

## INTRODUÇÃO

O melanoma é uma neoplasia cutânea e se resulta da transformação do melanócito, portanto, podendo ocorrer em qualquer região onde a célula esteja presente<sup>1</sup>. Esta neoplasia maligna atinge mais indivíduos com fototipos I e II de Fitzpatrick, expostos a radiação ultravioleta, sendo a faixa etária mais comum dos acometidos de 20 a 50 anos<sup>2</sup>.

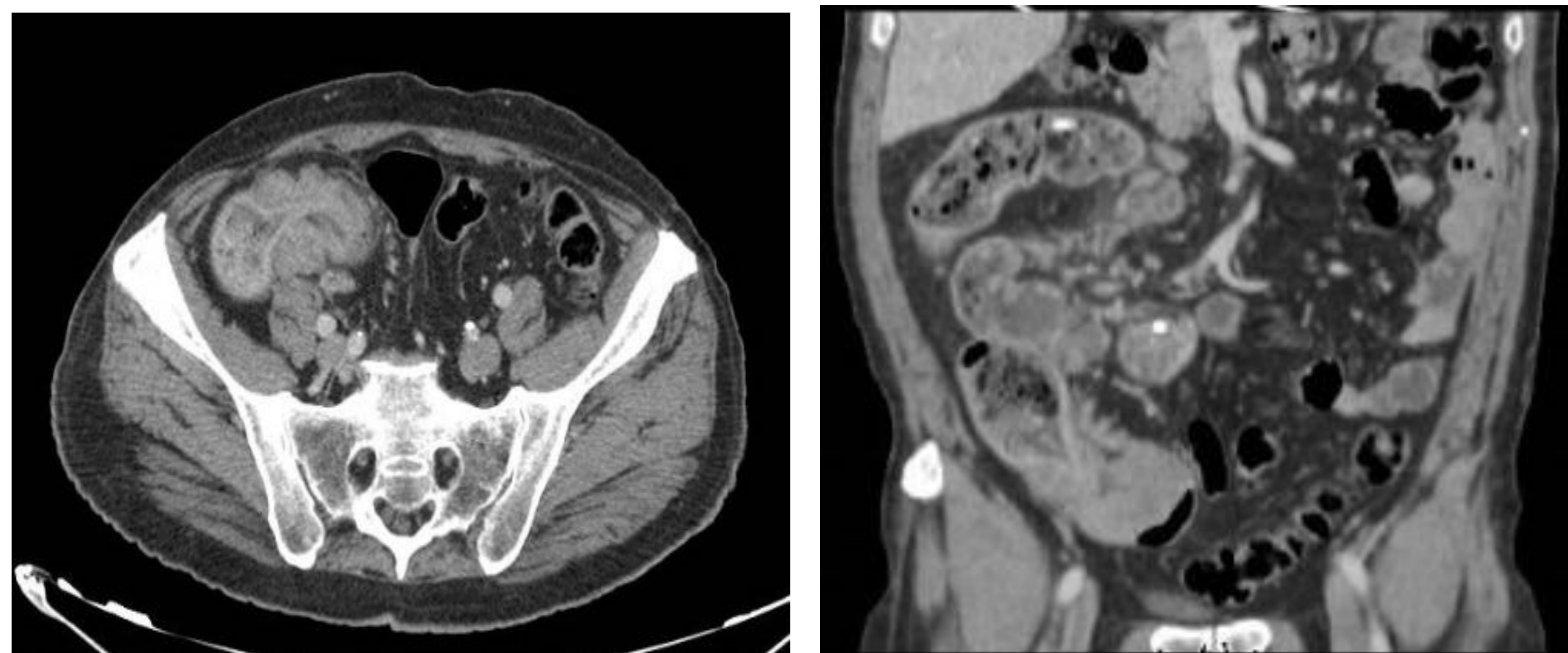
A metástase no melanoma ocorre tanto por via linfática quanto hematogênica, e a disseminação pode ocorrer de três maneiras: satélite ou em trânsito (intralinfática), regional (linfonodal) ou à distância<sup>3</sup>. Os sítios mais comuns para metástase da doença são pele, tecido subcutâneo e linfonodos, seguido pelos pulmões, pleura e mediastino<sup>4</sup>.

As metástases cerebrais são a principal causa de óbito nestes pacientes, com sobrevida que não ultrapassa sete meses<sup>5</sup>. As metástases gastrointestinais são menos comuns, sendo que quando presentes o sítio mais acometido é o intestino delgado<sup>6</sup>.

