

# Melanoma metastático em cólon: relato de caso

## Metastatic melanoma in colon: a case report

Raul Yao Utiyama<sup>1</sup>, Fernando Viamont Guerra<sup>1</sup>, Virginia de Paula Barbosa<sup>1</sup>,  
Thiago da Silveira Manzione<sup>2</sup>, Fang Chia Bin<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Apresentar um caso de melanoma de pele com metástase para o cólon expondo a evolução incomum da doença e os possíveis caminhos terapêuticos disponíveis.

**Descrição:** Relato de caso de um paciente do sexo masculino, de 57 anos, que buscou o serviço da Santa Casa de São Paulo em 2015 com uma história prévia de melanoma em quirodactilo e antebraccio ipsilaterais, foi então indicada e realizada a exérese da lesão e a biopsia identificou um melanoma acral, com margens livres. Foi então iniciado tratamento com Interferon. Nos dois anos seguintes, uma metástase pulmonar e uma recidiva na mão esquerda foram diagnosticados e ambas as biopsias confirmaram ser do melanoma. Em 2018 uma tomografia de abdome evidenciou uma tumoração no cólon e a biopsia e imunohistoquímica confirmaram se tratar de melanoma. Foi então realizada uma cirurgia para retirada da parte afetada. Além disso, nesse mesmo ano, o paciente teve que ser submetido a amputação do braço esquerdo devido a nova recidiva local. Em junho do ano seguinte, uma colonoscopia e uma tomografia de abdome apresentaram imagens compatível com recidiva em cólon, além de invasão gástrica e em contato com a cauda pancreática. Após reunião com a equipe de coloproctologia, foi contraindicado o procedimento cirúrgico. O paciente está recebendo cuidados paliativos da equipe da oncologia com tratamento medicamentoso. **Comentários:** o melanoma metastático em cólon é raro, sendo linfonodos, pulmões, fígado e cérebro os sítios mais comumente atingidos. Inú-

meros trabalhos mostram o aumento da incidência mundial do melanoma. Cerca de 70% dos casos se originam de nevos melanocíticos pré-existentes, e os 30% restantes surgem de novo. Dada a agressividade do melanoma, a sobrevida depende de um diagnóstico e tratamento precoces. No entanto, em alguns casos, mesmo com o tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico adequados, a agressividade do câncer impede que tais tratamentos tenham resultados satisfatórios.

**Descritores:** Melanoma, Neoplasias do colo, Neoplasias cutâneas, Metástase neoplásica

### Abstract

**Objective:** To present a case of metastatic skin melanoma in colon, exposing the unusual evolution of the disease and the therapeutic possibilities. **Description:** A report of a 57-year-old male patient that in 2015 came to Santa Casa with a previous history of ipsilateral chirodactyl and forearm melanoma. At the time it was indicated the excisional biopsy that identified acral melanoma with free margins. Interferon treatment was then started. Over the next two years, a pulmonary metastasis and a recurrence in the left hand were diagnosed and both biopsies confirmed to be melanoma. In 2018 an abdominal CT scan showed a tumor in the colon and biopsy and immunohistochemistry confirmed that it was melanoma. Surgery was then performed to remove the affected part. In addition, that same year, the patient had to undergo amputation of the left arm due to new local recurrence. In June of the following year, a colonoscopy and a CT scan showed images compatible with colon recurrence, as well as gastric invasion and contact with the pancreatic tail. After discussion with the coloproctology team, the surgical procedure was contraindicated. The patient is receiving palliative care from the oncology team using drug treatment. **Comments:** Metastatic melanoma in colon is quite rare, with lymph nodes, lungs, liver and brain being the most common sites of metastasis. Numerous studies show the increasing incidence of melanoma worldwide. About 70% originate from pre-existing melanocytic nevi, and the remaining 30% arise again. Given the aggressiveness of melanoma, survival depends on early diagnosis and treatment.

