

Um melanoma “mascarado”

A disguised melanoma

Melanoma disfrazado

Cláudia Sofia Rego^{1*}, Ana Luísa Silva², Elias Ribeiro³

Palavras-chave:
Melanoma
Úlcera do Pé
Diabetes Mellitus

Resumo

O melanoma é um tumor que se desenvolve como resultado da transformação maligna dos melanócitos, estimando-se a sua incidência global em 132.000 casos/ano. Este relato de caso reporta-se a um doente do sexo masculino com 70 anos, história de Diabetes Mellitus tipo 2 há dez anos e psoríase vulgar extensa há seis anos. Em aproximadamente um ano, este desenvolveu lesão ulcerada da região plantar do pé direito, que ao exame histológico revelou melanoma maligno, ulcerado, nível V de Clark, com 5,6 mm de espessura (Breslow). Foi submetido à exérese cirúrgica da lesão e biópsia de gânglio sentinela que foi negativa. O estadiamento inicial revelou evolução avançada do tumor primário (TNM IIC). Exames imagiológicos detetaram metastatização gástrica, reclassificando a doença num estágio TNM IV. O melanoma maligno pode ser de difícil diagnóstico como se pode constatar neste caso em que uma ulceração plantar foi avaliada tardiamente, atrasando o diagnóstico de uma neoplasia grave e com elevada taxa de mortalidade.

Keywords:
Melanoma
Foot Ulcer
Diabetes Mellitus

Abstract

Melanoma is a tumor that develops as a result of the malignant transformation of the melanocytes. There is a worldwide estimate of 132,000 new cases per year. This case study presents a 70-year-old male person with history of Diabetes Mellitus type 2 for 10 years and extensive psoriasis vulgaris for 6 years. The patient developed an ulcerated lesion in the plantar region of the right foot in one-year time period. The histological examination revealed an ulcerated malignant melanoma, Clark level V, 5.6 mm thick (Breslow). The lesion was surgically removed and the sentinel lymph node biopsy was negative. Initial conclusions revealed an advanced state of evolution of the primary tumor (TNM IIC). CAT scan detected gastric metastasis, reclassifying the illness as a TNM IV stage. Malignant melanoma may be difficult to diagnose, as it was possible to observe in this case study, where a foot ulcer was late diagnosed, delaying the diagnosis of a severe neoplasia with high mortality rate.

Palabras clave:
Melanoma
Úlcera del Pie
Diabetes Mellitus

Resumen

El melanoma es un tumor que se desarrolla como resultado de la transformación maligna de los melanocitos, estimándose su incidencia global en 132,000 casos/año. Este informe presenta a un paciente de sexo masculino de 70 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace diez años y psoriasis vulgar extensa desde hace seis años. En aproximadamente un año el paciente desarrolló una lesión ulcerada en la región plantar del pie derecho, el examen histológico reveló un melanoma maligno, ulcerado, nivel V de Clark, de 5.6 mm de espesor (Breslow). Después de una escisión quirúrgica de la lesión, se realizó una biopsia de ganglio centinela que fue negativa. Las conclusiones iniciales revelaron una evolución avanzada del tumor primario (TNM IIC). Exámenes radiológicos detectaron una metástasis gástrica, reclassificando la enfermedad en una etapa TNM IV. El melanoma maligno puede ser de difícil diagnóstico, como se puede ver en este caso en que una úlcera en la planta del pie fue diagnosticada muy tarde, atrasando el diagnóstico de una neoplasia grave y de elevada tasa de mortalidad.

¹ Centro de Saúde de Angra do Heroísmo. claudiasrego@hotmail.com

² Centro de Saúde de Angra do Heroísmo. anabett@gmail.com

³ Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo. eliasribeiro@sapo.pt

*Autor correspondente.

Conflito de interesses: declaram não haver.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Recebido em: 16/06/2011

Aprovado em: 29/02/2012

Introdução

O melanoma é um tumor que se desenvolve como resultado da transformação maligna dos melanócitos, células predominantemente localizadas na pele, mas também presentes no sistema nervoso central, trato gastrointestinal e retina¹⁻³. Estima-se que a sua incidência global seja de 132.000 casos/ano⁴.

