

# Metástases do Melanoma Maligno para o Tubo Digestivo. Alguns Aspectos Clínico-Radiológicos

DR. JOÃO PAULO K. MATUSHITA

*Professor Assistente do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da U.F.R.J.*

*Médico da Seção de Radiodiagnóstico do Instituto Nacional de Câncer*

DR. HILTON AUGUSTO KOCH

*Professor Adjunto do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da U.F.R.J.*

*Médico da Seção de Radiodiagnóstico do Instituto Nacional de Câncer*

DRA. CAROLINA MARIA DE AZEVEDO

*Mestranda de Radiologia da U.F.R.J.*

*Médica da Seção de Radiodiagnóstico do Instituto Nacional de Câncer*

## RESUMO

*Os autores discutem os aspectos clínico-radiológicos das lesões metastáticas de melanomas malignos ao longo do tubo digestivo.*

## INTRODUÇÃO

O melanoma maligno, também conhecido por melanoma, melano-carcinoma, não é um tumor raro. Incide mais em adultos acima de 30 anos.

A localização mais comum é a da pele, vindo depois a coróide, sendo raríssima do S.N.C..

A tendência do melanoma maligno de se disseminar é responsável por várias manifestações clínicas e radiológicas. Estas metástases resultam das

disseminações linfáticas ou vasculares.

A revisão da literatura mostra que a metástase para o tubo digestivo não é rara,<sup>5</sup> mas o seu diagnóstico pré-morte o é.<sup>7</sup>

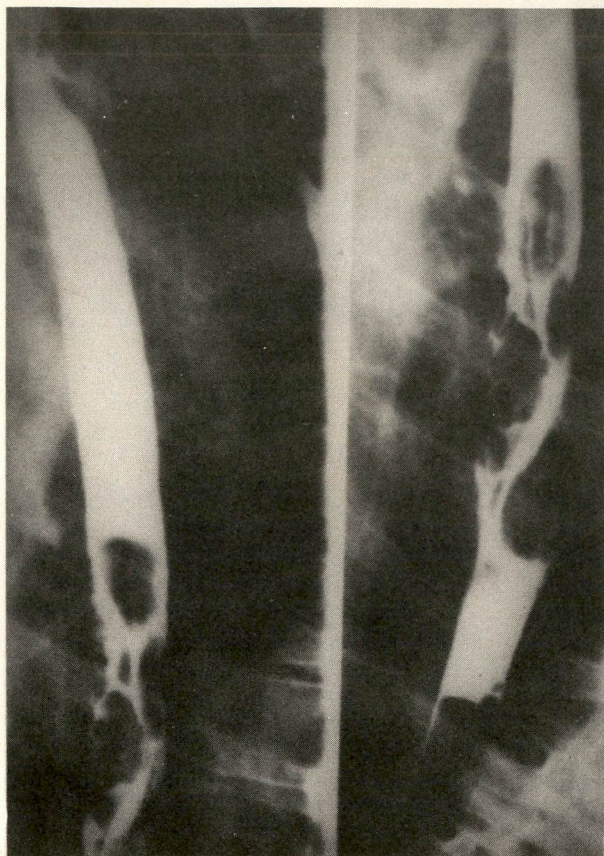
Goldstein e cols.<sup>3</sup> em 67 pacientes encontraram 5 casos (7,4%) com metástases de melanoma maligno para o esôfago. Na mesma proporção, Das Gupta e Brasfield<sup>1</sup> relataram 4% de incidência de metástases esofageanas em 100 autópsias de pacientes com melanoma.

As metástases do melanoma para o estômago comumente se apresentam com uma história clínica de sangramento intestinal alto.

Pelos dados obtidos por Das Gupta e Brasfield<sup>1</sup> (26%) e Goldstein e cols.<sup>3</sup> (23%), o estômago é o segundo local de maior incidência de metástases de melanoma maligno.

O intestino delgado, tanto no levantamento feito por Das Gupta e Brasfield<sup>1</sup> (58%) e Goldstein e cols. (47%),<sup>3</sup> foi o local mais comum de disseminação metastática de melanoma maligno.