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 5º Ano do Curso de Medicina. São Paulo – SP – Brasil

2. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo – SP – Brasil

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo – SP – Brasil

**Trabalho realizado:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia. São Paulo – SP – Brasil

**Endereço para correspondência:** Raul Yao Utiyama. Rua José Antonio Coelho, 193, apto. 32 – Vila Mariana – 04011-060 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: raul.utiyama@gmail.com

**Keywords:** Melanoma, Colonic neoplasms, Skin neoplasm, Neoplasm Metastasis

## Introdução

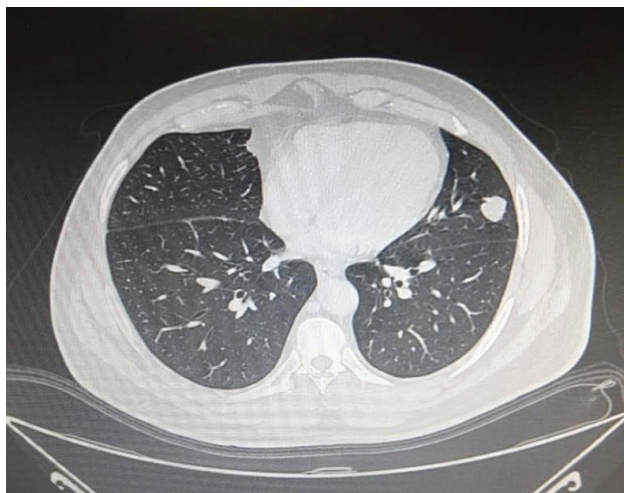
No Brasil, estima-se uma incidência de 6260 casos de câncer de pele do tipo melanoma em 2018, com distribuição semelhante entre os sexos (2920 homens e 3340 mulheres)<sup>(1)</sup>. De todos os tipos de câncer de pele, o melanoma representa apenas 3% dos casos no país, sendo que a maioria acomete pessoas de pele clara na região Sul brasileira<sup>(2)</sup>. A principal causa de morte dos pacientes com essa doença não é o melanoma de pele em si, mas as metástases dessa neoplasia, que podem se espalhar pelo corpo<sup>(3)</sup>, sendo os locais mais comuns o fígado, os pulmões, os ossos e o cérebro. No entanto, metástase para cólon é incomum.

Apresentaremos o caso de um paciente com melanoma primário cutâneo com metástase colônica 3 anos após a descoberta da neoplasia primária.

## Descrição do Caso

Em 2015, um paciente do sexo masculino, pardo, de 57 anos, sem comorbidades, ex-etilista e ex-tabagista, apresentou o crescimento de uma lesão enegrecida na falange média do terceiro quirodáctilo da mão esquerda. A biópsia da lesão evidenciou tratar-se de um melanoma. Em outubro do mesmo ano, foi realizada exérese da lesão, cujo anatomopatológico identificou um melanoma acral, com margens livres. Em dezembro de 2015, foi iniciado tratamento com Interferon.

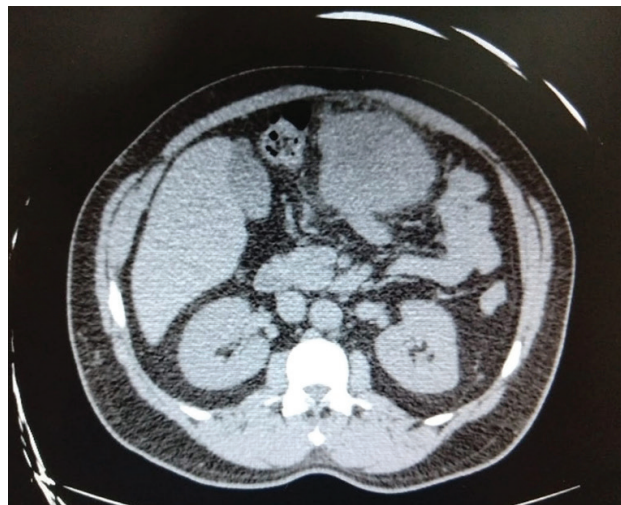
Em setembro de 2016, foi realizada uma tomografia de tórax para investigação de sítios metastáticos, a qual evidenciou um nódulo calcificado localizado na língula (Figura 1). A equipe que o acompanhava na



**Figura 1** - Tomografia computadorizada de tórax realizada em setembro/2016, evidenciando nódulo calcificado de aproximadamente 18mm, localizado na língula do pulmão.

