

METÁSTASE PALPEBRAL REVELADORA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

M. CATARINA SALVADO, M. JOÃO ALBERTO, L. PIRES GONÇALVES, RUI PROENÇA
Serviço de Medicina I. Hospital de Curry Cabral-Lisboa

RESUMO

Os autores descrevem um caso de Adenocarcinoma Gástrico cujo modo de apresentação sob a forma de metástases palpebrais, não foi encontrado na bibliografia consultada. Baseados neste caso pouco comum, propoemo-nos rever o conceito de metastização cutânea de neoplasias internas em especial de localização gástrica, de acordo com os conhecimentos actuais.

SUMMARY

Palpebral Metastasis Revealing Gastric Adenocarcinoma

The authors present a case of a gastric adenocarcinoma in which the major manifestation was cutaneous metastases of the eyelids—in a review of the literature, no reports were found. Based upon this unusual case and in light of present knowledge, we decided to revise the concept of cutaneous metastases secondary to internal neoplasia, in particular, these with a gastric localization.

INTRODUÇÃO

Os tumores que metastizam para órgãos internos fazem-no igualmente para a pele; contudo as metástases cutâneas são reveladoras em cerca de 27% das neoplasias do homem e em apenas 6% das da mulher^{1,2,3}. Virtualmente qualquer região cutânea poderá ser atingida, tomando as lesões aspectos variáveis, havendo tendência para que inicialmente, devido à metastização por via linfática, a localização seja na proximidade do tumor primitivo (por exemplo as metástases umbilicais da neoplasia gástrica)¹. O seu aparecimento em zonas distantes é indicativo de disseminação hematogénea^{2,3}.

É a biópsia destas lesões o dado orientador diagnóstico mais importante. A histologia complementada pelos marcadores imunocitoquímicos fornecem os dados mais fidedignos para a determinação da lesão primitiva, embora as metástases se apresentem geralmente muito mais indiferenciadas^{1,2,3}.

Na neoplasia gástrica, uma das mais frequentes no nosso país, a incidência de metastização cutânea ronda os 0,4%^{4,5}, sendo ainda menor a frequência de metástases

reveladoras; as localizações mais descritas são a face anterior do tórax e abdómen^{5,6}; encontramos no entanto um caso de metastização reveladora no couro cabeludo e lábio⁴. Na generalidade são adenocarcinomas com graus variáveis de diferenciação e por vezes com células em anel de sinete⁶.

CASO CLÍNICO

A.J.M., 63 anos, sexo masculino, reformado, natural de Reguengos e residente em Évora, internado em Novembro de 91 por:

-nódulos palpebrais superiores direitos de etiologia a esclarecer

-dorsolombalgias intensas e incapacitantes

-síndrome febril indeterminado

-emagrecimento acentuado

História actual:

O doente iniciou cerca de um ano antes dorsolombalgias, de ritmo inflamatório e de agravamento progressivo.

Três meses antes do internamento, concomitantemente

com as queixas dolorosas, iniciou febre tipo intermitente, sudorese nocturna profusa, astenia e adinamia intensas associadas a significativo emagrecimento (7-8Kg em 2 meses). Alguns dias depois começou a notar aparecimento de nódulos na pálpebra superior direita, indolores, duros, lisos, sem sinais inflamatórios. Na semana seguinte lesões semelhantes na parede torácica e axilar esquerda.

Durante cerca de mês e meio, o doente assistiu, sem terapêutica, ao aumento progressivo das tumefações com agravamento da sintomatologia acompanhante atrás referida.

Duas semanas antes do internamento recorreu ao H.D.Évora, onde lhe foi feita excisão e biópsia de um nódulo palpebral e torácico. Alguns dias depois, por progressiva deterioração clínica e reaparecimento dos nódulos excisados, com aumento das dimensões dos restantes, recorreu ao nosso Serviço, sendo de imediato internado.

Antecedentes pessoais:

Grupo sanguíneo A Rh+. Ingesta frequente de alimentos fumados, queijo fresco e água não canalizada. Hábitos etanólicos acentuados (130g álcool/dia).

