

Acrometástase de Carcinoma de Células Escamosas do Esôfago: Relato de Caso

Acrometastasis of Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus: Case Report Acrometástasis de Carcinoma de Células Escamosas del Esófago: Relato del Caso

Levindo Tadeu Freitas de Figueiredo Dias¹; Silvana Maria Braga Ferreira Figueiredo²; Carolline Santos Aguiar Monção³; Jeniffer Araújo Ribeiro⁴; Isis Gabriella Antunes Lopes⁵; Carlos Rafael Lima Monção⁶

Resumo

Introdução: Neoplasias metastáticas para as mãos são raras, representando aproximadamente 0,1 % de todo o envolvimento ósseo metastático e mais excepcionalmente de tumores gastrointestinais, como o carcinoma de esôfago.

Objetivo: Relatar um caso atípico de neoplasia de esôfago de células escamosas com acrometástase para mão. **Relato de caso:** Homem, 48 anos, com quadro clínico de disfagia progressiva. Submetido à endoscopia digestiva alta que revelou lesão ulcerada de bordas elevadas, medindo aproximadamente 12 mm no seu maior diâmetro, com biópsia, que confirmou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado e invasor, Grau III. Realizada esofagectomia após quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. Após dois anos do procedimento cirúrgico, paciente evoluiu com edema, eritema leve e dor local em punho e mão esquerda, restringindo movimentos dos primeiro e terceiro quirodáctilos. Radiografia com extensas lesões osteolíticas, cintilografia óssea com atividade óssea aumentada. Biópsia local confirmou carcinoma de células escamosas metastático em partes moles, de foco primário do esôfago. **Conclusão:** Metástase óssea de extremidade no carcinoma de esôfago é rara. Com aumento da longevidade dos pacientes oncológicos, novas propedêuticas devem ser discutidas na detecção precoce das metástases ósseas.

Palavras-chave: Metástase Neoplásica; Neoplasias Esofágicas; Neoplasias Ósseas; Ossos da Mão/patologia; Tomografia por Emissão de Pósitrons; Cintilografia

Trabalho realizado na Oncologia Clínica do Hospital Dilson Godinho. Montes Claros (MG), Brasil.

¹ Médico-Oncologista do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital Dilson Godinho. Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* levindotadeu@yahoo.com.br.

² Médica-Oncologista do Departamento de Oncologia Clínica do Hospital Dilson Godinho. Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* silvanamferreira@yahoo.com.br.

³ Médica-Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria. Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* carol.aguiar@uol.com.br.

⁴ Médica-Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria. Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* jenifferaraujoribeiro@yahoo.com.br.

⁵ Médica-Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria. Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* isisgabriella@gmail.com.

⁶ Médico do Departamento de Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros e professor da Disciplina Clínica Médica das Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros (MG), Brasil. *E-mail:* crmoncao@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Levindo Tadeu Freitas de Figueiredo Dias. Departamento de Oncologia Clínica do Hospital Dilson Godinho. Avenida Geraldo Athayde, 480. Montes Claros (MG), Brasil. CEP: 39400-292. *E-mail:* levindotadeu@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As metástases ósseas usualmente são oriundas de carcinomas de mama, pulmão, rim, próstata e tireoide, localizando-se mais comumente nas vértebras, arcos costais, pelve e fêmur; sendo extremamente raras em extremidades¹.

Com os avanços na oncologia e consequente aumento da longevidade dos pacientes oncológicos, passa a existir uma maior possibilidade de distribuição das metástases pelo corpo¹.

Acrometástases para as mãos, embora rara, geralmente decorre de tumores de pulmão, mama e rins, sendo excepcionalmente do trato gastrointestinal. No caso de carcinoma de esôfago, são mais comuns metástases para fígado e pulmão². Metástases para ossos das mãos podem causar dor, edema, eritema leve, fraqueza local ou perda funcional, ulceração tecidual e lesões osteolíticas³. A lesão, no entanto, pode-se apresentar de forma assintomática e só se mostrar em vigência de edema e fratura patológica, podendo se confundir com trombose venosa local ou infecções¹.

O mecanismo responsável pelo implante metastático nas mãos não é bem esclarecido, mas a possibilidade de aumento do fluxo local e trauma prévio tem sido aventada. Fatores químicos (prostaglandinas) são liberados durante o trauma facilitando o transporte e implantação de células metastáticas no tecido ósseo³.

