

METÁSTASE DE MELANOMA MALIGNO DO INTESTINO DELGADO

Uma Rara Causa de Hemorragia Digestiva Baixa

Pedro Silva VAZ, Sergiu USURELU, Ana MONTEIRO, Sara CORREIA,
António GOUVEIA, Arandina LOUREIRO

RESUMO

O melanoma maligno é a causa mais comum de lesão metastática no tracto gastrointestinal, representando cerca de 33% de todos os tumores malignos metastáticos do tubo digestivo. O intestino delgado está comprometido em 35% dos doentes, sendo a hemorragia digestiva baixa uma rara forma de apresentação. Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 81 anos de idade, com antecedentes de melanoma maligno cutâneo ressecado em 1994. Submetido a lobectomia média por metástase pulmonar direita de melanoma em 2002. Em 2005, no contexto de hematoquésias, é diagnosticado metástases de melanoma maligno no intestino delgado, sendo submetido a enterectomia segmentar. Em *follow-up* actual, assintomático.

SUMMARY

SMALL BOWEL METASTATIC OF MALIGNANT MELANOMA

A Rare Cause of Lower Gastrointestinal Bleeding

The malignant melanoma is the most common cause of metastatic lesion in the gastrointestinal tract, representing about 33% of all the metastatic malignant tumors of the digestive tract. In 35% of patients the small bower is impaired, and lower gastrointestinal bleeding is a rare form of presentation. The authors report a case of a 81-year-old male with a history of malignant skin melanoma excised in 1994. Underwent middle lobectomy due right pulmonary metastasis of melanoma in 2002. In 2005, in the context of gastrointestinal bleeding is diagnosed metastases of malignant melanoma in the small bowel, and underwent a segmentary enterectomy. At present the follow-up is without symptoms.

P.S.V., S.U., A.M., S.C., A.G.,
A.L.: Serviço de Cirurgia Geral. Hospital Amato Lusitano. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior

© 2011 CELOM

INTRODUÇÃO

O melanoma maligno cutâneo apresenta uma alta taxa de mortalidade, podendo metastizar para todos os órgãos¹⁻³. As metástases tumorais do tracto gastrointestinal são pouco frequentes¹. Os melanomas apresentam uma predileção incomum para a disseminação, representando a causa mais comum de lesão metastática no tracto gastrointestinal, isto é, cerca de 33% de todos os tumores malignos metastáticos do tubo digestivo^{1,3-5}. Estas metástases podem apresentar-se ao mesmo tempo que o tumor primário ou décadas depois como primeiro sinal de recidiva¹. São mais usualmente encontradas no estômago e cólon, a localização no íleo e jejuno são muito menos frequentes⁴. O intestino delgado está comprometido em 35% dos doentes^{3,5}. As metástases de melanoma maligno no intestino delgado são geralmente assintomáticas nos estadios precoces⁶⁻⁸, sendo a grande maioria diagnosticadas durante a autópsia. As manifestações clínicas mais frequentes são: dor abdominal, hemorragia macroscópica ou microscópica, náuseas/vômito, tumor abdominal e obstrução intestinal^{1,3,7,8}.

O objectivo deste trabalho é apresentar um caso clínico, diagnóstico e tratamento de um doente com quadro de hemorragia digestiva baixa decorrente de metástase de melanoma maligno no intestino delgado.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, caucasiano, de 81 anos de idade, com antecedentes de melanoma maligno pré-auricular esquerdo ressecado em 1994, com nível IV de Clark, de espessura de 2,75 mm (índice de Breslow III) e ulcerado, tendo realizado quimioterapia adjuvante. Em 2002 foi submetido a lobectomia média por nódulo pulmonar direito de 1,5 cm, cujo exame anatomopatológico revelou metástase de melanoma. Em 2005 é internado no contexto de hematoquésia sem repercussão hemodinâmica, com anemia (Hgb = 10,6 g/dL) e medicado com ferro. Foi submetido a endoscopia digestiva alta (normal) e colonoscopia que revelou sangue abundante por todo o cólon e lesão polipóide com cerca de 8-10 mm que se biopsou e cujo exame anatomopatológico mostrou aspectos inespecíficos. Realizou cápsula endoscópica que demonstrou lesão sangrante e estenosante do íleo compatível com lesão neoplásica (figura 1), e efectuou TC abdomino-pélvica que individualizou lesão com cerca de 4 cm com cápsula aparente, impactada nessa lesão do intestino delgado (figura 2). Na intervenção cirúrgica constatou-se presença de neoplasia a cerca de 50-60 cm da válvula ileocecal, sendo realizada enterectomia segmentar de 16 cm de extensão

do íleo com anastomose primária (figuras 3,4 e 5). O estudo anatomopatológico revelou metástase de melanoma maligno. Alta ao décimo terceiro dia pós-operatório, sem intercorrências. Em *follow-up* actualmente, assintomático e TC toraco-abdominal de controlo negativo para recidiva ou metástases.

