

Obstrução intestinal por intussuscepção devido melanoma metastático: relato de caso

Bowel obstruction in intussusception due melanoma metastatic: case report

José Wilson S. Favaris¹; Carlos Augusto M. Donadelli²; Juliana G. Dardengo³

RESUMO

O envolvimento do trato gastrointestinal por metástase de melanoma é uma entidade rara, sendo o intestino delgado o sítio mais comum. Comumente esses pacientes são assintomáticos ou manifestam sintomas inespecíficos. A ressecção das metástases pode proporcionar tratamento paliativo com alívio imediato dos sintomas. É essencial o diagnóstico precoce, quando essa medida ainda é potencialmente curativa. Este estudo relata um caso de obstrução intestinal por intussuscepção secundário à metástase por melanoma em um paciente jovem.

Palavras-chave: Melanoma /metastático. Abdome Agudo. Obstrução Intestinal. Intussuscepção.

ABSTRACT

Involvement of the gastrointestinal tract by metastatic melanoma is a rare disease, the small bowel being the most common site. Commonly these patients are asymptomatic or manifest nonspecific symptoms. The resection of the metastases can provide palliative treatment with immediate relief of symptoms. Early diagnosis is essential if the measure is still potentially curative. This study reports a case of intestinal obstruction by intussusception secondary to metastatic melanoma in by a young patient.

Keywords: Melanoma / Secondary. Abdomen, Acute. Intestinal Obstruction. Intussusception.

Introdução

O câncer de pele representa a neoplasia mais freqüente no Brasil correspondendo a 25% de todos os tumores malignos, sendo o melanoma responsável por 4% dessas neoplasias.¹ Entretanto é o mais grave, devido à sua alta possibilidade de metástase. Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer a estimativa de novos casos

para durante o ano de 2012 foram de 6.230.¹ Nos pacientes com melanoma, o intestino delgado é o sítio mais comum de envolvimento no trato gastrointestinal.^{2,3} Essas metástases podem manifestar-se como lesões mucosas, submucosas ou como implantes serosos ou mesentéricos.² São mais frequentemente encontradas no intestino delgado distal do que no trato gastrintestinal proximal ou cólon.^{3,4}

1. Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Franca.
2. Médico do departamento de Cirurgia Geral da Santa Casa de Franca.
3. Residente de Pediatria da Santa Casa de Franca.

Correspondencia
Jose Wilson de Souza Favaris
Santa Casa de Misericórdia de Franca
Praça D. Pedro II, 1826, Centro
CEP: 14400-715 - Franca/SP

Recebido em 14/10/2014
Aprovado em 12/08/2015

Geralmente esses pacientes são assintomáticos por longos períodos ou manifestam sintomas inespecíficos, portanto, o diagnóstico, na maioria das vezes, é realizado já quando o paciente apresenta lesões avançadas como obstrução intestinal ou anemia crônica.⁵ Por isso, o intervalo entre o diagnóstico da lesão primária e de metástases gastrointestinais pode variar entre dois a 180 meses.⁵ A oclusão intestinal é um dos principais sintomas e é tipicamente secundária a invaginação jejunal ou ileal. A invaginação íleo-ileal é uma entidade rara, com poucos casos relatados.⁶

A ressecção das metástases pode proporcionar tratamento paliativo com alívio imediato dos sintomas, todavia essa medida não reduz a mortalidade.⁷ Portanto é essencial obtenção do diagnóstico precoce, quando essa medida ainda é potencialmente curativa.⁸

Relato do caso

Paciente sexo masculino, 22 anos, branco, admitido no dia 24 de junho de 2014 com quadro de distensão e dor abdominal recorrente com piora nas últimas 36h. História prévia de ressecção de lesão cutânea infraclavicular e trapeziana à direita associado a esvaziamento axilar ipsilateral realizados no dia 12 de março de 2014. O resultado anátomo-patológico do esvaziamento axilar direito apresentou metástase de melanoma para 1 de 7 linfonodos dissecados.

Com base no quadro clínico foi solicitada tomografia de abdômen com contraste que evidenciou lesão expansiva em intestino delgado. (Figura 1).

O Paciente foi submetido à laparotomia exploradora no dia 29 de junho de 2014 no qual foram observados extensos implantes tumorais em mesentério de delgado (Figura 2). A 90 cm do ligamento de Treitz foi visualizado implante subseroso, sem obstrução da luz intestinal (Figura 3).

Encontrada também, a 180 cm do Treitz uma lesão oclusiva. Nesse segmento foi realizada enterectomia com anastomose primária término-terminal. A 300 cm do ângulo de Treitz, havia obstrução intestinal por intussuscepção causada por massa tumoral (Figura 4). Também realizada enterectomia desse segmento seguida por anastomose primária latéro-lateral.



Figura 1. Tomografia de abdome com contraste: lesão expansiva em intestino delgado.