época optou então por ressecção cirúrgica da lesão. Em dezembro do mesmo ano, o anatomopatológico confirmou a hipótese de metástase de melanoma em parênquima pulmonar.

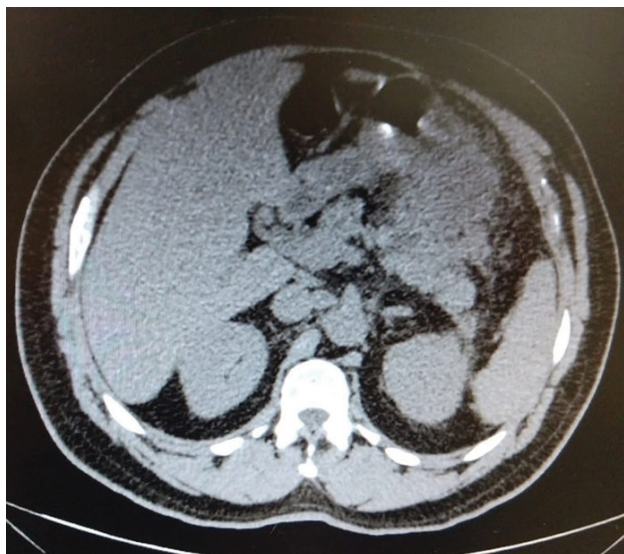
Em outubro de 2017, identificou-se recidiva local da neoplasia na mão esquerda, sendo feita nova ressecção. O anatomopatológico confirmou tratar-se de melanoma maligno, com margens livres. Durante o seguimento, em março de 2018, a tomografia de abdome evidenciou a presença de tumoração em cólon (Figura 2), confirmada por colonoscopia como duas lesões úlcero-vegetantes, uma no ângulo esplênico e outra no cólon descendente.



**Figura 2** - Tomografia computadorizada de abdome realizada em março/2018, evidenciando tumoração sugestiva de neoplasia invadindo o cólon.

Devido ao achado endoscópico e a sintomatologia apresentada pelo paciente, foi realizada, em maio de 2018, uma colectomia esquerda estendida com anastomose colo-colônica término-terminal. O anatomopatológico confirmou se tratar de uma metástase de melanoma amelanótico, com metástase em 2 de 30 linfonodos analisados e margens de ressecção livres. A imunohistoquímica confirmou se tratar de melanoma. Em setembro do mesmo ano, foi realizada a amputação do antebraço esquerdo devido a uma nova recidiva local.

Em junho de 2019, a colonoscopia de controle evidenciou uma lesão úlcero-infiltrativa, em cólon descendente, cerca de 10cm abaixo da anastomose, friável, com acometimento de cerca de 60% da luz do órgão e com extensão de 5 cm no seu maior eixo. A imunohistoquímica confirmou a hipótese de melanoma maligno infiltrativo em mucosa colônica. A tomografia de abdome apresentou imagem compatível com recidiva em cólon com invasão gástrica e em íntimo contato com a cauda pancreática (Figura 3). Em agosto, após reunião multidisciplinar, foi contraindicado



**Figura 3** - Tomografia computadorizada de abdome realizada em junho/2019, evidenciando tumoração compatível com recidiva de melanoma no cólon, que invade o estômago e está em contato com a cauda pancreática.

o procedimento cirúrgico. O paciente está recebendo cuidados paliativos da equipe da oncologia, em uso de Paclitaxel e Carboplatina.