É indicada a realização de estadiamento detalhado, com exames de imagem, iniciando com a radiografia simples que já é possível detectar lesões líticas, blásticas e mistas, assim como a cintilografia óssea que determina outros sítios de lesões, únicas ou múltiplas¹.

Pode ser necessária também a realização de tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RM) local para melhor avaliar acometimento de partes moles⁴. Atualmente a tomografia por emissão de pósitron (PET-SCAN) vem sendo bastante útil na pesquisa de metástases de carcinomas esofágicos, detectando também tumor recorrente e monitorando resposta ao tratamento⁵.

Como as metástases ósseas para as mãos geralmente surgem em uma fase tardia da doença, o tratamento é comumente paliativo, visando ao alívio da dor, à manutenção ou à restauração da função com descompressão neurológica e ao controle do crescimento tumoral local, quando possível¹. O tratamento cirúrgico depende do sítio da lesão. Excisão de lesões, amputações, ressecção a laser ou curetagem e subsequente preenchimento com metilmetacrilato podem ser alternativas disponíveis para lesões de pequeno tamanho. A sobrevida dos pacientes com metástases para as mãos é geralmente menor que seis meses^{1,3}.

O presente trabalho tem objetivo de relatar um caso de acometimento metastático atípico em neoplasia de

esôfago de células escamosas com acrometástase para mão esquerda após dois anos da esofagectomia, diagnosticado no Serviço de Oncologia do Hospital Dilson Godinho, Montes Claros, Minas Gerais. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida Instituição pelo número de protocolo 01/2014.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 48 anos, ex-gari e ex-pedreiro, pardo, foi encaminhado ao Serviço de Oncologia do Hospital Dilson Godinho, devido a quadro clínico, há quatro meses, de disfagia progressiva, dor retroesternal e perda ponderal. Ex-tabagista (10 maços-ano) e etilista em abstinência há 12 anos. Negava outras comorbidades. Aos exames laboratoriais, apenas anemia normocítica e normocrômica. Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou lesão ulcerada de bordas elevadas, medindo aproximadamente 12 mm no seu maior diâmetro, localizada aos 30 cm da arcada dentária superior, suspeita de neoplasia. Realizado biópsia, que confirmou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado e invasor, Grau III. À TC de tórax inicial, leve espessamento parietal circunferencial do esôfago torácico médio, com obliteração parcial da luz associada à dilatação moderada do esôfago torácico superior. Foi, então, realizada terapia combinada de quimioterapia (5-fluorouracil em infusão contínua e cisplatina) e radioterapia neoadjuvante, conforme protocolo da Instituição. Na TC de tórax, realizada para avaliar resposta ao tratamento, persistiu o discreto espessamento parietal difuso do esôfago torácico-médio, sem avanços da lesão. Após dois meses do término da terapia, o paciente foi submetido à esofagectomia total e à reconstrução com esofagogastroplastia com resposta patológica completa e satisfatória (laudo cirúrgico: peça cirúrgica medindo 13,5 cm de extensão, com área deprimida medindo 1,5cm de diâmetro, distando 4,5 cm da margem proximal. Do tecido adiposo aderido à peça, foram isolados 11 nódulos medindo entre 0,3 x 0,8 cm).

Durante acompanhamento ambulatorial, após 30 meses do procedimento cirúrgico, o paciente evoluiu com edema, eritema leve e dor local em punho e mão esquerda, restringindo movimentos dos primeiro e terceiro quírodáctilos. Ao Raio-X da mão esquerda (Figura 1), extensas lesões osteolíticas com destruição dos terços proximais do segundo e terceiro metacarpos e base do quarto e quinto metacarpos com consequente encurtamento ósseo da mão. Osteólise na superfície articular do capitato e piramidal e sinais de absorção completa do trapézio e trapezoide. Acentuada osteopenia periarticular no punho e dedos. Realizado cintilografia óssea trifásica (Figura 2) e (Figura 3) que evidenciou fluxo e *pool* sanguíneos, assim como atividade óssea muito aumentada para mão e punho esquerdo. Feito biópsia