Antecedentes familiares:

Irrelevantes, salientando-se, contudo, ausência de história familiar de neoplasia.

Período de internamento:

À entrada no nosso Serviço o doente apresentava-se lúcido, bem orientado, eupneico, emagrecido e febril. Do exame físico a salientar a presença de dois nódulos contíguos na pálpebra superior direita (fig. 1 e 2) de 0,5 cm de diâmetro, indolores, não aderentes e um nódulo subcutâneo axilar esquerdo de um cm, com idênticas características. De positivo a referir ainda hepatomegália de 2 cm abaixo do rebordo costal direito. Lisa e indolor, bem como palpação muito dolorosa da coluna dorso lombar, limitando a mobilidade vertebral e com contractura da musculatura paravertebral.

EXAMES COMPLEMENTARES

DE DIAGNÓSTICO (relevantes)

GV-4020000/mm³; Hg-10,6g/dl; Htc-32,5%; VGM-61 u³; leucograma - normal; PLAQUETAS - 255000/MM³; vs-70mm 1^ªh; siderémia-16mg/dl; transferrina-525mg/dl; TGO, TGP, GGT, FA, alfafetoproteína e PSA-normais (CEA não efectuado por dificuldades técnicas); pesquisa de sangue oculto nas fezes (3 amostras)-positiva.

Rx de Tórax com reforço hilar bilateral (adenopatias?)

Ecografia prostática transrectal, TAC abdominal e

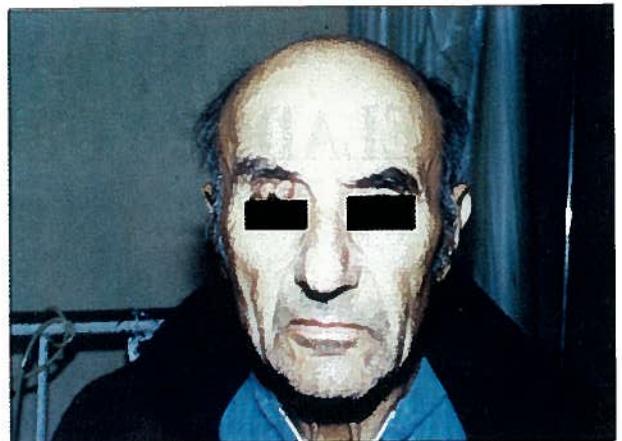


Fig. 1 - Mutástase palpebral reveladora de adenocarcinoma gástrico.

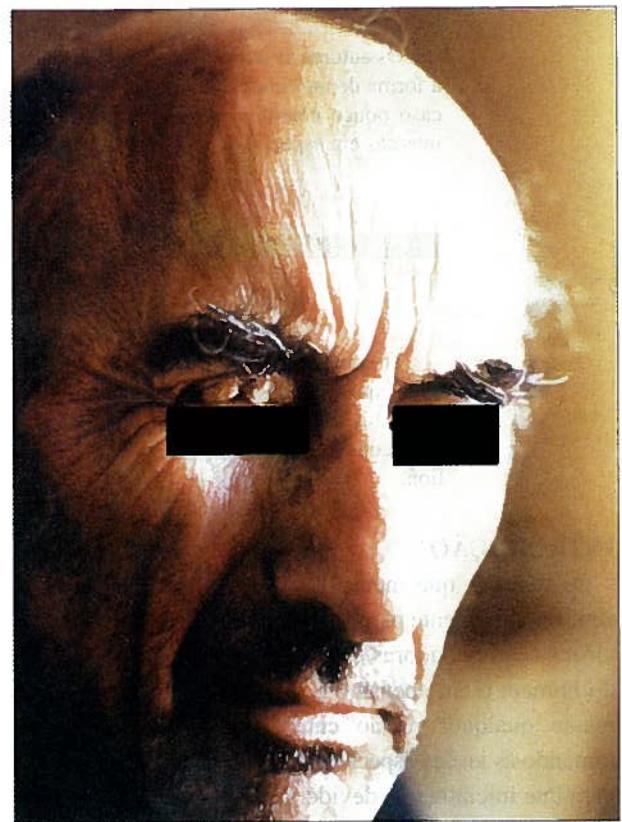


Fig. 2 - Metástase palpebral reveladora de adenocarcinoma gástrico.

