

ARTIGO ORIGINAL

Relato de Caso - Metástase de Melanoma Maligno para a Vesícula Biliar Simulando Colecistite Aguda¹

Darlan Medeiros Kesting² Klaus Crespo Lourenço³ Rafael de March Ronsoni⁴

Resumo

O melanoma maligno é conhecido por sua propensão em metastatizar para quase todo o organismo. Dados de autopsia revelam que metástases para o trato gastrointestinal ocorrem em aproximadamente 50% dos casos. O envolvimento da vesícula biliar é infreqüente, apresentando taxas de prevalência entre 4% e 20% dos acometimentos gastrointestinais, sendo esta causa rara de relevantes sintomas ou complicações durante a vida. O caso relatado é de um homem de 72 anos com clínica sugestiva de colecistite aguda e com exame ultra-sonográfico abdominal indicativo de neoplasia vesicular ou empiema vesicular. Na história mórbida pessoal o paciente tinha realizado, há três anos, a exérese de melanoma maligno cutâneo, este apresentava limites cirúrgicos livres de tumor, no entanto, estadiamento de Breslow 7 mm, Clark nível V, TNM pT4. O paciente foi submetido a uma laparotomia e colescistectomia e o exame anatomopatológico confirmou a presença de lesão metastática compatível de melanoma maligno cutâneo.

Descritores: 1. *Melanoma;*
2. *Vesícula Biliar;*
3. *Metástase neoplásica.*

Abstract

The malignant melanoma is known by its propensity in metastasize almost all for the organism. Data of autopsy disclose that metastasis for the gastrointestinal tract occurs approximately in 50% of the cases. The involvement of the gallbladder is rare, presenting taxes of prevalence between 4% and 20% of the gastrointestinal involvement, being this rare cause of excellent symptoms or complications during the life. The told case is of a man of 72 years with suggestive clinic of acute cholecystitis and abdominal ultrasound scan indicative of gallbladder neoplasm or gallbladder empyema. In personal morbid history the patient had carried through, has three years, excision of cutaneous malignant melanoma, this presented free surgical limits of tumor, however staging of Breslow 7 mm, Clark level V, TNM pT4. The patient was submitted to a laparotomy and cholecystectomy and the pathological examination examination confirmed the presence of compatible metastatic injury of cutaneous malignant melanoma.

Keywords: 1. *Melanoma;*
2. *Gallbladder;*
3. *Neoplasm metastasis.*

1. Relato de caso médico obtido no estágio de Clínica Cirúrgica do Internato Médico do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

2. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Médico especialista em Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão (SC). Professor das disciplinas de Bases da Clínica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e de Clínica Cirúrgica do Internato Médico do curso de Medicina da UNISUL.

3 Acadêmico do curso de Medicina da UNISUL.

4 Acadêmico do curso de Medicina da UNISUL.

Introdução

O melanoma maligno é tumor que se origina de células pigmentadas, os melanócitos.¹ Embora a grande maioria destes tumores tenha sua gênese na pele, outros locais de origem incluem mucosa oral e anogenital, o esôfago, as meninges e, notavelmente, o olho.^{2,3} Sua incidência, nos Estados Unidos da América, tem aumen-

tado cerca de 4 a 6% anualmente, no entanto, sua taxa de mortalidade vem decaindo no referido país.⁴

Este tumor é conhecido por sua propensão de metastatizar para quase todo o organismo, porém, os locais mais freqüentemente acometidos são: pulmões, cérebro, fígado.^{3,5} Dados de autópsia revelam que a ocorrência de metástases para o trato gastrointestinal também é comum, com uma prevalência em média de 50% dos casos.^{3,6,7,8,9} O envolvimento da vesícula biliar é infreqüente, com taxas de prevalência entre 4% a 20% dos acometimentos do trato gastrointestinal.⁵ Dos tumores metastáticos observados na vesícula biliar, o melanoma corresponde a 50% dos casos.^{3,8}

O diagnóstico de melanoma primário de vesícula biliar ainda é controverso, pois o achado de melanócitos na mucosa do órgão conduziu alguns autores a afirmarem que estas células poderiam sofrer degeneração neoplásica, porém, a maioria dos pesquisadores acreditam que a origem tumoral seja sempre metastática, muitas vezes com o foco primário oculto.^{10,11}