Ao diagnóstico, se discute o benefício do tratamento cirúrgico em relação a sobrevida versus palição dos sintomas. Relataremos a seguir um caso de melanoma metastático gastrointestinal na urgência.

## RELATO DE CASO

Paciente de 67 anos, sexo masculino, portador de hipertensão, diabetes tipo II e melanoma palpebral ressecado, com recidiva para parótidas e com metástases pulmonares em tratamento com quimioterapia. Relatava quadro clínico de diarreia há 1 mês, sem sangue ou muco, associado a distensão e dor abdominal difusa. Em investigação com tomografia de reestadiamento foi evidenciado aspecto de alça dentro de alça, associado a espessamento parietal das alças ileais envolvidas, sendo considerada a hipótese de intussuscepção intestinal associada a lesão expansiva (figura 1). Foi então solicitado colonoscopia para melhor investigação, porém durante o preparo intestinal o paciente evoluiu com piora da distensão e dor abdominal, associado a parada de eliminação de fezes e flatos, náuseas e vômitos.



**Figura 1.** Cortes axial e coronal de tomografia de abdome total com contraste evidenciando aspecto de alça dentro de alça em topografia de íleo distal, associado a espessamento parietal das alças envolvidas, sugestiva de invaginação intestinal associada a lesão expansiva

Procurou então o pronto-socorro e na entrada se apresentava no exame físico taquicardia e hipotensão, com abdome distendido com dor a palpação difusa, além de descompressão brusca positiva. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose de 17600 (VR 12000), proteína C reativa de 39,9 (VR 5,0) e lactato de 2,2 (VR 2,0).

Foi indicada laparotomia exploradora onde foi visto intussuscepção de íleo distal a 50 cm da válvula ileocecal, e 90 cm de sofrimento de alça. Foi optado por enterectomia segmentar com ileostomia a mikulicz devido a instabilidade hemodinâmica do paciente. A revisão da peça cirúrgica evidenciou massa enegrecida na luz do íleo (figura 2), com diagnóstico de melanoma metastático confirmado pelo estudo anatomopatológico e imunohistoquímico, com expressão dos marcadores PS-100, MELAN A e HMB-45.

## DISCUSSÃO

O melanoma maligno corresponde a cerca de 30% dos tumores metastáticos do trato gastrointestinal, sendo o intestino delgado o sítio com maior incidência. A apresentação clínica no início da disseminação é inespecífica e com sintomas vagos, com diagnóstico sendo feito na maioria das vezes quando complicações significativas se desenvolvem.

O prognóstico dos pacientes com metástases é conservador, sendo o tratamento cirúrgico questionado em relação ao benefício de aumento da sobrevida. Em casos de obstrução intestinal causadas por lesões metastáticas no intestino delgado, normalmente é causada por intussuscepção e geralmente não são passíveis de redução, sendo o tratamento cirúrgico mandatório.



**Figura 2.** Imagem da revisão da peça no pós-operatório, com abertura longitudinal pela borda antimesentérica demonstrando lesão fazendo protrusão na luz intestinal de coloração vinhosa, aspecto liso e consistência firme.

## CONCLUSÃO

O prognóstico dos pacientes com melanoma metastático é desfavorável, com sobrevida em média de 6 a 12 meses. Quando os sintomas se desenvolvem e metástases são diagnosticadas, há uma relutância em relação ao tratamento cirúrgico visto que sua eficácia não é bem documentada na literatura. Porém, alguns estudos demonstraram vantagem no tratamento cirúrgico em relação à sobrevida em relação à palição dos sintomas no melanoma gastrointestinal metastático<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Grabb and Smith's plastic surgery. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.960.
2. Osoba D. What has been learned from measuring health-related quality of life. *Na Intern Med.* 1993;118:622-9.
3. Mervic L. Time course and pattern of metastasis of cutaneous melanoma differ between men and women. *PLoS One.* 2012;7(3):e32955.
4. TOMASICH, Flávio Daniel Saavedra et al. Metástases intestinais de melanoma. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 92-97, Apr. 2003.
5. Capizzi PJ, Donohue JH. - Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract: a review of the literature. *Compr Ther*, 1994, 20(1): 20-23.
6. Khadra MH, Thompson JF, Milton GW, et al. - The justification for surgical treatment of metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet*, 1990, 171(5): 413-416.