

Magda Priscila Cardoso Afonso (Hospital Regional do Mato Grosso do Sul); Thayná Barreto Machado (Hospital Regional do Mato Grosso do Sul); Larissa Natalie Martins de Souza Garcia Assumpção (Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande); Jessica Caroline Pereira Rosa Félix (Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande); Carla Santos Rossi Paniquar (Clínica Prognóstica); Rafael Oliveira de Souza (Instituto de Tratamento do Câncer); André Augusto Wanderley Tobaru (Clínica TEBET); Bernardo Bacelar de Faria (Laboratório Scapula Tempo); Camila Bogoni Budib (Instituto de Tratamento do Câncer).

## Introdução

O melanoma é a mais grave neoplasia maligna de pele, devido à alta possibilidade de metástase. Após o tratamento da lesão primária, recidiva em aproximadamente 1/3 dos pacientes e pode invadir praticamente todos os órgãos e tecidos. Em 7% dos casos ocorre em mucosa gástrica, sendo seu diagnóstico incomum (~2,3%) devido a inespecificidade dos sintomas e do aparecimento tardio destes. Pode manifestar-se como hemorragia digestiva alta, dor abdominal e/ou obstrução de delgado.

Endoscopicamente, as metástases gástricas podem apresentar-se como úlceras pigmentadas enegrecidas, pigmentos enegrecidos difusos na mucosa, múltiplos diminutos nódulos na mucosa ou submucosa, lesões polipóides ou massas extrínsecas. Podem aparecer na forma não pigmentada, mimetizando outras neoplasias epiteliais e linfoma MALT, sendo mandatória as biópsias.

Objetivo: relatar um caso de melanoma de evolução rara e atípica para metástase gástrica, na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul.

## Casuística e Métodos

Mulher, 64 anos, branca, natural de Campinas-SP, aposentada. Previamente hipertensa, dislipidêmica e diabética. Em junho de 2017, comparece ao consultório de oncologia por achado de lesão pigmentada na região tibial esquerda, que evidenciou, ao exame histopatológico, tratar-se de melanoma maligno - Breslow 1.5mm, CLARK III, mitose e ulceração presentes, pT2b. Realizado ampliação de margens e pesquisa de linfonodo sentinela (0/2), determinando-se o estágio IIA (Figura 1), com opção por seguimento clínico. Após três anos, paciente apresentou adenomegalia inguinal esquerda sendo procedida exérese do linfonodo com IMH positiva para melanoma maligno e pesquisa da variante V600E no gene BRAF sem mutações. Iniciado imunoterapia com Nivolumabe. Em fevereiro de 2021, realizou USG dermatológica de seguimento, que evidenciou aumento de nódulo inguinal e lesão sugestiva de metástase em trânsito, lateral a cicatriz cirúrgica da primeira ressecção. Realizada nova abordagem cirúrgica em março de 2021 em perna esquerda associado a linfadenectomia pélvica (0/2) e inguinal (1/10) (Figura 2 e 3), evidenciando melanoma maligno metastático. Submetida a tratamento loco regional com radioterapia pélvica (com término em junho de 2021), concomitante a novo tratamento sistêmico com nivolumabe, associado a ipilimumabe.

Em maio de 2022, em avaliação de rotina, paciente referiu hiporexia, vertigem, astenia e hipotensão. Nos exames laboratoriais apresentou hb 7.3 mg/dL e ht 23%, sem outras alterações significativas. Realizada endoscopia digestiva alta para investigação de anemia, sendo visualizado duas lesões ulceradas, com bordas elevadas, hiperemiadas, centro deprimido, localizada na pequena curvatura do corpo proximal e na grande curvatura do corpo médio, medindo 20 mm e 8 mm respectivamente (Figuras 4 e 5). Coletado biópsias para avaliação histopatológica, que evidenciou presença de melanoma - descritos nas figuras 6 A e 6 B. Realizado PET-CT de reestadiamento, sem evidência de doença extra gástrica. Optado, após discussão multidisciplinar, por radioterapia 3D. Atualmente paciente segue em bom estado geral, oligo sintomática e em seguimento oncológico estrito, sem programação cirúrgica.

Metodologia: revisão de literatura. Pesquisa de fontes de bibliotecas virtuais: *UpToDate*, *Pubmed* e *Scielo*, além da utilização de livros texto.