Clíster opaco-sem alterações

Rx da coluna-redução do calibre e eventual imagem lítica de D9 e D10

Ecografia Hepática-estrutura hepática, pancreática e esplénica sem alterações. Volumoso cálculo vesicular com ectasia ligeira das vias biliares intra e extra-hepáticas.

Cintigrafia Óssea-...múltiplas imagens focais de hiperfixação, envolvendo o esqueleto axial, fêmures e úmeros, correspondente a metastização extensa.

Biópsia dos nódulos cutâneos (palpebral e axilar)-...na

derme e tecido celular subcutâneo existe proliferação celular de limites infiltrativos com elevado índice mitótico. Marcação imunocitoquímica para PSA, EMA, tireoglobulina e CEA, com marcação específica para CEA e EMA. Em conclusão-poder-se-à excluir próstata e tireóideia como sedes do tumor primitivo, sugerindo-se localização no tubo digestivo.

Endoscopia Digestiva Alta-...na face posterior da porção alta do corpo do estômago observa-se neofor-mação vegetante, ulcerada, friável, abrangendo a grande curvatura e estendendo-se cerca de 5 cm de comprimento. Conclusão-neofor-mação gástrica.

Biópsia da lesão gástrica-adenocarcinoma pouco diferenciado com algumas áreas de diferenciação em anel de sinete.

Tratava-se pois de ADENOCARCINOMA GÁSTRICO com metastização óssea e cutânea a nível da pálpebra superior, axila e parede torácica.

Estando ultrapassada a fase de terapêutica cirúrgica, o doente fez quimioterapia segundo o esquema:

- Cisplatinium-30 mg/d
- 5-Fluoruracilo-500 mg/d
- Ácido folínico-150 mg/d
- Metoclopramida

...com duração de 5 dias e periodicidade de 21 dias

Após a remissão parcial das lesões cutâneas, observada após o 1º ciclo de quimioterapia (fig.3), as metástases voltaram às dimensões iniciais em cerca de 15 dias. Com progressiva deterioração do estado geral, o doente veio a falecer dois meses depois do internamento.

DISCUSSÃO

Perante o quadro clínico caracterizado pela presença de nódulos cutâneos de localização palpebral, num contexto de dores ósseas incapacitantes, febre e emagrecimento acentuado, as principais hipóteses diagnósticas seriam as patologias linfoproliferativas, neoplásicas ou mesmo infecciosas.

Os exames complementares cedo permitiram excluir patologia infecciosa, nomeadamente tuberculose. A biópsia nodular, associada a exame citoquímico, permitiu localizar o tumor ao tubo digestivo, sendo a endoscopia digestiva alta e a biópsia gástrica que decidiram o diagnóstico definitivo. A cintigrafia óssea veio a revelar a acentuada extensão da metastização, não apenas ao tecido cutâneo mas também ósseo.

Ultrapassada a fase de se poder tentar uma terapêutica cirúrgica, optou-se pelo esquema clássico de quimioterapia para a neoplasia gástrica. Numa fase inicial, correspondendo a uma diminuição da massa tumoral, assistiu-