DISCUSSÃO

A metastização de um tumor com origem extra-cavidade peritoneal raramente envolve o intestino delgado, excepção é o melanoma maligno que atinge usualmente essa



Fig. 1 – Cápsula endoscópica mostrando às 7h29 mucosa de aspecto friável justa lesão estenosante e com coágulo aderente que impede a progressão da endocápsula



Fig. 2 – TC contrastada que individualiza lesão com cerca de 4 cm com cápsula aparente, impactada nessa lesão do intestino delgado, supra-púbica



Fig. 3 – Fotografia do aspecto macroscópico externo do melanoma maligno metastático no íleo, ainda na cavidade abdominal



Fig. 4 – Fotografia mostrando outro aspecto da lesão no íleo

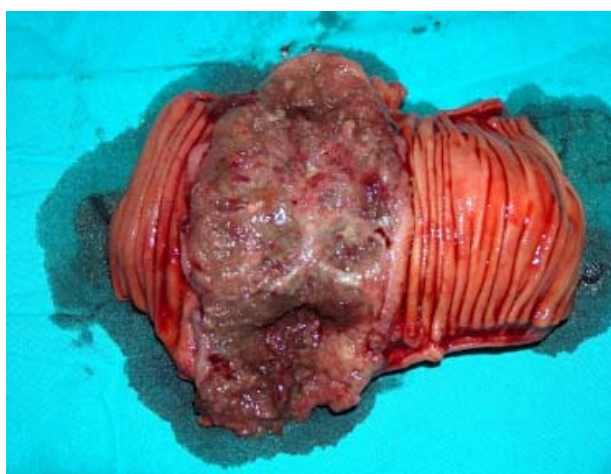


Fig. 5 – Fotografia do aspecto macroscópico interno do melanoma maligno metastático no íleo, após abertura da peça operatória

porção intestinal⁶⁻⁹. O intestino delgado está comprometido em 35% dos doentes, sendo o íleo afectado em cerca de 41% dos casos³. A forma mais comum de metástase caracteriza-se com múltiplos implantes na submucosa, que tendem a crescer em direcção ao lúmen, podendo, no entanto, apresentar-se como pólipos, úlceras ou massa tumora extrínsecas de grande tamanho¹. A incidência de doença clinicamente evidente é substancialmente baixa (0,9-8,9%)^{5,6}. O diagnóstico é muitas vezes tardio e resultante do aparecimento das complicações⁶.

O desenvolvimento de metástases uma década após o tratamento do tumor original está bem descrito e é uma característica perturbadora do melanoma maligno⁷. A incidência da recorrência tardia varia entre 0,98 e 6,7% de todos os casos⁷.

A hemorragia digestiva baixa como forma de apresentação inicial de metástase de melanoma maligno é extremamente rara^{1,6,8}. O intestino delgado é fonte de hemorragia digestiva baixa em cerca de 3-5% dos casos relatados, sendo as neoplasias causas raras^{1,4}. Muitos estudos têm demonstrado que só a cirurgia pode controlar a hemorragia digestiva baixa e os quadros de sub-oclusão associados à metastização por melanoma maligno no intestino delgado⁴.

No caso apresentado, o doente é submetido a intervenção cirúrgica após esclarecimento da causa da anemia e da hematoquésia.

Devido ao mau prognóstico em doentes com melanoma disseminado a intervenção cirúrgica era geralmente desencorajada, e tradicionalmente associada a tratamento paliativo e sintomático⁵. No entanto, vários estudos demonstram uma sobrevida maior em ressecções completas da doença metastática^{2,3,5}, o que tem renovado interesse na ressecção do melanoma no tracto gastrointestinal com margens de segurança, associando-se a uma morbi-mortalidade *minor*¹.

Portanto, doentes com melanoma maligno metastizado para o intestino delgado beneficiam de um tratamento agressivo, nomeadamente cirúrgico, que aumenta a qualidade e a sobrevida.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. SUÁREZ AG et al: Intususcepción yeyunal por metástasis de melanoma cutâneo. *Cir Esp* 2008;84(3):165-175
2. MCLOUGHLIN JM, ZAGER JS, SONDAK VK, BERK LB: Treatment options for limited or symptomatic metastatic melanoma. *Cancer Control* 2008;15(3):239-247
3. PRADO FILHO OR et al: Hemorragia Digestiva baixa devido a Melanoma Maligno Metastático. *Rev Col Bras Cir* 2001;389-390
4. GIUSEPPE RESTA et al: Jejuno-jenunal invagination due to intestinal melanoma. *World J Gastroenterol* 2007;13(2):310-2
5. BERGER AC, BUELL JF, VENZON D, BAVER AR, LIBUTTI SK: Management of Symptomatic Malignant Melanoma of the Gastrointestinal Tract. *An Surg Oncol* 1999;6(2):55-160
6. HAO XS, LI Q, CHEN H: Small Bowel Metastases of Malignant Melanoma: Palliative Effect of Surgical Resection. *Jap J Clin Oncol* 1999;29(9):442-4
7. RAMPORE B et al: Late Recurrence of Malignant Melanoma Presenting as Small Bowel Intussusception. *Digest Dis Sci* 2006; 51(6):1047-8
8. GURAYA SY et al: Malignant Melanoma of the Small Bowel with unknown primary: a case report. *J Ayub Med COLL Abbottabad* 2007;19(1):63-5
9. ATMATZIDIS KONSTANTINOS S et al Primary Malignant Melanoma of the Small Intestine: Report of a case. *Surg Today* 2002;32:831-3