
Caso Clínico / Clinical Case

PÓLIPOS GÁSTRICOS COMO RARA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE METÁSTASE GÁSTRICA DE MELANOMAC. QUINTELA¹, M. J. BETTENCOURT², A. RIBEIRINHO³, T. BENTES⁴**Resumo**

Doente de 74 anos, sexo masculino, com dor epigástrica, associada a náuseas, anorexia e emagrecimento marcado (20 Kg num mês). Antecedentes pessoais de melanoma *in-situ* excisado. No exame objectivo constatou-se: adenopatia supraclavicular esquerda, aderente aos planos profundos, de consistência pétreia, não dolorosa.

No decurso da investigação realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que demonstrou: extensa disseminação hepática com pequenas imagens hipodensas e hipocaptantes. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou: hérnia hiatal e nesta, pólipos gástricos, séssil, com 5 mm; mucosa do corpo e antro com múltiplos pólipos séssis com dimensões entre 2 e 4 mm, erosionados que se biopsaram.

O exame anatomopatológico das biópsias gástricas revelou: fragmentos de mucosa gástrica com infiltração compatível com metástase de melanoma.

Summary

A 74-year-old male patient with a recent history of epigastric pain and nausea, anorexia and weight loss (20 Kg in a month) is presented. In his past from medical history there was reference to a resection of melanoma on the right shoulder four years ago. Physical examination revealed a hard, painless and adherent adenopathy in the left supraclavicular region. Thoracic, abdominal and pelvic CT scan showed multiple liver metastasis. Upper endoscopy revealed a sessile polyp 5 mm in diameter below GE junction; in the body and antrum there were also multiple sessile polyps 2 to 4 mm in diameter with erosions of the mucosa.

Histopathology was compatible with infiltrated malignant melanoma.

GE - J Port Gastroenterol 2008; 15: 122-124

INTRODUÇÃO

A maioria das neoplasias cutâneas tem uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de 95%⁽¹⁾. Contudo o melanoma maligno, que corresponde apenas a 4-5%⁽²⁾ das neoplasias cutâneas, com um prognóstico que depende da invasão local e ganglionar na altura do diagnóstico⁽¹⁾, tem uma taxa de morbilidade e mortalidade significativamente elevada⁽¹⁾.

A metastização para o aparelho digestivo não é comum. Neste o intestino delgado é o local mais comum de metastização^(3,4). A informação relativa a metástases gástricas de melanoma é menos comum^(4,5).

No aparelho digestivo, o aspecto endoscópico habitual das metástases de melanoma é de massas intraluminais, lesões polipoides ulceradas que podem ser pigmentadas ou não, lesões ulceradas ou difusamente infiltrativas e pequenos nódulos submucosos, com ou sem ulceração central⁽⁴⁻⁶⁾.

No caso descrito, o estômago foi um dos locais de metastização (pouco comum) e o aspecto endoscópico é ainda mais raro.

CASO CLÍNICO

Doente de 74 anos, sexo masculino, raça caucasiana, admitido no Serviço de Urgência por dor epigástrica, anorexia e emagrecimento. A dor epigástrica era tipo ardor, sem relação com as refeições ou com jejum, de duração variável, sem irradiação, sem factores de alívio ou agravamento associada a náuseas, vômitos alimentares frequentes, anorexia e emagrecimento de cerca de 20 Kg num mês.

Dos antecedentes pessoais destacou-se: melanoma sobre a omoplata direita observado em Consulta de Dermatologia no Hospital de Santarém, tendo sido excisado a 24/9/04. O estudo anatomo-patológico revelou: melano-

(1) Interna do Internato Complementar de Gastroenterologia.

(2) Assistente Graduada de Gastroenterologia.

(3) Assistente de Medicina Interna.

(4) Assistente Graduada de Gastroenterologia.

Serviço de Gastroenterologia e Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa, Portugal.

Recebido para publicação: 10/09/2007

Aceite para publicação: 16/07/2008



Figura 1 - Endoscopia Digestiva Alta: pólipo gástrico sésil, erosionado.

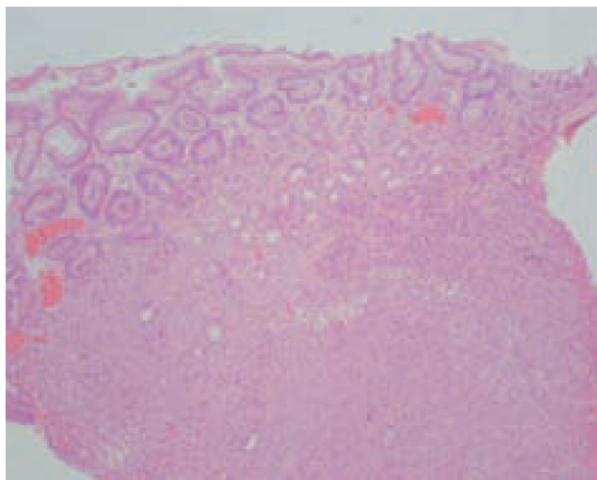


Figura 2 - Melanoma gástrico (HE 100x).

ma *in-situ* com menos de 2 mm de espessura submetido a exérese completa com margem de segurança de 1,3 mm; e *nevu* melanocítico displásico submetido a exérese completa. Não foram realizados outros tratamentos.