## Resultados

O tratamento sistêmico com nivolumabe e ipilimumabe prolonga a sobrevida livre de progressão de doença e a sobrevida global em comparação com a quimioterapia. Neste caso, a paciente manteve-se assintomática do ponto de vista da doença oncológica. Em avaliação de rotina, foi evidenciado anemia importante em exames laboratoriais, quando se iniciou a investigação sendo diagnosticado a presença de melanoma gástrico (figura 6). Importante ressaltar que durante toda a apresentação clínica, a paciente apresentou-se de forma oligo sintomática, sem queixas específicas, como dores epigástricas ou até mesmo exteriorização de sangramentos, indo contra as evidências da literatura atual. Os sintomas predominantes destas incluem dor em (29 a 55 % dos casos), obstrução (27 %), sangramento (27 %), massa palpável (12 %) e/ou perda de peso (9 %).

Em relação ao tratamento da metástase gástrica, foi realizado PET-SCAN para reestadiamento, evidenciando ausência de outras metástases. Após discussão por equipe multidisciplinar composta por oncologia clínica, oncologia cirúrgica, radioterapia e gastroenterologia foi optado por radioterapia paliativa.

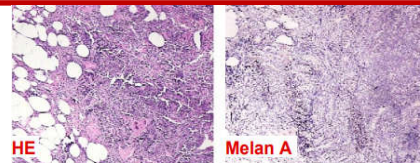


Figura 1 – Biópsia da lesão de tibia esquerda.



Figura 2 e 3 - Ressecção cirúrgica em março de 2021 em perna esquerda associado a linfadenectomia pélvica (0/2) e inguinal (1/10).



Figura 4 – Endoscopia: lesão ulcerada, fundo deprimido, localizado na pequena curvatura do corpo proximal do estômago. Figura 5 – Lesão ulcerada em região de grande curvatura do corpo médio do estômago.

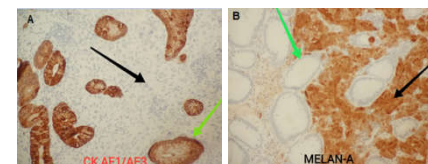


Figura 6 – Lâmina da lesão gástrica coletada através da Endoscopia. 6A - Citoqueratina corando o epitélio gástrico e negativa nas células tumorais. 6B – Melan A positivo em células do melanoma (seta preta) e negativo nas glândulas normais gástricas (seta verde).

## Conclusões

Atualmente é sabido que, em pacientes com melanoma maligno, faz-se necessário seguimento clínico contínuo, considerando a sua alta incidência de metástases durante o curso da doença. A ocorrência de lesão metastática gástrica é rara, e apresenta-se com poucos sintomas, o que prejudica o diagnóstico precoce desta entidade. A literatura sugere que estes pacientes apresentam uma sobrevida média de aproximadamente 12 meses após o diagnóstico, promovendo alta mortalidade. Diante disso, deve-se aventar para esta enfermidade, mesmo em pacientes com sintomas frustrados e inespecíficos a fim de obter um diagnóstico precoce e permitir uma terapêutica com melhor desfecho. Para detecção da metástase gástrica, é necessária realização de exames complementares, pois são os achados endoscópicos e avaliação histopatológica que confirmam o diagnóstico.

Em relação ao tratamento da metástase, a ressecção cirúrgica e a radioterapia surgem como opções, com objetivo de aumento da sobrevida livre de doença e melhora da qualidade de vida. No entanto, recomendamos individualizar cada caso, considerando a possibilidade de outros focos metastáticos concomitantes e comorbidades de cada paciente.

## Contato

MAGDA PRISCILA CARDOSO AFONSO - [priscila.afonso@hotmail.com](mailto:priscila.afonso@hotmail.com)  
LARISSA NATALIE MARTINS DE SOUZA - [larissanataliea@gmail.com](mailto:larissanataliea@gmail.com)  
CARLA SANTOS ROSSI PANIQUAR - [carlarossoncologia@gmail.com](mailto:carlarossoncologia@gmail.com)  
ANDRÉ AUGUSTO WANDERLEY TOBARU - [aawt1981@gmail.com](mailto:aawt1981@gmail.com)  
CAMILA BOGONI BUDIB BARBOSA - [camilabudib@gmail.com](mailto:camilabudib@gmail.com)

THAYNÁ BARRETO MACHADO - [thaybmachado@gmail.com](mailto:thaybmachado@gmail.com)  
JESSICA CAROLINE PEREIRA ROSA FELIX - [jessicapc.rosa@gmail.com](mailto:jessicapc.rosa@gmail.com)  
RAFAEL OLIVEIRA DE SOUZA - [rafael.oncocirurgia@gmail.com](mailto:rafael.oncocirurgia@gmail.com)  
BERNARDO BACELAR DE FARIA - [bacelarfaria@gmail.com](mailto:bacelarfaria@gmail.com)