

Vitor Bergamaschi fonseca, FONSECA, VB- segundoanista de cirurgia geral-Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini
Fernanda Boarin Pace; PACE FB –Segundoanista de cirurgia geral – Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini
Romulo Amorim de Oliveira; OLIVEIRA, RA-Segundoanista de cirurgia geral –Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini
Fernanda Aires Lucena; LUCENA, FA-Segundoanista de cirurgia geral – Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini
Stefany Zapata Gutierrez; GUTIERREZ, SZ-Segundoanista de cirurgia geral-Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini
Cibelle Marion Bertolli; BERTOLLI, CM – Coordenadora de residência de cirurgia geral-Hospital de clinicas Dr. Radames Nardini

Introdução e Objetivo

Melanoma é uma neoplasia originado de melanócitos, localizados nas camadas basais da epiderme. Aproximadamente 92% dos melanomas são cutâneos e apenas 1,2% localizam-se em mucosas. O melanoma gástrico é mais comumente encontrado na forma de metástase na presença de focos cutâneos primários. Este trabalho tem o objetivo de apresentar um relato de caso de melanoma gástrico primário.

Apresentação do Caso

Paciente F.V. masculino, 43 anos, deu entrada no pronto socorro do hospital Nardini referindo fraqueza, perda de peso (15kg), melena com início há 02 meses. Ao exame físico, paciente hipocorado (++/4+), afebril, na ectoscopia não apresentava lesões de pele. Abdome flácido, dor a palpação profunda em epigástrio, ausência de massas ou visceromegalias e toque retal com presença de melena em dedo de luva. Exames de entrada, Hb 8,1 g/dl; Ht 26,7%; leuco 6220 mm³; Plaq 332000 mm³. A Tomografia de abdome mostrava fígado em situação normal, notando-se nódulo sólido com contornos regulares exofítico ao segmento hepático VII. Na EDA visualizada lesão polipóide, realizado biópsia que mostrou lesão de crescimento infiltrativo com proliferação de células globosas dispostas em blocos com cordões de núcleos hipercromáticos, alguns com pseudoinclusões de citoplasmas eosinófilos ou com pigmento marrom, sendo a conclusão de neoplasia maligna de histogênese indeterminada em mucosa gástrica. Paciente submetido a laparotomia exploradora com achado de microlesões em alça de delgado em toda sua extensão de coloração escura, lesões nodulares a 80cm do ângulo de Treitz, lesão nodular irregular aderida ao peritônio em goteira parietocólica, lesão nodular em pequena curvatura gástrica proximal. Realizado ressecção do tumor gástrico marginal, enterectomia término-terminal. O anatomopatológico das lesões ressecadas mostrou neoplasia maligna epitelióide no estômago com infiltração vascular, neoplasia maligna epitelióide no intestino delgado com margem cirúrgica livre e a imuno-histoquímica (24/07/2019) mostrava CD34 positivo em microvasos, CK7 positivo em epitélio glandular, cromogranina positivo, HMB-45 positivo forte e difuso e Ki-67 positivo em 2% das células neoplásicas. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, porém devido a doença avançada foi a óbito 04 meses após a cirurgia.



Discussão

Melanoma é encontrado em tecidos que possuem grandes quantidades de melanócitos como pele, olhos, região anal. Quando encontrado no trato gastrointestinal (TGI), é associado a metástase nos casos de pacientes que apresentem cutâneas¹. Na literatura há poucos casos descritos de melanoma gástrico primário, porém há critérios para o diagnóstico que são ausência de lesões dérmicas concomitantes, ausência de exérese de melanoma ou de lesões melanocíticas atípicas da pele^{2,3}. A origem do melanoma primário no TGI é desconhecida, sendo assim, há duas hipóteses aceitas. A primeira, células derivadas da crista neural (células APUD), podem desenvolver ou até mesmo reter habilidade de se diferenciar em melanócitos e sofrer uma transformação maligna. Segundo, migração ectópica de melanócitos para dentro do TGI proposto pela observação de melanose benigna envolvendo esofago nos casos de carcinoma esofágico, melanoma anal e esofagite^{1,2}. O quadro clínico do melanoma gástrico primário é similar a de outros tumores gástricos como. perda de peso, sangramento gastrointestinal e anemia⁵. Os exames mais utilizados para diagnóstico são tomografia computadorizada, endoscopia digestiva alta e biópsias das lesões. O tratamento pode ser realizado com cirurgia, retirada da lesão com margens livres, ou quimioterapia sendo utilizado interferon, interleucina-12¹.

Conclusão

Melanoma gástrico primário é uma lesão maligna incomum, e devido a raridade da patologia que pode ser subdiagnosticada ou até mesmo confundida com outros tipos de lesões, o diagnóstico é tardio. A detecção precoce e a intervenção cirúrgica são cruciais para tratamento

Referências Bibliográficas

- 1- Ravi A. Primary gastric melanoma: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology&Hepatology*, vol 4, issue 11, november 2008
- 2- Augustyn A, Leon ED, Yopp AC. Primary gastric melanoma: case report of a rare malignancy. *Rare tumors*, January 2015.
- 3- Tomasich FDS, Demarchi VCA, Luz MA, Dias LAN, Kato M. Metastases intestinais de melanoma. *Rev. Colégio brasileiro de cirurgiões*, vol 30, Nº 2: 92-97, mar/abr 2003
- 4- Carneiro JQ, Landim MR, Mendes JVS, Landim MR, Pinho AS. Carcinoma gástrico metastático. Relato de caso. *RevBrasClin Med*. São Paulo, 2010, set-out: 8(5): 461-3
- 5- Grander LC, Lisboa AP, Barcaui CB, Cabral F, Vale G, Maceira JMP. Multiple cutaneous melanomas associated with gastric and brain metastases. *Anais Bras dermatologia*. 2016; 91 (5 supl 1): s98-100
- 6- Carvajal RD, Hamid O, Ariyan C. Mucosal Melanoma. Jan 23, 2020. Uptodate.