No exame objectivo detectou-se: doente emagrecido, com adenopatia supraclavicular esquerda, com cerca de 3 cm, aderente aos planos profundos, de consistência pétreia, não dolorosa. Laboratorialmente demonstrou-se: hemoglobina=16,3 g/dl; leucocitose= 15300/ μ L; neutrófilos=48%; T. protrombina=71%; Albumina=2,7 g/dl; bilirrubina total=1,53 g/dl; AST=108 U/L; ALT=63 U/L; gGT=426 U/L; F. Alcalina=587 U/L; LDH=1967U/L; PCR=23,6; função renal sem alterações; doseamentos de AFT, CEA, Ca 19.9; Ca 15.3 e PSA normais.

Exames bacteriológicos e pesquisa de *Micobacterium tuberculosis* negativos.

A 22/12/06 realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que revelou: extensa disseminação hepática com pequenas imagens hipodensas e hipocaptantes, a de maiores dimensões com 15mm. Densificação acentuada de todo o grande epíploon e mesentério, em particular, e também da região do pequeno epíploon, com irregularidade e espessamento moderado difuso de toda a parede gástrica e densificação dos tecidos peritoneais envolventes. Não se observaram alterações na morfologia do pâncreas ou do canal de Wirsung.

Realizou a 22/12/06 endoscopia digestiva alta que mostrou: hérnia de deslizamento e no saco herniário, pólipo sésil, com 5 mm, de diâmetro; mucosa do corpo e antro com múltiplos pólipos sésseis com dimensões entre 2 e 4 mm, com mucosa erosionada, que se biopsaram. Não se realizou polipectomia por alterações da coagulação (TP=40% no dia da EDA).

O exame anatomopatológico das biopsias gástricas revelou: fragmentos de mucosa gástrica com infiltração da

lâmina própria e da submucosa por células tumorais dispostas num padrão sincicial, com CK e LCA negativos e S100 e HMB45 positivos compatível com metástase de melanoma.

Durante o internamento o doente veio a falecer.

DISCUSSÃO

Perante o caso clínico apresentado de homem de 74 anos, caucasiano, com dor epigástrica, emagrecimento de 20Kg num mês e adenopatia supraclavicular esquerda, pétreia, colocamos várias hipóteses diagnósticas sendo a neoplasia gástrica primária, a mais provável embora se tenha de considerar a metastização gástrica de neoplasia oculta e a metastização gástrica de melanoma.

Corroborando a primeira hipótese temos o facto da neoplasia primária do estômago surgir mais frequentemente em homens, caucasianos ^(7,8) e a existência de adenopatia supraclavicular esquerda, com cerca de 3 cm, aderente aos planos profundos, de consistência pétreia, não dolorosa, denominando-se esta adenopatia de sentinela ou nódulo de Virchow ⁽⁸⁾, como no caso apresentado.

A favor de metástase de melanoma dado tratar-se dum doente submetido a excisão de melanoma no ombro direito. Por outro lado a tomografia computadorizada favorece a hipótese de neoplasia gástrica metastática ou de metastização de neoplasia oculta e de melanoma para o estômago e outros órgãos.

A endoscopia digestiva alta e o exame histopatológico foram, neste caso de fulcral importância para o diagnóstico, tendo este sido compatível com metástase de melanoma na mucosa gástrica.

O melanoma maligno, que corresponde apenas a 4-5% ⁽²⁾ das neoplasias cutâneas, com um prognóstico que depende

da invasão local e ganglionar na altura do diagnóstico ⁽²⁾, tem uma taxa de morbilidade e mortalidade significativamente elevada ⁽¹⁾.

Um estudo da “World Health Organization” em que se verificou que o melanoma cutâneo (com menos de 2 mm de espessura) foi excisado com margem de segurança entre 1-3 cm, e que uma margem cirúrgica inferior resultava em taxas elevadas de recidiva local mas não de metastização ganglionar e à distância ⁽⁷⁾. A detecção precoce do melanoma maligno cutâneo com a excisão cirúrgica acarreta um excelente prognóstico com cura ^(1,3).

No nosso caso como a excisão foi com margem de segurança superior a 10 mm (1,3mm) e o melanoma tinha uma espessura inferior a 2 mm não faria prever a metastização .

