Caso Clínico / Clinical Case

PÓLIPOS GÁSTRICOS COMO RARA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE METÁS-TASE GÁSTRICA DE MELANOMA

C. QUINTELA¹, M. J. BETTENCOURT², A. RIBEIRINHO², T. BENTES²

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 pétrea, não dolorosa.

No decurso da investigação realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que demonstrou: extensa dis-sominação hepática com pequenas imagens hipodensas e hipocaptantes. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou: hérnia hiatal e nesa, pólipio gástrico, sésnil, com 5 mm; mucosa do corpo e antrum com múltiplos pólipos sésseis com dimensões entre 2 e 4 mm, erosionados que se biopsiaram. 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 sobrevida 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 metastatização (3-6). 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 intratuminais, lesões polipoide ulceradas que podem ser pigmentadas ou não, lesões ulceradas ou difusamente infiltrativas e pequenos nórdulos submucosos, com ou sem ulceração central (4-6).

No caso descrito, o estômago foi um dos locais de metástase (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 agravação 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) Assista-n-te Graduado de Gastroenterologia.
(3) Assista-n-te de Medicina Interna.
(4) Assista-n-te Graduado 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
ma in-situ com menos de 2 mm de espessura submetido a exérese completa com margem de segurança de 1,3 mm; e nevus melanocítico displásico submetido a exérese completa. Não foram realizados outros tratamentos.

No exame objetivo 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/µL; 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 *Microbacterium tuberculosis* negativos.

A 22/12/06 realizou tomografia computorizada 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 epíplono e mesentério, em particular, e também da região do pequeno epíplono, 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 séssil, com 5 mm, de diâmetro; mucosa do corpo e antro com múltiplos pólipos sésseis com dimensões entre 2 e 4 mm, com mucosa erodida, que se biopsaram. Não se realizou polipectomia por alterações da coagulação (TP=40% no dia da EDA).

O exame anatomo-patológico das biopsias gástricas revelou: fragmentos de mucosa gástrica com infiltração da lámina própria e da submucosa por células tumorais dispuestas 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 metastatização gástrica de neoplasia oculta e a metastatização gástrica de melanoma.

Corroborando a primeira hipótese temos o facto da neoplasia primária do estômago surgir mais frequentemente em homens, caucasianos 7,9 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 7, 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 computorizada favorece a hipótese de neoplasia gástrica metastática ou de metastatização 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% 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 metástase ganglionar e é à distância (3). 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 metástase.

A metástase para o aparelho digestivo não é comum. Neste o delgado é o local mais comum de metástase (5,6,8). 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%; esôfago 9,3% (8). A metástase gástrica é observada em 7% dos casos (8).

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%; esôfago 4% e ánus 1% (6,9).

Neste caso, a metástase deu-se para o fígado e para o estômago mas não para o pulmão, que é um dos locais de metástase mais comuns (6,8).

Clinicamente, a metástase de melanoma no aparelho gastrenterológico surge com um quadro de hemorragia, perfuração, oclusão (2,5,6) mas também dor abdominal, náuseas (6,8) 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 polipoïdes, lesões polipoïdes ulceradas pigmentadas ou amelanóticas, ulceradas ou difusamente infiltrativas, pequenos nódulos submucoicos com ou sem ulceração central (4,6,9).

No caso descrito, o estômago foi o local de metástase, 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
Tel: 918906762
e-mail: catia_quintela@iol.pt

BIBLIOGRAFIA