### Discussão

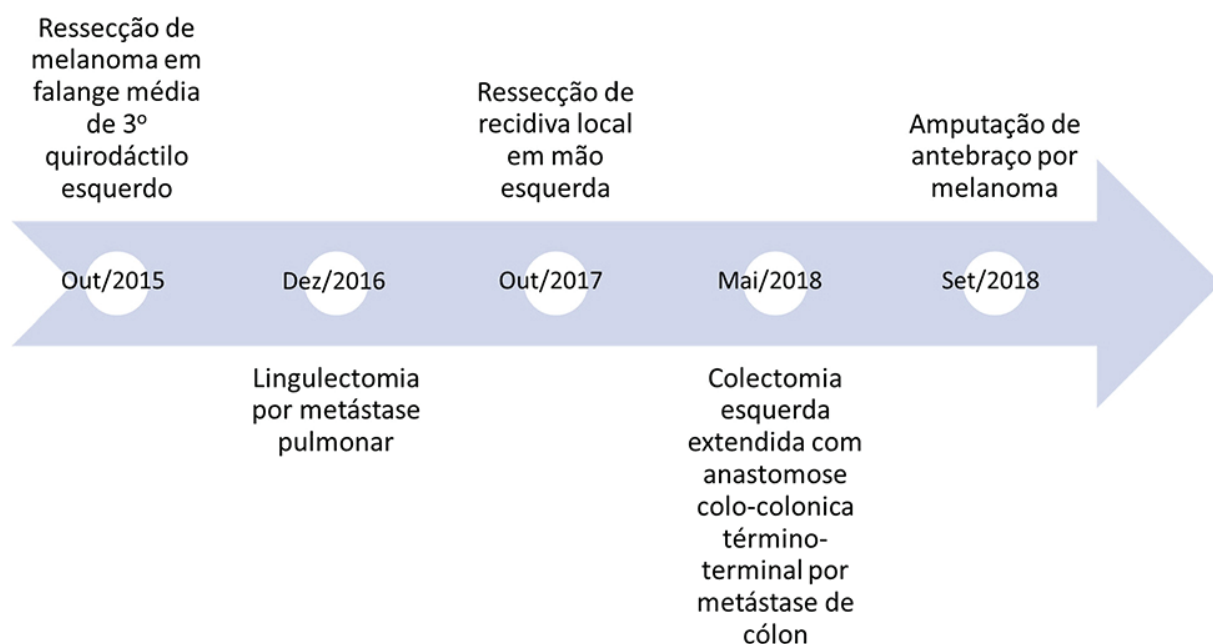
O maior risco para pacientes com melanoma são as metástases, que podem ocorrer em diversos órgãos, sendo o cólon um órgão metastático atípico. Metástases para cólon, assim como para intestino delgado e estômago, não são achados comuns em pacientes vi-

vos. Isso porque, na maioria das vezes, não provocam sintomas específicos, sendo subdiagnosticados e como consequência em mais de 90% dos casos o achado ocorre apenas na necropsia<sup>(4-5)</sup>.

O melanoma é o câncer originado a partir do crescimento desordenado dos melanócitos. Os melanócitos são as células que produzem o pigmento principal na produção de cor da pele, a melanina. Na maioria dos casos, a exposição excessiva à radiação ultravioleta é a causadora dos danos ao DNA dos melanócitos, porém alguns casos têm menor relação com essa exposição.<sup>1,2</sup> O melanoma acral (MA) é um desses casos, ele é um raro subtipo de melanoma maligno cutâneo e é um dos subtipos que surge independentemente da cor da pele ou da exposição excessiva ao sol<sup>(2,6-7)</sup>. O MA aparece primariamente em pele acral, como em planta de pés, palma de mãos e leito subungueal e seu fator de risco é ainda desconhecido. Mesmo sendo raro, o MA é o tipo de melanoma mais comum em pessoas com fototipos mais escuros e infelizmente tem um pior prognóstico, provavelmente pelo estágio avançado da patologia quando se chega ao diagnóstico<sup>(6-7)</sup>.