Embora corresponda apenas a 4% de todas as neoplasias malignas da pele, uma vez que se trata da mais maligna, é responsável pela maioria das mortes por cancro de pele³.

Os melanomas são caracterizados por uma grande diversidade morfológica. Têm sido tradicionalmente propostos quatro grupos primários de melanoma, com base na combinação de características clínicas e histológicas, em ordem decrescente de frequência respetivamente: melanoma com crescimento superficial, melanoma nodular, melanoma maligno lentiginoso e melanoma acral lentiginoso⁵.

Os tipos de melanoma nodular e acral lentiginoso são os mais prevalentes na população idosa, correspondendo este último a menos de 5% de todos os tipos de melanoma, surgindo tipicamente em locais onde a exposição solar é reduzida como as superfícies plantares, palmares e leito ungueal⁵⁻⁷.

A forma clássica de apresentação do melanoma é bem conhecida, caracterizando-se mais frequentemente pelo aparecimento de um novo “sinal” ou alteração das características de um nevus pré-existente. A mnemónica ABCDE (Assimetria, Bordos irregulares, Cor variável, Diâmetro da lesão >6 mm e Evolução) é sobretudo uma ferramenta educacional para os doentes, sendo útil como forma de rastreio, alertando para a possibilidade de uma lesão ser potencialmente maligna.

Em qualquer lesão pigmentada com história de alterações, é fundamental realizar biópsia, preferencialmente excisional. Em lesões demasiado extensas, em que se torna difícil efetuar uma biópsia excisional primária, devem executar-se diversas biópsias incisionais, para minimizar o erro de amostragem⁵.

A evolução do melanoma inicia-se por uma fase de crescimento horizontal com maior tempo de latência e só tardiamente surge uma fase de crescimento invasivo vertical, mais agressiva e potencialmente letal. O microestadiamento deve ter em conta a medição do crescimento vertical de acordo com os cinco níveis descritos por Clark, assim como o espessamento do tumor em milímetros segundo a classificação de Breslow, que constituem os mais importantes fatores de prognóstico em melanomas cutâneos localizados. A presença de ulceração pode influenciar negativamente o prognóstico⁵.

A biópsia do gânglio sentinela está indicada, de acordo com o *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), como

um procedimento de estadiamento a ser realizado quando as lesões primárias apresentam espessura ≥ 1 mm ou ulceração⁵.

A metastização do melanoma maligno inicia-se habitualmente pelos gânglios de drenagem linfática locorregionais e secundariamente para o tecido celular subcutâneo, pulmão e cérebro. A metastização do trato gastrointestinal, menos frequente, pode ocorrer em alguns casos, com complicações associadas como anemia, hemorragia, dor abdominal, obstrução e intussuscepção. O jejuno e íleo são os locais mais frequentemente envolvidos, podendo também afetar o cólon, o reto e o estômago, estando, nestes casos, indicado o tratamento cirúrgico².

As lesões ulceradas plantares na população idosa relacionam-se frequentemente com patologia vascular, por insuficiência venosa ou arterial, sendo determinante a avaliação do estado vascular periférico. Surgem ainda tardiamente associadas à neuropatia diabética, sob a forma de úlceras neurotróficas ou microangiopáticas como complicação da Diabetes Mellitus (DM)^{8,9}.

Dada a importância da patologia, o seu diagnóstico diferencial é fundamental, devendo fazer parte da abordagem inicial no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Descrição do caso clínico

É apresentado um caso clínico de um doente do sexo masculino, com 70 anos de idade; antecedentes de DM tipo 2 há 10 anos e psoríase vulgar extensa seguida em consulta de Dermatologia há dois anos, tratada com ciclosporina (durante seis meses) e atualmente com fototerapia U.V.B. O doente assinou termo de consentimento livre e esclarecido, conforme os preceitos éticos vigentes.

