Intussuscepção de delgado por melanoma maligno de sítio primário incerto

Small bowel intussusception for malignant melanoma of uncertain primary site

EDUARDO BRAMBILLA – Mestre em Cirurgia. Coloproctologista e Professor de Coloproctologia da UEM, Aparelho Digestivo, da Universidade de Caxias do Sul.
FRANCISCO FONTANELLA – Cirurgião Geral do corpo cirúrgico do Hospital de Farroupilha.
MICHELLE MANZINI – Estudante do quarto ano do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.
MARCOS ANTÔNIO DAL PONTE – Estudante do quinto ano do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.
VIVIANE RAQUEL BUFFON – Estudante do quinto ano do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.
GUILHERME RICCI – Estudante do sexto ano do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Universidade de Caxias do Sul

✉ Endereço para correspondência:
Dr. Eduardo Brambilla
Rua General Arcy da Rocha Nóbrega, 401, sala 705 – Bairro Madureira
95040-000 – Caxias do Sul, RS – Brasil
☎ (54) 3222-9879
michelle_manzini@yahoo.com

RESUMO

A metástase do melanoma maligno do intestino delgado é incomum. As manifestações clínicas são inespecíficas, e o quadro de abdome agudo obstrutivo pode ser a primeira manifestação. Apresenta-se um caso de intussuscepção intestinal devido a um melanoma metastático de sítio primário não detectado. São discutidos sua etiologia, seu diagnóstico e seu tratamento.

UNITERMOS: Melanoma, Intussuscepção, Obstrução Intestinal, Metástase.

ABSTRACT

Malignant melanoma metastasis to the small bowel is uncommon. Its clinical presentation is inespecific and an obstructive acute abdomen syndrome could be its first manifestation. A case of intestinal intussusception due to a metastatic melanoma with no primary site detected is described. Etiology, diagnosis and treatment are discussed.

KEYWORDS: *Melanoma, Intussusception, Bowel Obstruction, Metastasis.*

INTRODUÇÃO

Os sítios mais freqüentes de disseminação do melanoma metastático são pele, linfonodos, fígado, pulmão e cérebro (1). É incomum o melanoma acometer o tubo digestivo e quando ocorre, atinge geralmente o intestino delgado. Das lesões metastáticas localizadas no intestino delgado, 70% tem como neoplasia primária o melanoma (2).

Aproximadamente, 8% dos pacientes com melanoma estádio IV têm metástases no trato gastrointestinal clinicamente diagnosticadas (3). Em necropsias, a incidência aproxima-se de 60% (3).

Apesar de a ressecção das metástases ser capaz de proporcionar paliação prolongada, essa medida não reduz a mortalidade (1), sendo essencial que se obtenha o diagnóstico da neoplasia em fases precoces, quando esta ainda é potencialmente curável.

O objetivo deste artigo é apresentar o caso de um paciente com obstrução intestinal causada por melanoma metastático, a fim de que se tenha essa entidade como parte do diagnóstico diferencial como causa de obstrução intestinal, ou de outros sintomas gastrointestinais, inclusive sangramento digestivo crônico, em adultos, ainda que estes não apresentem dados na anamnese, nem no exame físico, que sugiram lesão primária.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 42 anos, branca, chegou à emergência com quadro de vômitos, dor e distensão abdominal nas 24 horas prévias. Ao exame físico, apresentou-se em bom estado geral, abdome distendido, timpânico com aumento dos ruídos hidroaéreos e dor à palpação profunda. Toque retal com ausência de conteúdo na ampola. Sua história pregressa não evidenciava patologias presentes ou passadas. Como exames complementares, solicitaram-se hemograma e amilase, que mostraram níveis normais e radiografia de abdome agudo com ausência de ar no cólon, grande distensão de delgado e presença de níveis hidroaéreos. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora, onde se observou invaginação do intestino delgado a cerca de 50 cm da válvula íleo-cecal (Figura 1). A causa da invaginação era uma lesão polipóide com cerca de 3 cm de diâmetro na luz intestinal. Realizou-se ressecção do intestino delgado com margens amplas. O exame anatomopatológico revelou lesão sugestiva de GIST. A imunoistoquímica evidenciou positividade para proteína S-100 (Figura 2), HMB045 e melan-A, que são compatíveis com

Recebido: 12/4/2007 – Aprovado: 29/11/2007

14-092-intussucepção de delgado por melanoma.pmd 49 4/4/2008, 14:40

melanoma maligno. Após o diagnóstico, a paciente foi reavaliada para encontrar sítio primário da lesão, sem sucesso.