A apresentação típica do MA é uma mácula ou nódulo com pigmentação intensa pretoazulada e bordas irregulares. Em estágios avançados a neoplasia se torna uma massa exofítica friável. A evolução natural é lenta e não está relacionada a danos actínicos, porém as lesões aparecem geralmente anos antes do diagnóstico, que frequentemente é feito apenas após um trauma no local ou devido a presença de sintomas, como dor, sangramento e coceira<sup>(6)</sup>.

Um dos tipos mais agressivos de melanoma é o melanoma amelanótico (MAM). Ele geralmente surge



**Figura 4** - Linha do tempo com a evolução do melanoma de pele do paciente e seus respectivos tratamentos, de 2015 a 2018.

em pele, mas em alguns casos pode ter seu sítio primário em mucosas, como em mucosa nasal ou anorretal<sup>(8-9)</sup> tendo apresentação como nódulo ou mácula de coloração róseo-avermelhada<sup>(6)</sup>. O MAM também vem sendo estudado devido a sua maior associação com herança de variantes de risco quando comparado a outros tipos de melanoma<sup>(10)</sup>. No caso apresentado, o melanoma primário do paciente era melanótico, porém o anatomopatológico da lesão retirada de cólon descrevia uma lesão amelanótica.

Outro aspecto que chama a atenção no caso foi a baixa resposta as intervenções cirúrgicas da pele e da metástase colônica, mesmo estas sendo realizadas com padrão oncológico, apresentando margens livres e número de linfonodos adequados, evidenciando a agressividade da doença. E, por esse motivo, associado a pouca resposta apresentada pelo uso de Interferon, que foi optado pela palição.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Câncer de pele melanoma. [Internet]. Última modificação: 23/11/2018. [citado 2019 Set 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>
2. A.C. Camargo Cancer Center. Pele melanoma. 16 de julho de 2018. São Paulo: Fundação Antonio Prudente; 2019. [citado 2019 Set 12]. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/tipos-de-cancer/pele-melanoma>
3. Hsu KF, Chen CY, Chu TS, Liu HH, Chang CK, Wu CJ, et al. Scalp melanoma with rectus abdominis metastasis: A rare case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(28):e16395.
4. Holmberg CJ, Alwan G, Ny L, Olofsson Bagge R, Katsarelis D. Surgery for gastrointestinal metastases of malignant melanoma - a retrospective exploratory study. *World J Surg Oncol*. 2019; 17(1):123.
5. Ercolino GR, Guglielmi G, Paziienza L, Urbano F, Palladino D, Simeone A. Gallbladder and small bowel metastasis of regressive melanoma: a case report. *BJR Case Rep*. 2019; 5(1): 20180032.
6. Desai A, Ugorji R, Khachemoune A. Acral melanoma foot lesions. Part 2: clinical presentation, diagnosis, and management. *Clin Exp Dermatol*. 43(2):117-23.
7. Goydos JS, Shoen SL. Acral lentiginous melanoma. *Cancer Treat Res*. 167:321-9.
8. Vučinić D, Zahirović D, Manestar D, Belac-Lovasić I, Braut T Kovač L, et al. Recurrent amelanotic melanoma of nasal cavity: Biological variability and unpredictable behavior of mucosal melanoma. A case report. *Clin Pract*. 2019; 9(2):1157
9. Bell PD, Israel AK, Dunn AL, Liao X. Primary dedifferentiated amelanotic anorectal melanoma: report of a rare case. *Int J Surg Pathol*. 2019; 24:1066896919857148.
10. Gibbs DC, Orlow I, Vernali S, Powell HB, Kanetsky PA, et al. Inherited melanoma risk variants associated with histopathologically amelanotic melanoma. *J Invest Dermatol*. 2019; (19)33239-7.

Trabalho recebido: 07/10/2019

Trabalho aprovado: 18/12/2019

Trabalho publicado: 19/12/2019