O paciente era acompanhado regularmente em consultas médicas e de enfermagem no Centro de Saúde, desde 2009, onde realizava vigilância e tratamento de lesão ulcerada do calcâneo direito, interpretada como complicação da sua DM.

Por má evolução da lesão, o doente foi orientado para a consulta de Dermatologia, na qual já estava a ser seguido por Psoríase Vulgar extensa.

Foi observado em consulta de Dermatologia em março de 2010 apresentando uma lesão ulcerada, de bordos irregulares, com 7 cm de maior diâmetro e pigmentação periférica difusa, com zonas de coloração variando entre o castanho e negro, e áreas de regressão despigmentadas de coloração branco-leitoso (Figuras 1 e 2).

Realizou diversas biópsias incisionais, cujo exame histológico revelou melanoma maligno, ulcerado, nível V

de Clark (fase de crescimento vertical) com 5,6 mm de espessura (Breslow).

Depois do diagnóstico, foi referenciado à consulta de Melanoma do Instituto Português de Oncologia, em Lisboa, onde foi submetido a biópsia de gânglio sentinela, que foi negativa, e exérese cirúrgica da lesão com plastia por retalho de rotação.

Fez ainda TC cranioencefálica e toracoabdominopélvica para pesquisa de metastização à distância que se revelaram negativas e permitiram classificar a doença como estágio TNM IIC.

O doente manteve seguimento em consulta de Dermatologia, realizando exames imagiológicos periódicos, tendo sido detectado, em janeiro de 2011, espessamento parietal focal e lobulado do corpo gástrico ao nível da grande curvatura, que foi biopsado. Realizou ecoendoscopia, em março de 2011, que demonstrou espessamento heterogêneo da parede (50 mm) com apagamento de todas as camadas até à camada muscular própria e adenopatia hipocogénica (9,7 mm de diâmetro), aspectos preditivos de invasão tumoral (Figura 3).

A biópsia do corpo gástrico revelou mucosa infiltrada por tecido de neoplasia maligna imunorreativa para melanoma, tendo sido o doente submetido em abril de 2011 a gastrectomia subtotal com gastrojejunostomia com ansa em Y de Roux.

Esta evolução, apresentando metastização gástrica, permitiu reclassificar a doença num estágio IV, o que lhe confere uma taxa de sobrevida a 5 anos de apenas 7,5-11%.

Discussão

O prognóstico de pacientes com melanoma cutâneo é determinado pela localização, morfologia e espessura do tumor primário e ainda pela eventual existência de doença metastática locorreional e à distância^{2,10,11}.

No caso clínico apresentado, o estadiamento inicial da neoplasia revelou já uma fase de evolução avançada do tumor primário (estadiamento TNM IIC), sendo a biópsia de gânglio sentinela mandatória¹⁰⁻¹².

A terapêutica com imunomoduladores (ciclosporina), com potente efeito imunossupressor, poderá ter contribuído para acelerar o processo de evolução do melanoma. Em aproximadamente um ano, o tumor primário evoluiu metastizando para a mucosa gástrica, invadindo todas as camadas, atingindo a camada muscular própria, conferindo um prognóstico muito reservado ao doente.



Figura 1. Lesão ulcerada plantar direita (7 cm de diâmetro).

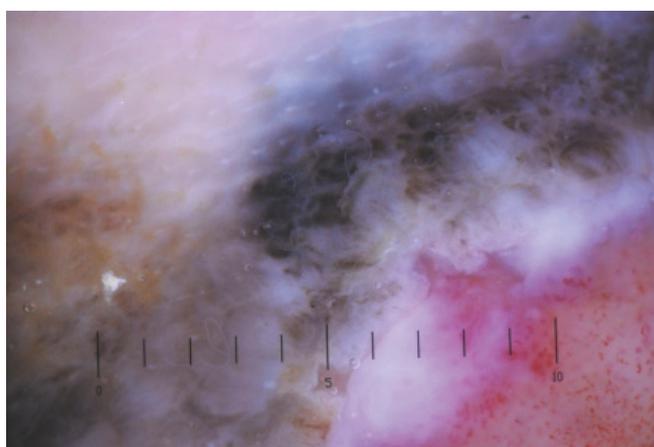


Figura 2. Dermatoscopia digital da lesão plantar.

