfática ou hematogênica de células neoplásicas de tumores distantes. Essas células neoplásicas circulam agregadas ou isoladamente e, ao atravessarem as arteríolas e capilares da parede gástrica, podem aderir e/ou encravar nas células endoteliais, dando início à lesão metastática⁷.

O prognóstico de pacientes com doença metastática distante da área inicial é bastante reservado. Estudos sugerem que a sobrevida média de pacientes com metástases sistêmicas de melanoma varia de seis a oito meses. Várias séries relatam cinco anos de sobrevida em menos de 10%⁶. No caso de metástase gástrica, é relatado um período médio de sobrevivência de 12,5 meses após o diagnóstico⁵. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de melanoma gástrico metastático e fazer uma breve atualização literária.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 85 anos, casado, branco, classe econômica baixa, portador de melanoma cutâneo na face, ressecado havia um ano. Apresentava também, no momento do diagnóstico, gânglios cervicais palpáveis à direita, sendo submetido à sessões de radioterapia cervical. História de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) havia três anos, permanecendo com limitação do andar e da fala. História negativa para câncer familiar. No momento da consulta, apresentava melena e anemia crônica com história de quadro de hemorragia digestiva alta. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando-se lesões vegetantes, cebreriforme, negro-violáceas, com contornos circulares regulares e bordos elevados, hiperemiados, com aspecto de couve-flor na mucosa gástrica (Figuras 1 e 2). O resultado do exame his-



Figura 1 – Lesão vegetante com bordos elevados à endoscopia digestiva alta



Figura 2 – Lesão negro-violácea de contornos regulares à endoscopia digestiva alta

topatológico evidenciava: neoplasia maligna pouco diferenciada com pigmentos no citoplasma de células atípicas compatível com melanoma metastático.

Adotou-se conduta paliativa devido à idade, ao estado geral e a não concordância da família em assumir posturas mais agressivas quer cirúrgica, radio ou quimioterápicas.

DISCUSSÃO

As metástases mais frequentes do melanoma localizam-se nos gânglios linfáticos (73,6%), pulmão (71,3%), fígado (58,3%), cérebro (54,6%), osso (48,6%), supra-renais (46,8%); a incidência no aparelho digestivo (incluindo fígado e tubo digestivo) é de 43,5%, onde sua distribuição é a seguinte: jejuno-íleo: 35,6%, colón: 28,2%, estômago: 22,7% e esôfago: 9,3%⁶.

Clinicamente, a metástase do melanoma no aparelho digestivo surge como um quadro de hemorragia, perfuração, oclusão^{1,4,6,8}, mas também dor abdominal, náuseas^{6,8}, emagrecimento, disfagia, hematêmese e melena⁶. Em termos endoscópicos apresenta-se como lesões solitárias ou múltiplas localizadas preferencialmente no terço médio e no terço superior do corpo gástrico (40%)⁸, com aspecto de lesões polipoides ulceradas pigmentadas ou amelanóticas, massas polipoides ulceradas ou difusamente infiltrativas, pequenos nódulos submucosos com ou sem ulceração central^{5,6}. O diagnóstico exige cuidadosa inspeção de mucosa de lesões metastáticas e biópsia com imuno-histoquímica especial (HMB-45 e S100). Hao, Li e Chen⁹ descreveram três pacientes com melanoma metastático para o intestino delgado, os quais foram submetidos à ressecção cirúrgica. Dois dos pacientes permaneceram bem seis e dois anos após a cirurgia, considerando um óbito em consequência de melanoma metastático abdominal, quatro anos após a cirurgia.

Ollila e col.¹⁰ relataram em estudo retrospectivo de 124 dos 6509 pacientes portadores de melanoma metastático no trato gastrintestinal. Destes 124 pacientes, 69 (56%) foram submetidos à exploração cirúrgica do abdômen, dos quais 46 (67%) tiveram ressecção curativa e 23 (33%) apenas procedimentos paliativos. Quase todos (97%) dos 69 pacientes cirúrgicos experimentaram alívio sintomático pós-operatório. A sobrevivência média dos pacientes submetidos à ressecção curativa foi de 48,9 meses, comparado a apenas 5,4 meses em pacientes submetidos a procedimentos paliativos.

Dessa forma, a ressecção cirúrgica curativa deve ser fortemente considerada tanto para o tratamento paliativo dos sintomas quanto para o aumento da sobrevida, mesmo que a maioria dos pacientes, após o procedimento, apresente episódio de recidiva.

CONCLUSÃO

Em pacientes com história de melanoma, um alto índice de suspeição de metástase deve ser mantido, se apresentam sintomas aparentemente não relacionados. Doença metastática assim deve ser fortemente considerada como diagnóstico diferencial de pacientes que apresentam anemia e melena. O diagnóstico correto da metástase gástrica exige, com frequência, uma combinação de informações obtidas através de uma boa história clínica, com os achados do exame endoscópico e a avaliação histológica. Sem essa conjugação de esforços, dificilmente se chegaria à natureza histológica das lesões gástricas apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Inamori M, Ueno N, Fujita K, et al. **Education and imaging.** Gastrointestinal: Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *J Gastroenterol Hepat* 2006;21(1 Pt 2):327.
2. Cummins DL, Cummins JM, Pantle H, et al. **Cutaneous malignant melanoma.** *Mayo Clin Proc* 2006;81(4):500-7.
3. Cruz A, Lima S, Cotter J. **Melanoma maligno e tumor de células granulares.** *J Port Gastroenterol* 2006;13(3):111-2.
4. Capizzi PJ, Donohue JH. **Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract: a review of the literature.** *Compr Ther* 1994;20(1):20-3.
5. Benedeto-Stojanov DA, Nagomi AV, Zivkovic W, et al. **Metastatic melanoma of the stomach and the duodenum.** *Arch Oncol* 2006;14(1-2):60-1.
6. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, et al. **Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract.** *Mayo Clin Proc* 2006;81(4):511-6.
7. José JM, Mario R, José A, et al. **Metástases gástricas a propósito de dois casos.** *Medicina Interna* 2000;7(1):24-7.
8. De Palma GD, Masone S, Rega M, et al. **Metastatic tumors to the stomach: clinical and endoscopic features.** *World J Gastroenterol* 2006;12(45):7326-8.
9. Hao XS, Li Q, Chen H. **Small bowel metastases of malignant melanoma: palliative effect of surgical resection.** *Jpn J Clin Oncol* 1999;29(9):442-4.
10. Ollila DW, Essner R, Wanek LA, et al. **Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract.** *Arch Surg* 1996;131(9):975-80.