Figura 1. RX da mão esquerda demonstrando as lesões osteolíticas

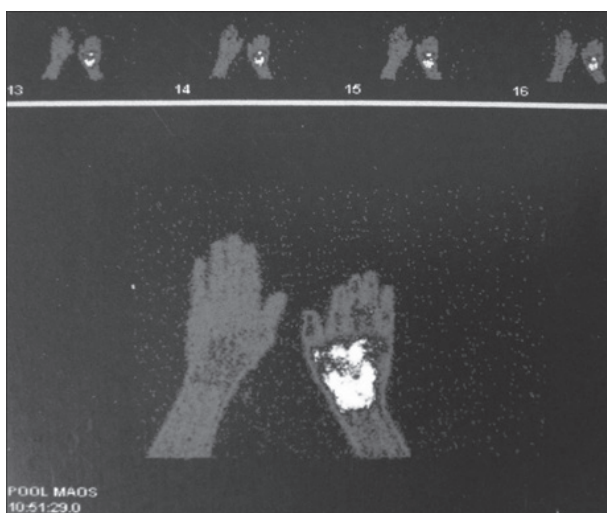


Figura 2. Cintilografia evidenciou fluxo e pool sanguíneos, assim como atividade óssea muito aumentada para mão e punho esquerdo

local que confirmou carcinoma de células escamosas metastático em partes moles, de foco primário do esôfago. O paciente foi reestadiado com TC de tórax, abdômen total e endoscopia sem sinal de outro local de metástase. Foram realizadas radioterapia antiálgica e quimioterapia paliativa com paclitaxel e carboplatina. A interrupção foi temporária (toxicidade), tendo retornado e completado dose total 6.000 CGy. Manteve dor e limitação de movimento sendo optado por amputação da mão.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes com câncer de esôfago tem doença avançada no momento do diagnóstico. Os principais sítios de metástases distantes do carcinoma de esôfago são os gânglios linfáticos, fígado e pulmões^{5,6}. As metástases ósseas provenientes de esôfago ocorrem

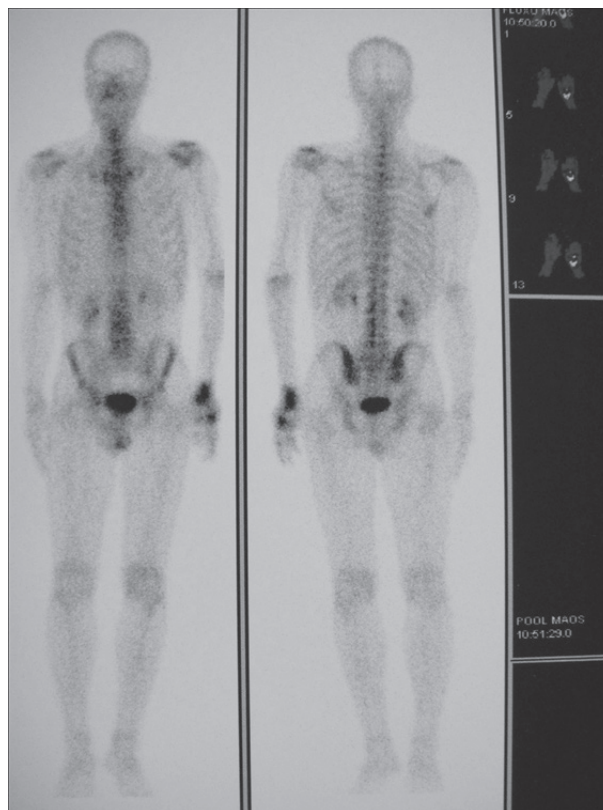


Figura 3. Cintilografia óssea de corpo inteiro mostrando atividade óssea aumentada apenas em mão esquerda

em cerca de 2-6% dos pacientes recém-diagnosticados e em 8-14 % dos pacientes no momento da autópsia⁷. Sendo que neoplasias metastáticas para as mãos são raras, representando aproximadamente 0,1 % de todo o envolvimento ósseo metastático e mais excepcionalmente de tumores gastrointestinais³, como na neoplasia de esôfago do caso relatado. Tal fato retarda o diagnóstico, possibilitando extensa destruição óssea e suas consequências⁸⁻¹⁰.