Figura 2. Implante metastático em mesentério e alça de intestino delgado

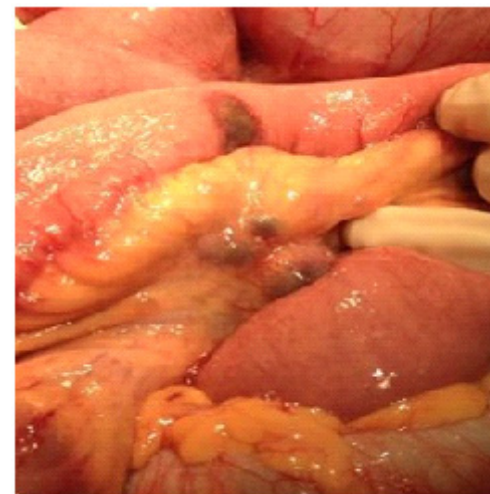


Figura 3. Implante subseroso em intestino delgado.



Figura 4. Intussuscepção ileo-ileal.

Paciente evoluiu sem intercorrências tendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório. O exame anátomo-patológico revelou segmento de intestino delgado com múltiplos focos de infiltração da parede-mucosa por melanoma. Linfonodos mesentéricos com metástase de melanoma.

Discussão

Melanoma com metástase para o trato gastrointestinal é uma apresentação incomum sendo o intestino delgado o sítio mais freqüente, representando cerca de um terço das metástases para o trato gastrointestinal, sendo encontradas em 58% das autópsias em pacientes com melanoma.³

A intussuscepção do intestino delgado secundária à lesão metastática por melanoma já foi descrita na literatura e sua apresentação é variável⁴. Essas lesões são, em geral, clinicamente indetectáveis em estádios iniciais, dificultando o diagnóstico, que 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.⁵

Os pacientes que se apresentam com história de melanoma metastático para o trato gastrointestinal podem exibir sintomas que incluem dor abdominal, constipação e anemia. Quando estes sintomas estão presentes há necessidade de investigação clínica e radiológica.⁶

A investigação começa com uma anamnese e exame clínico detalhado, contudo o diagnóstico pré-operatório de metástase do intestino delgado por melanoma maligno é muito difícil devido à apresentação tardia e sintomatologia inespecífica.¹⁰ Para complementar à investigação pode ser realizada endoscopia digestiva alta, colonoscopia, enema opaco, tomografia computadorizada.¹¹

Invariavelmente, a intervenção cirúrgica em lesões metastáticas para o trato gastrointestinal é reservada para lesões sintomáticas que produzem obstrução ou sangramento.⁶ Paciente com metástases viscerais de melanoma são geralmente tratados com quimioterapia sistêmica e a sobrevida média desses pacientes é de apenas 5 a 11 meses, dependendo do local da metástase.⁶

Contudo alguns fatores são numerados como sendo os mais importantes no prognóstico após a ressecção das metástases, são eles: longo intervalo de tempo entre a ressecção do tumor primário e o diagnóstico das metástases; a presença de lesão metastática isolada; número de locais com metástases; ausência de metástases viscerais; os locais dessas metástases e sua completa ressecção.⁷

Conclusão

Conforme o relato de caso apresentado, e de acordo com a literatura pesquisada, concluímos que pacientes com história prévia de melanoma de pele que evoluem com sintomas gastrointestinais devem ser prontamente investigados para a possibilidade de metástases.

Referências

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Câncer de pele Melanoma, estimativas 2012; [acessado em: 5 de julho de 2014]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao.
2. Huang YJ, Wu MH, Lin MT. Multiple small-bowel intussusceptions caused by metastatic malignant melanoma. *Am J Surg*. 2008; 196: e1- e2.
3. Bender GN, Maglinte DD, McLarney JH, Rex D, Kelvin FM. Malignant melanoma: patterns of metastasis to the small bowel, reliability of imaging studies, and clinical relevance. *Am J Gastroenterol*. 2001; 96:2392-400.
4. Strobel K. Small intestine invagination in metastatic intestinal malignant melanoma. *Rofo*. 2001; 173:768-9.
5. Marcos ED, Velarde OF, Berrocal AY. Neoplasia Maligna duodenal: Perfil clínico patológico. *Rev Gastroenterol Perú*. 2003; 23: 99-106.

6. Meyers ML, Balch CM. Diagnosis and treatment of metastatic melanoma. In: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong S. Cutaneous melanoma. Saint Louis: Quality Medical Publishing, 1998:325-72
7. Tomasich FDS, Dermachi VCA, Luz MA, Dias LAM, Kato M. Metástases Intestinais de Melanoma. Rev Col Bras Cir. 2003; 30: 2: 92-7.
8. Souza FF, Souza FF, Souza DAT, Johnston C. Melanoma metastático causando intussuscepção do intestino delgado: diagnóstico por 18F-FDG PET/TC. Radiol Bras. 2009; 42:333-5.
9. Ribeiro R, Subotin I, Filipa A. Invaginação Intestinal por Metástases de Melanoma – a propósito de um caso clínico. Rev Port Cir. 2012; 23: 57-60.
10. Carneiro VF, Figueiredo CL, Carmo RC. Obstrução intestinal por melanoma metastático: Relato de caso. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2012; 10: 2, 376-83.
11. Brambilla E; Fontanella F; Manzini M. Intussuscepção de delgado por melanoma maligno de sítio primário incerto. Rev AMRIGS. 2008; 52: 49-51.