O acometimento do trato biliar, pelo melanoma, é causa rara de relevantes sintomas ou complicações durante a vida, sendo que, quando presentes, os mais comuns são: colecistite com ou sem litíase, obstrução do ducto cístico, hemobilia, fístula biliar, dispepsia, náuseas, vômitos, diarreia, entre outros poucos freqüentes.^{8,10,12}

O exame ultra-sonográfico abdominal revela alterações metastáticas em apenas 4,1% dos casos. Estas são caracterizadas por: única ou múltiplas massas hiperecóticas com diâmetro superior a 1 cm e ou espessamento de parede, facilmente confundido por lama biliar.^{10,13}

Relato de caso

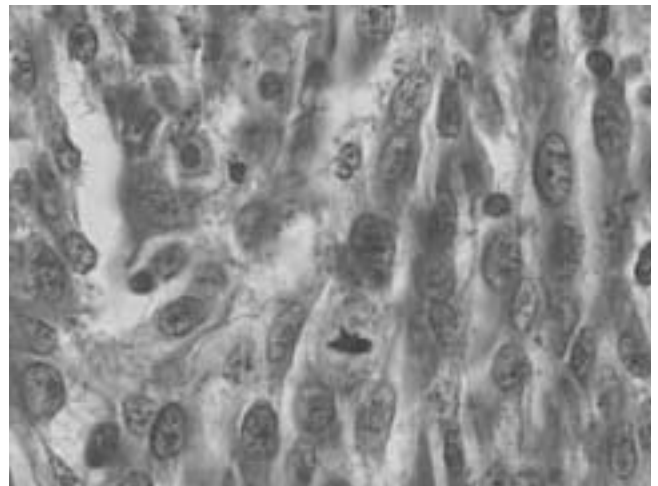
JJM, sexo masculino, 72 anos, branco, apresentou-se à emergência com o seguinte quadro clínico: há 6 dias dor abdominal em hipocôndrio direito do tipo cólica de média intensidade e de início brusco, concomitante referiu plenitude pós-prandial. Como fator de alívio referiu o uso de n-Bustilescopolamina associado à dipirona sódica de apresentação EV. Ao exame físico somente apresentava alterações ao exame abdominal que revelava dor à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy e ausência de massas palpáveis.

Diante do quadro clínico foi solicitado um exame ultra-sonográfico de abdome, o qual apresentou como laudo: alteração da morfologia vesicular com paredes espessadas (1,5 cm) e irregulares, múltiplos septos grosseiros

intraluminal e hiperecogenicidade amorfa em região infundibular associado a um edema (7,3 x 5,0 cm), cuja impressão diagnóstica foram neoplasia vesicular ou empiema vesicular.

Na história mórbida pregressa relatou ser ex-fumante (fumante por 54 anos, 1 carteira dia, parou há 5 anos), refere a exérese de um melanoma maligno cutâneo há 3 anos, que apresentava como estadiamento de Breslow 7 mm, Clark nível V, TNM pT4 e limites cirúrgico livres de tumor (Figura 1).

Figura 1 – Melanoma maligno cutâneo removido 3 anos antes da metástase para a vesícula biliar (Lâmina HE).

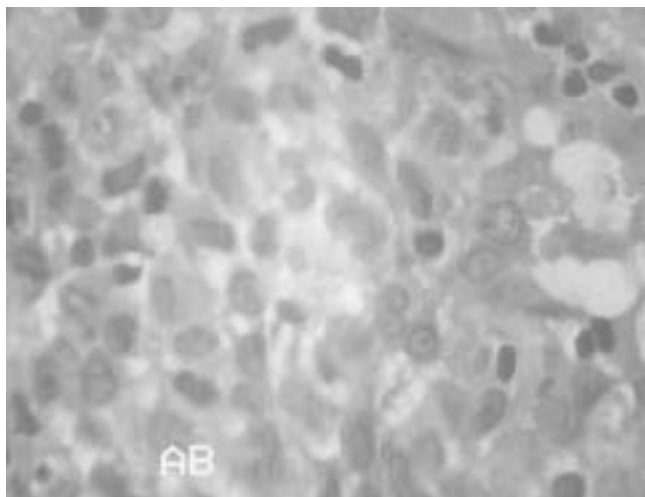


O paciente não realizou seguimento oncológico proposto pelo cirurgião ambulatorial.