DISCUSSÃO

Entre as principais causas de intussuscepção do intestino delgado, no adulto, está a metástase do melanoma maligno, disseminando-se por contigüidade ou por via linfática (1, 2, 3, 4). Ocorre geralmente na margem antimesentérica (2, 5), sendo o jejuno e o íleo as porções mais acometidas (1, 6).

A maioria dos tumores malignos localizados no intestino delgado são metástases (7), freqüentemente originadas do melanoma (6, 8). Segundo Palau et al. (1), apenas 0,9% a 4,4% dos pacientes com metástases no intestino delgado apresentam sintomas, os quais são vagos e inespecíficos (7, 9). A lesão maligna pode simular apendicite aguda, causar sangramento gastrointestinal ou obstrução intestinal (10, 11, 12).

A obstrução é complicação freqüente, ocasionada, principalmente, por intussuscepção, visto que as metástases são macias e estromais. As lesões são clinicamente indetectáveis em estádios iniciais, dificultando o diagnóstico, o qual acaba sendo feito após uma complicação, impedindo, em vários casos, a realização de cirurgia, ainda que com intenções paliativas, devido ao mau estado geral do paciente (13). Quando uma massa grande e ulcerada acomete o trato gastrointestinal, o diagnóstico diferencial deve incluir melanoma metastático, mesmo que a anamnese não revele tumor primário previamente, na medida em que, em vários casos, são removidas lesões de pele, sem que se faça a análise histopatológica, e os pacientes tendem a esquecê-las. Outros diagnósticos a serem considerados incluem sarcoma de Kaposi, tumor carcinóide, linfoma e leiomiossarcoma (14).

Em quadro confuso de abdome agudo, a ultra-sonografia, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada abdominais podem auxiliar (3, 9), contudo a laparotomia é necessária para definir a causa (9, 15).

Os pacientes que apresentam melanoma estádio IV, ou seja, com metástases à distância, sem história ou sem melanoma previamente diagnosticado, devem ser submetidos à inspeção de toda a pele, além da região anal e, até mesmo, ao exame oftalmológico, caso o padrão seja consistente com melanoma ocular. Freqüentemente, não se encontra o sítio primário. Alguns pacientes relatam história de lesão cutânea que desapareceu sem biópsia ou sem tratamento, o que pode sugerir um melanoma que sofreu regressão, sendo pior o prognóstico nesse caso (9). A imunoistoquímica é útil para confirmar o diagnóstico, ao demonstrar a positividade para S-100, HMB045 e melan-A, independente de a lesão ser primária ou metastática (16, 17).

À macroscopia, a lesão pode apresentar-se como tumor infiltrante, o mais comum, podendo ulcerar e causar obstrução intestinal por crescimento transmural excêntrico, ou na forma polipóide (8).

A cirurgia é considerada a melhor conduta e está indicada caso a metástase for sintomática ou se a lesão for o único local identificável da doença metastática (11), sendo a morbidade e a mortalidade mínima, e o alívio sintomático pode ocorrer em mais de 90% dos casos (18). Dados da literatura revelam que pacientes operados sobrevivem onze meses e os que não são levados à cirurgia sobrevivem cinco meses (8). Foi demonstrado melhora no tempo de sobrevida de pacientes submetidos a esvaziamento parcial ou completo do tumor, com qualidade de vida razoável (6). Uma série demons-



Figura 1 – Peça cirúrgica evidenciando intussuscepção de intestino delgado.

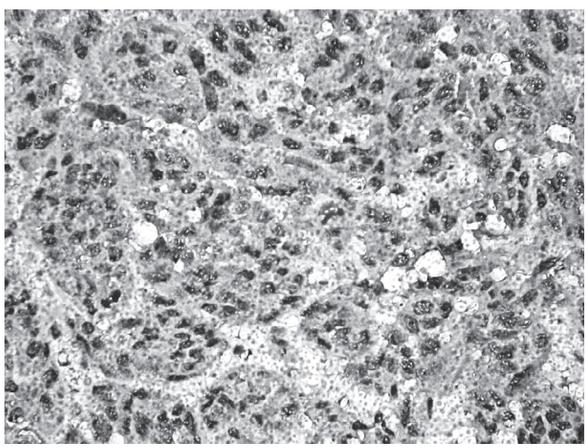


Figura 2 – Imagem do exame de imunoistoquímica, revelando positividade para as proteínas S-100, HMB045 e melan-A.