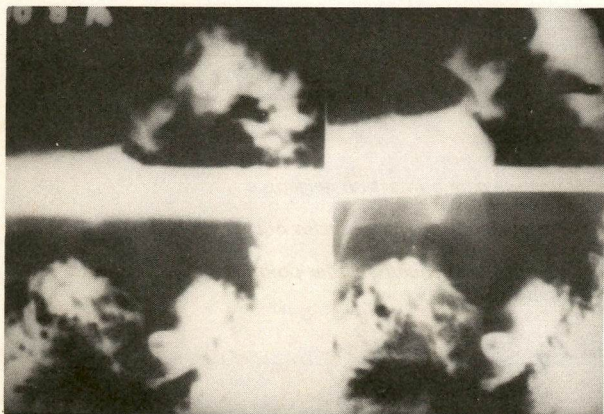
Nas alças colônicas houve uma discrepância de dados obtidos por Das Gupta e Brasfield (28%)<sup>1</sup> com os dados de Goldstein e cols. (4,4%).<sup>3</sup> Provavelmente esta discrepância de dados deve-se à pouca frequência da execução de clister-



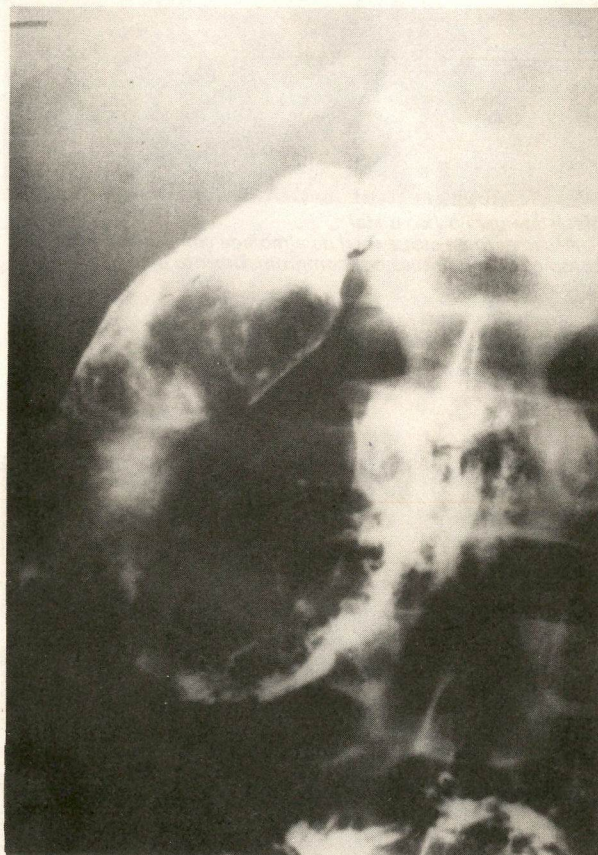
**Metástases para o esôfago**  
 – Falhas de enchimento intraluminal com umbilicação.



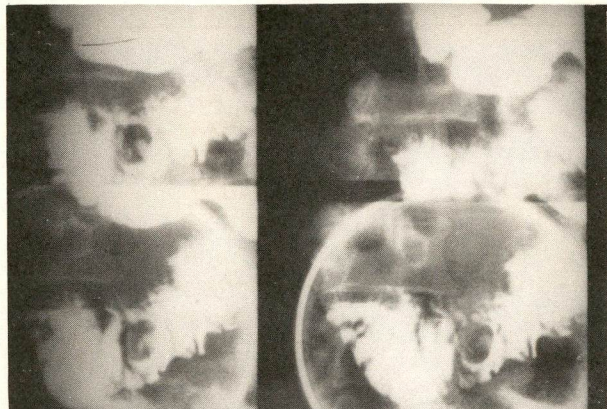
**Metástase para o estômago**  
 – Falha de enchimento no antro, ao nível da pequena curvatura, com ulceração.  
 – Observar a parede contralateral na grande curvatura, as falhas de enchimento de aspecto polipóide.



**Metástase para o bulbo duodenal**  
 – Imagem típica em "olho de boi".



**Metástases para o duodeno**  
 – Múltiplas falhas de enchimento intraluminal.



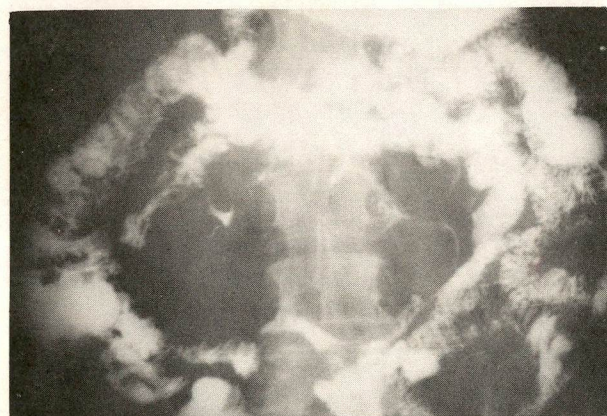
**Metástase para o jejuno/proximal**  
 – Falha de enchimento com umbilicações.



**Metástases para o intestino**  
 – Afilamentos da alça por infiltração.  
 – Imagens polipóides.



**Metástase para o íleo distal**  
 – Afilamento da alça e sinal da almofada compatível com compressão extrínseca por comprometimento de órgãos adjacentes.