Diante do quadro acima o paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), onde foram realizados exames pré-operatórios e programado o procedimento cirúrgico. Procedeu-se uma incisão de Kocher e abertura por planos onde foi verificada uma vesícula bloqueada por epiplon e, quando desfeito o bloqueio, revelou extravasamento de material gelatinoso e enegrecido pelo órgão. Posteriormente foi realizado colecistectomia pela técnica mista.

Ao estudo anatomopatológico da vesícula biliar evidenciou-se quadro histopatológico de neoplasia maligna pouco diferenciada de aspecto metastático compatível com melanoma metastático associado à colecistite crônica agudizada (Figura 2).

Figura 2 – Tumor metastático na vesícula biliar originado do melanoma maligno cutâneo (Lâmina HE).



Comentários

No desenvolvimento de sinais e sintomas de colecistite aguda, como encontrados neste caso acima descrito, em um paciente com história de melanoma maligno devemos aventar a possibilidade de doença metastática em vesícula biliar, mesmo sendo esta situação pouco frequente em nosso meio. A colecistectomia, realizada em nosso caso, ou uma biópsia percutânea, quando disponível, é justificada quando a ultra-sonografia abdominal não consegue caracterizar benignidade ou malignidade em alterações da morfologia da vesícula biliar.

Referências Bibliográficas:

1. Sober AJ, Koh HK, Wittenberg GP, Washington CV. Melanoma e outros cânceres de pele. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison medicina interna. 15rd ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002. 587-93.
2. Murphy GF, Mihm MC. A pele. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T, eds. Robbins patologia estrutural e funcional. 6rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1048-86.
3. Goldin EG. Malignant melanoma metastatic to the gallbladder. *The American Surgeon* 1990; 56:369-73.
4. Pinheiro AMC, Friedman H, Cabral ALSV, Rodrigues HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *An Bras Dermatol* 2003; 78(2):179-86.
5. Langley RGB, Bailey EM, Sober AJ. Acute cholecystitis from metastatic melanoma to the gallbladder in a patient with a low-risk melanoma. *B J Derm* 1997; 136:279-82.
6. Velez AF, Penetrante RB, Spellman JE, Orozco A, Karakousis CP. Malignant melanoma of the gallbladder: report of a case review of the literature. *The American Surgeon* 1995; 61:1095-8.
7. Herrington JL. Metastatic malignant melanoma of the gallbladder masquerading as cholelithiasis. *Am J Surg*, 1965; 109:676-8.
8. Guida M, Cramarossa A, Gentile A, Benvestito S, De Fazio M, Sambiasi D, et al. Metastatic malignant melanoma of the gallbladder: a case report and review of the literature. *Melanoma Res* 2002; 12:619-25.
9. Garas G, Bramston B, Edmunds SEJ. Malignant melanoma metastatic to the common bile duct. *J Gastroenterol hepatol* 2000; 15(11):1348-51.
10. Holloway BJ, King DM. Ultrasound diagnosis of metastatic melanoma of the gallbladder. *BJ Radiol* 1997; 70:1122-25.
11. Murphy MN, Lorimer SM, Glennon PE. Metastatic melanoma of the gallbladder: a case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1987; 34:68-72.
12. Ostick DG, Haqqani MT. Obstructive cholecystitis due to metastatic melanoma. *Postgrad Med J* 1976; 52:710-2.
13. Hahn ST, Park SH, Choi HS, Kim CY, Shinn KS, Kim CS. Ultrasonographic features of metastatic melanoma of the gallbladder. *J Clin Ultrasound* 1993; 21(8):542-6.

Endereço para correspondência:

Rafael de March Ronsoni.
Rua Padre Bernardo Freuser, nº 81, apto 302.
Centro - Tubarão - SC.
CEP: 88701-140
Email: rafaelronsoni@hotmail.com