A metastização para o aparelho digestivo não é comum. Neste o delgado é o local mais comum de metastização ^(3,4,6).

O melanoma metastiza para os gânglios linfáticos (73,6%); pulmão (71,3%); do fígado (58,3%), cérebro (54,6%); osso (48,6%); supra-renais (46,8%) e aparelho digestivo (incluindo fígado e tubo digestivo) (43,5%). A distribuição dentro do tubo digestivo é a seguinte: jejuno-ileon 35,6%; cólon 28,2%; estômago 22,7%; esófago 9,3% ⁽⁶⁾. A metastização gástrica é observada em 7% dos casos ⁽⁹⁾.

Numa revisão de autópsias a incidência de metástases de melanoma foi a seguinte: fígado 68%; jejuno-ileon 58%; cólon 22%; estômago 20%; duodeno 12%; recto 5%; esófago 4% e ânus 1% ^(4,6).

Neste caso, a metastização deu-se para o fígado e para o estômago mas não para o pulmão, que é um dos locais de metastização mais comum ^(4,6).

Clinicamente, a metástase de melanoma no aparelho gastroenterológico surge com um quadro de hemorragia, perfuração, oclusão ^(2,3,5,6) mas também dor abdominal, náuseas ^(5,6) e emagrecimento ⁽⁶⁾.

Neste doente manifestou-se essencialmente por emagrecimento e dor epigástrica, não nos surgindo como um quadro de hemorragia digestiva.

A metástase de melanoma apresenta-se em termos endoscópicos como metástases solitárias ou múltiplas e localizam-se preferencialmente no terço médio (cerca de 40%) e no terço superior (cerca de 40%) do corpo gástrico. No mesmo estudo 40% das lesões solitárias e 35% das múltiplas localizam-se na grande curvatura ⁽⁵⁾.

No aparelho digestivo, o aspecto endoscópico habitual das metástases de melanoma é de massas polipoides, lesões polipoides ulceradas pigmentadas ou amelanóticas, ulceradas ou difusamente infiltrativas, pequenos nódulos submucosos com ou sem ulceração central ^(4-6,9).

No caso descrito, o estômago foi o local de metastização, que é pouco comum e o tipo de macroscopia é ainda mais raro.

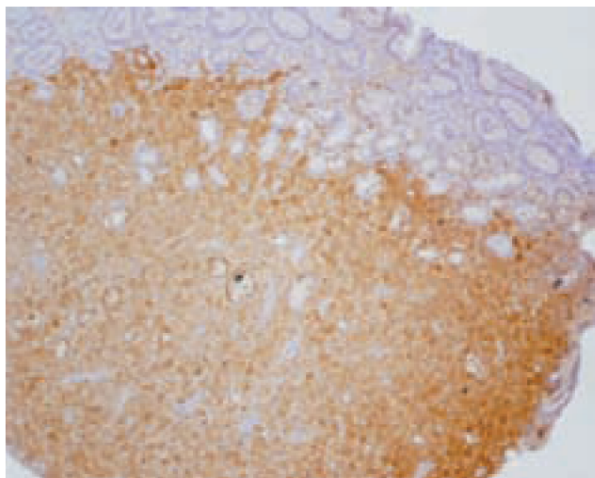


Figura 3 - Melanoma gástrico (marcação com HMB45 100x).

Correspondência:

Cátia Quintela
 Serviço de Gastroenterologia
 Hospital de Santo António dos Capuchos
 Alameda de Santo António dos Capuchos
 1150 Lisboa
 Tlm: 918906762
 e-mail: catia_quintela@iol.pt

BIBLIOGRAFIA

- Cummins DL, Cummins JM, Pantle H, Silverman MA, Leonard AL, Chanmugam A. Cutaneous malignant melanoma. *Mayo Clin Proc* 2006;81:500-7.
- Inamori M, Ueno N, Fujita K, Fujisawa T, Fujisawa N, Yoneda M, Takahashi H, et al. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *J Gastroenterology Hepatology* 2006;21: 327.
- Capizzi PJ, Donohue. Metastatic melanoma of gastrointestinal tract: a review of the literature. *Compr Ther* 1994, 20: 20-3.
- Daniela A, et al. Metastatic melanoma of the stomach and the duodenum. *Arch Oncol* 2006, 14: 60-1.
- De Palma GD, Masone S, Rega M, Simeoli I, Donisi M, Addeo P, et al. Metastatic tumors to the stomach: clinical and endoscopic features. *World J Gastroenterology* 2006; 12:7326-8.
- Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 511-6.
- Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 15th edition; 2nd vol; cap 325:1867-70.
- Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Husser WC. *Principles of surgery* 6th edition, 2nd vol; cap 13: 524-527.
- Taal BG, Westerman H, Boot H, Rankin EM. Clinical and endoscopic features of melanoma metastases in the upper GI tract. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999, 50: 261-3.