Conforme a literatura, o paciente apresentou dor, eritema e edema, e, embora possa ser vista e palpável, geralmente a tumoração é de difícil diagnóstico devido aos sintomas e achados se assemelharem com sinais de inflamação^{1,3}. A radiografia mostra frequentemente lesões ósseas osteolíticas⁷.

O padrão atual de prática para a detecção de doenças metastáticas é cintilografia óssea convencional de todo o corpo usando o tecnécio – 99 m metileno difosfonato (Tc-99m MDP)¹¹. A tomografia por emissão de pósitrons (PET), com 18-F-fluorodeoxyglucose (PET-FDG), mostra em estudo, na detecção de metástases ósseas, 92 % de sensibilidade, especificidade de 94% e acurácia de 93%, em comparação com 77%, 84% e 82%, respectivamente, para cintilografia óssea⁵. Isso pode ser devido à sua capacidade para detectar a presença de tumores diretamente por atividade metabólica, independente de turnover mineral ósseo^{5,12,13}.

É importante salientar que cerca de metade dos pacientes com câncer de esôfago pode recorrer no prazo de três anos após a cirurgia¹⁴.

Tumores metastáticos de extremidades aparecem numa fase tardia, por isso o tratamento é geralmente paliativo. A última etapa de estadiamento é a biópsia óssea que pode ser feita aberta ou fechada. Ela é necessária quando o foco primário da lesão não foi consistentemente confirmado pelos demais métodos^{3,15}.

As opções de tratamento para essas lesões dependem do estado do paciente, da origem primária da metástase, e da localização. A quimioterapia pode ser suficiente para a redução da massa tumoral e a radioterapia pode reduzir a dor. O tratamento cirúrgico de metástases depende do local da lesão e sintomas refratários. Utiliza-se radioterapia paliativa associada a procedimentos cirúrgicos, conforme prognóstico do tumor primário, condições clínicas do paciente e expectativa de vida^{3,15}.

CONCLUSÃO

Metástase óssea isolada e, em extremidade, é rara no carcinoma de esôfago. Com o tratamento combinado, obtém-se um adequado controle local da doença, mas isso ainda não é suficiente para evitar a recidiva a distância e alterar a sobrevida global do paciente. São necessários estudos com novas drogas para tratamento sistêmico dessa neoplasia que possam aumentar o controle a distância da doença.

CONTRIBUIÇÕES

Levindo Tadeu Freitas de Figueiredo Dias e Silvana Maria Braga Ferreira Figueiredo contribuíram na concepção e planejamento do estudo; redação e revisão crítica. Carolline Santos Aguiar Monção, Jeniffer Araújo Ribeiro, Isis Gabriella Antunes Lopes e Carlos Rafael Lima Monção contribuíram na obtenção, análise e interpretação dos dados; bem como na redação.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Meohas W, Probstner D, Vasconcellos RAT, Lopes ACS, Rezende JFN, Fiod NJ. Metástase óssea: revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(1):43-7.
2. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(2):173-8.
3. Dar AM, Kawoosa NU, Sharma ML, Bhat MA. Unusual metastasis to all the digits of both hands in a patient previously operated on for esophageal carcinoma. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Mar;59(3):225-7.
4. Brenner W, Bohuslavizki KH, Eary JF. PET imaging of osteosarcoma. *J Nucl Med.* 2003 Jun;44(6):930-42.
5. Kato H, Miyazaki T, Nakajima M, Takita J, Kimura H, Faried A, et al. Comparison between whole-body positron emission tomography and bone scintigraphy in evaluating bony metastases of esophageal carcinomas. *Anticancer Res.* 2005 Nov-Dec;25(6C):4439-44.
6. Kato H. Diagnosis and treatment of oesophageal neoplasms. *Jpn J Cancer Res.* 1995 Nov;86(11):993-1009.
7. Nakajima Y, Ohta S, Okada T, Miyawaki Y, Hoshino A, Suzuki T, et al. Osteoplastic bone metastasis in esophageal squamous cell cancer: report of a case. *Surg Today.* 2012 Apr;42(4):376-81.
8. Kumar PP, Kovi J. Metastases to the bones of the hand. *J Natl Med Assoc.* Nov 1978; 70(11): 837-840.
9. Levack B, Scott G, Flanagan JP. Metastatic carcinoma presenting as a pulp space infection. *Hand.* 1983 Oct;15(3):341-2.
10. Hsieh CY, Bai LY, Lo WC, Huang HH, Chiu CF. Esophageal squamous cell carcinoma with a solitary phalangeal metastasis. *South Med J.* 2008 Nov;101(11):1159-60.
11. Jennings NA, Griffin SM, Lamb PJ, Preston S, Richardson D, Karat D, et al. Prospective study of bone scintigraphy as a staging investigation for oesophageal carcinoma. *Br J Surg.* 2008 Jul;95(7):840-4.
12. Malhotra P, Berman CG. Evaluation of bone metastases in lung cancer. Improved sensitivity and specificity of PET over bone scanning. *Cancer Control.* 2002 May-Jun;9(3):254.
13. Kao CH, Hsieh JF, Tsai SC, Ho YJ, Yen RF. Comparison and discrepancy of 18F-2-deoxyglucose positron emission tomography and Tc-99m MDP bone scan to detect bone metastases. *Anticancer Res.* 2000 May-Jun;20(3B):2189-92.
14. Chen G, Wang Z, Liu XY, Liu FY. Recurrence patterns of esophageal cancer after Ivor-Lewis esophagectomy--a report of 196 cases. *Ai Zheng.* 2006 Jan;25(1):96-9.
15. Amadio PC, Lombardi RM. Metastatic tumors of the hand. *J Hand Surg Am.* 1987 Mar;12(2):311-6.