14-092-intussucepção de delgado por melanoma.pmd 50 4/4/2008, 14:40

trou sobrevida média de 48 meses após a ressecção do segmento intestinal acometido, com sobrevida de até 38% em 5 anos. Contudo, sem a ressecção cirúrgica, o prognóstico é ruim (19).

Graves complicações, inclusive a morte, podem decorrer da cirurgia por obstrução maligna do intestino. Muitos autores contra-indicam-na quando as obstruções são múltiplas, na medida em que o paciente não é beneficiado com essa conduta (20).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scully RE, Mark EJ, Mcnully WF, Ebeling SH. A 50-Year-old Woman with Severe Diarrhea during Radiation Treatment for Resected Metastatic Melanoma: Case 7 – 1999. NEJM 1999; 340: 789-96.
2. Lain EL, Orengo IF, Rosen T. Metastatic Melanoma. J Am Acad Dermat. 2005; 53(2): 314-7.
3. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. Annals of Surgery 1997; 226(2): 134-8.
4. Huang BJ, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. Radiol Clin N Am 2003:41:1137-51.
5. Nolan DJ. The Small Intestine. In: Grainger RG, Allison D, Adam A, Dixon AK. Grainger and Allison´s Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging 4th ed. Philadelphia: Churchil Livingstone, 2001: pp 1086-7.
6. Berger AC, Buell JF, Venzon D, Baker AR, Libutti SK. Management of Symptomatic Malignant Melanoma of the Gastrointestinal Tract. Ann Surg Oncol 1999; 6(2):155-60.
7. Aragoneses LM, Cebrián IM, Pascual AC, Cerezo MJS, Bernal NA, Galán MD. Invaginación Intestinal en el Adulto. Emergencias 2005;17:87-90.
8. Palau T, Alejo M, Romaguera A, de Castro X, de Caralt E, Serra C. Invaginación del íleon por metástasis de melanoma cutáneo. Rev Esp Enferm Dig 2005;97(5):381-2.
9. Fichera A, Michelassi F. Cancer of the Small Bowel. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG. Abeloff Clinical Oncology 3th ed. Philadelphia: Elsevier 2004; pp1866-9.
10. Pirisi M, Leutner M, Grazioli S, Bartoli EG. A woman with anemia and small bowel obstruction. CMAJ 2004; 170(5): 788.
11. Gulec SA, Beller M, Edwards K, Lizotte P, O´Day S. Positron Emission Computed Tomography Diagnosis of Metastatic Melanoma with Intussusception. J Clin Oncol 2004; 22:4854-5.
12. El Ters E. Urgencias quirúrgicas digestivas em oncología. Rev Med Uruguay 2002; 18:211-24.
13. Marcos ED, Velarde OF, Berrocal AY. Neoplasia Maligna duodenal: Pérfil clínico patológico. Rev Gastroenterol Peru 2003;23:99-106.
14. Silverman JM, Hamlin JA. Large melanoma metastases to gastrointestinal tract. Gut 1989;30;1783-5.
15. Toso C, Erne M, Lenzlinger PM, Schmid JF, Büchel H, Melcher G, Morel P. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. Swiss Med Wkly 2005;135:87-90.
16. Tomicic J, Wanebo HJ. Mucosal melanomas. Surg Clin N Am 2003; 83: 237-52.
17. Loualidi A, Spooren PFMJ, Gruben MJAL, Blomjous CEM, Goly SH. Duodenal metastasis: an uncommon cause of small bowel bleeding. The Netherlands Journal of Medicine 2004;62(6):201-5.
18. Allen PJ, Coit DG. The surgical management of metastatic melanoma. Ann Surg Oncol 2002;9(8):762-70.
19. Radha S, Afroz T, Ratnakar C, Reddy Ashwin Kumar, Satyanarayana G. Small bowel metastasis of malignant melanoma. Ind J Surg 2006;68(4):222-3.
20. Krouse RS. Surgical Palliation of Bowel Obstruction. Gastroenterol Clin N Am 2006; 35:143-51.

14-092-intussucepção de delgado por melanoma1.pmd 51 4/4/2008, 14:40