**Metástase para o intestino delgado e cólon**  
 – Compressão extrínseca pelos órgãos adjacentes.  
 – Múltiplas e pequenas lesões polipóides no cólon direito.

opaco em paciente com melanoma maligno. Enquanto que nas autópsias estas disseminações metastáticas seriam encontradas com freqüência semelhante no estômago.<sup>1,3,6</sup>

## COMENTÁRIOS

O melanoma maligno dissemina-se freqüentemente para a pele, tecido subcutâneo e gânglios linfáticos, enquanto que a disseminação vascular compromete outros órgãos, principalmente o tubo digestivo, fígado, baço, cérebro, pulmão e ossos.<sup>2,4</sup>

As metástases do melanoma podem ocorrer em qualquer porção do tubo digestivo. Na revisão bibliográfica realizada, encontramos o intestino delgado como o local mais comumente comprometido; isto provavelmente deve-se ao seu grande suprimento sangüíneo. Do ponto de vista anátomo-patológico,<sup>5</sup> os tumores metastáticos podem ter aspecto arredondado bem circunscrito, ou nódulos ovais, placas ou massas polipóides sésseis ou pediculadas. Os nódulos ou placas aparecem devido a infiltração da submucosa que pode se estender à *muscularis mucosae* enquanto que as lesões polipóides crescem da própria mucosa. As ulcerações centrais e grandes, podem estar associadas. Alguns nódulos podem ter umbilicações centrais sem ulcerações.

O aspecto tumoral pediculado pode provocar uma intussuscepção intestinal. As metástases esofageanas podem ter comprometimento da mucosa e submucosa. As lesões gástricas e do duodeno freqüentemente variam de pequenas ulcerações simulando úlceras gástricas a múltiplos nódulos comprometendo a serosa, mucosa e submucosa. No intestino delgado encontramos predominantemente a forma polipóide e, menos, as formas ulcerativas, sendo estas descritas como causas de intussuscepção aguda. Por fim, as metástases colônicas são encontradas sob duas formas: ulcerativa e polipóides.

Em síntese os achados radiológicos comumente encontrados são falhas de enchimento múltiplo intraluminal e intramural, ulcerações, imagem "olho de boi", compressão extrínseca por comprometimento dos órgãos adjacentes e intussuscepção. Clinicamente,<sup>4</sup> devemos suspeitar de metástases para o tubo digestivo nos pacientes melanomatosos, que apresentarem história prévia de dor abdominal intermitente, náusea, vômitos, distensão abdominal, diarreia, hematêmese e melena.

Hemorragia maciça, peritonite e obstrução intestinal são sinais tardios e indicam doença avançada. Segundo Pomerantz e cols.<sup>2</sup> se as metástases para o tubo digestivo forem predomi-

nantemente em lesões em "olho de boi", devemos fazer os diagnósticos diferenciais com: linfoma, pâncreas ectópico, tumor carcinóide, granulomas eosinofílicos, sarcoma de Kaposi e carcinomas.

O prognóstico do paciente com disseminação metastática do melanoma maligno para o tubo digestivo é mau, sendo sua sobrevida em média de 1 ano.<sup>3</sup>

## SUMMARY

*A discussion of clinical and radiological aspect of metastatic melanomas to the gastro-intestinal tract is briefly presented.*

*Some illustrative examples are shown and discussed.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAS GUPTA, T.K.; BRASFIELD, R. — *Metastatic melanoma a Clinico Pathological Study.* Cancer., 17:1323-1339, 1969.
2. DAVIS, N.C. — *Cutaneous Melanoma: The queensland experience.* Curr. Probl. Surg., 17, 1976.
3. GOLDSTEIN, H.M.; BEYDOWN, M.T.; DODD, G.D. — *Radiologic spectrum of melanoma metastatic to the gastrointestinal tract.* Ajr., 129:605-612, 1977.
4. KLAUSNER, J.M.; SKORNICK, Y.; LELCUK, S.; BARATZ, M.; and MERHAV, A. — *Acute complications of metastatic melanoma to the gastrointestinal tract.* Br. J. Surg., 69:195-196, 1982.
5. POMERANTZ, H.; MARGOLIN, H.N. — *Metastases to the gastrointestinal tract from malignant melanoma.* Ajr., 88:712-717, 1962.
6. POTCHEN, E.J.; KHUNG, C.L.; YATSUHASHI, M. — *X-Ray diagnosis of gastric melanoma.* N. Engl. J. Med., 271:131-136, 1964.
7. WILLIS, R.A. — *Spread of tumors in human body.* 2nd ed., London. Butterwrth Co., 1952.