Abstract

Introduction: Acrometastasis to the hands is rare, accounting for approximately 0.1% of all metastatic osseous involvement and more exceptionally from gastrointestinal system tumors, as the esophageal carcinoma. **Objective:** To report a case of atypical squamous esophageal cancer cells with acrometastasis to the hand. **Case report:** Male, 48 years old, with clinical progressive dysphagia. He was submitted to endoscopy, which revealed an ulcerated lesion with elevated borders, measuring approximately 12 mm of diameter. Biopsy confirmed poorly differentiated carcinoma and invasive squamous cell, Grade III. It was performed esophagectomy after neoadjuvant radiotherapy and chemotherapy. After two years of surgery, patient developed edema, mild erythema and local pain in the left wrist and hand, restricting movements of the first and third fingers. His radiography showed extensive osteolytic lesions, bone scintigraphy with increased bone activity. A local biopsy confirmed metastatic squamous cell carcinoma of the soft tissue, the primary focus of the esophagus. **Conclusion:** Bone metastasis to extremity in esophageal carcinoma is rare. With increasing longevity of cancer, new propaedeutic must be discussed in the early detection of bone metastases.

Key words: Neoplasm Metastasis; Esophageal Neoplasms; Bone Neoplasms; Hand Bones /pathology; Positron-Emission Tomography; Radionuclide Imaging

Resumen

Introducción: Neoplasias metastásicas en las manos son raras, representando aproximadamente el 0.1 % del total de la afectación ósea metastásica y únicamente en tumores gastrointestinales, como el carcinoma de esófago. **Objetivo:** Relatar un caso atípico de neoplasia de células escamosas de esófago con acrometástasis a la mano. **Relato del caso:** Hombre, 48 años con un cuadro clínico de disfagia progresiva. Fue sometido a una endoscopia digestiva la cual reveló una lesión ulcerada con bordes elevados, que mide aproximadamente 12 mm de diámetro; la biopsia confirmó un carcinoma pobremente diferenciado y con células escamosas e invasivo, Grado III. Fue realizada una esofagectomía después de la radioterapia neo adyuvante y quimioterapia. Luego de dos años de la cirugía, el paciente desarrolló edema, eritema leve y dolor local en la muñeca y en la mano izquierdalimitando los movimientos del primer y el tercer dedo. Radiografía con lesiones osteolíticas extensas, cintilografía ósea con aumento de la actividad de los huesos. La biopsia local confirmó metástasis de carcinoma de células escamosas de los tejidos blandos, de foco primario de esófago. **Conclusión:** Metástasis óseas en el carcinoma de esófago es poco común. Con el aumento de la longevidad de los pacientes con cáncer, nuevos propedéuticos deben ser discutidos en la detección temprana de las metástasis óseas. **Palabras clave:** Metástasis de la Neoplasia; Neoplasias Esofágicas; Neoplasias Óseas; Huesos de la Mano/patología; Tomografía de Emisión de Positrones; Cintigrafía