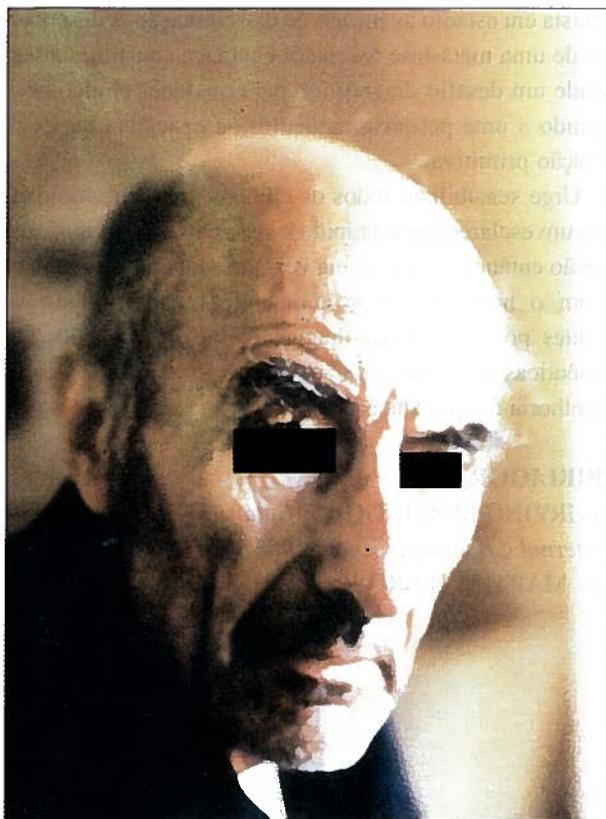


Fig. 3 - Metástase palpebral reveladora de adenocarcinoma gástrico.

se a uma espectacular melhoria das lesões cutâneas, que, tal qual "fotografia da lesão primitiva", voltaram rapidamente a aumentar de dimensões com a deterioração clínica do doente.

De acordo com a revisão bibliográfica efectuada, a frequência da metastização cutânea (invasão dérmica de neoplasia visceral) varia segundo os dados mais recentes entre 0,7 a 4%, sendo predominantes a neoplasia da Mama (70%), Pulmão (30%) e Tubo Digestivo (15 a 30%)(1,2).

A localização de uma metástase cutânea poderá de certo modo, dar alguma orientação diagnóstica, uma vez que determinadas neoplasias têm, em termos estatísticos, locais preferenciais de implatação cutânea^{2,3}. Assim:

- Tórax-neoplasias da mama, pulmão e rim
- Abdómen superior-neoplasias do cólon, estômago, mama e rim
- Abdómen inferior-neoplasias do cólon, estômago, ovário e pilmão
- Axila-neoplasias da mama e pulmão
- Couro cabeludo-neoplasias do pulmão, rim e mama

No entanto é sempre a biópsia destas lesões o dado orientador diagnóstico mais importante e deverá ser feita o mais rapidamente possível, uma vez que a sua existência significa, na maior parte dos casos, a presença de neo-

plasia em estadio avançado de disseminação. A descoberta de uma metástase reveladora cutânea, constitui na verdade um desafio diagnóstico para qualquer clínico, obrigando a uma pesquisa metódica e exaustiva da localização primitiva.

Urge sensibilizar todos os clínicos para a necessidade de um esclarecimento rápido e sistematizado de qualquer lesão cutânea suspeita, uma vez que e tal como aconteceu com o nosso doente, as terapêuticas paliativas espectantes poderão atrasar diagnósticos e intervenções terapêuticas curativas e/ou que possam conduzir a uma melhoria da qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA:

1. IRVING M. REINGOLD: *Cutaneous metastases from internal carcinoma*-Cancer 1966; 19:162-168.
2. MARTIN H. BROWSTEIN and ELSON B. HELWING: *Patterns of cutaneous metastases*, - Arch Dermatol-1972; 105: 826-868
3. DONALD P. LOAKINGBILL MD; NANCY SPANGLER and F. MARCK SEXTON MD: *Hershey Pennsylvania-Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma-A retrospective study of 7316 cancer patients*-J Am Acad Dermatol-1990; 22: 19-26
4. TED ROSEN MD: *Cutaneous Metastases* - Med Clin North America-1980; 64(5): 885-900
5. PFEIFFER, CORREA, HAENSZEL, COGGON and ACHESON: *Carcinoma of the stomach and other tumors*-Diseases of gastrointestinal tract and liver-cap. 11, p.333-356
6. CAVA A; ROMAN J; GONZALEZ-QUINTELA A; MARTIN F; ARAMBURO P: *Subcutaneous metastases following laparoscopy in gastric adenocarcinoma*-Eur J Surg Oncol 1990; 16 (1): 63-67