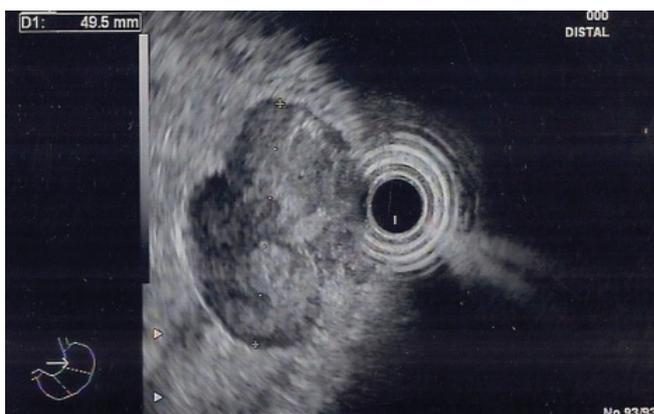


Figura 3. Ecoendoscopia.

O melanoma maligno no doente idoso pode ser de difícil diagnóstico, atendendo a outras comorbilidades associadas, como se pode constatar neste caso em que uma ulceração plantar foi diagnosticada e tratada inicialmente como uma lesão característica de uma complicação da DM e só tardiamente orientada para a consulta de Dermatologia, atrasando o

diagnóstico de uma neoplasia grave e com elevada taxa de mortalidade.

As características da lesão, particularmente a presença de pigmentação periférica e áreas de regressão despigmentadas, poderiam ter contribuído para aumentar o grau de suspeição e alertar para a presença de uma patologia mais grave.

Os Cuidados de Saúde Primários, como primeiro contato da população com o Serviço Nacional de Saúde, revestem-se de uma importância fundamental, uma vez que a deteção precoce continua a ser o fator mais importante na redução da mortalidade por melanoma⁶.

Referências

1. Tan WW. Malignant Melanoma [online]. Medscape [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/280245-overview>
2. Armstrong AW, Liu V, Mihm M. Pathologic characteristics of melanoma [online]. UpToDate. [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/pathologic-characteristics-of-melanoma?source=search_result&selectedTitle=1%7E150
3. Swetter SM. Cutaneous Melanoma [online]. Medscape [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1100753-overview>
4. World Health Organization - WHO. Skin Cancers [online]. [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html>
5. Lane JE, Dalton RR, Sanguenza OP. Melanoma cutâneo: detectar precocemente, ponderar as opções de tratamento. *Postgrad Med.* 2007; 28(2):35-46.
6. Testori A, Soteldo J, Sances D, Mazzarol G, Trifirò G, Zonta Mark, et al. Cutaneous melanoma in the elderly. *Melanoma Res.* 2009; 19:125-134. PMID:19381113. <http://dx.doi.org/10.1097/CMR.0b013e328329fe95>
7. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML, Tucker MA. Acral Lentiginous Melanoma Incidence and Survival Patterns in the United States, 1986-2005. *Arch Dermatol.* 2009; 145(4):427-434. PMID:19380664. PMID:2735055. <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2008.609>
8. Miguel Junior A. Estudo de Caso - úlcera plantar em diabético [online]. *Medicina Geriátrica*; 2008 [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: <http://www.medicinageriatria.com.br/category/dermatogeriatria/page/7/>
9. Minelli L, Nonino AB, Salmazo JC, Neme L, Marcondes M. Diabetes mellitus e afecções cutâneas. *An Bras Dermatol.* 2003; 78(6): 735-747 [online] [acesso em 2010 Nov 29]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962003000600010>
10. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, PG, Corrie PG, Cox NH et al. *Revised U.K. Guidelines for the Management of Cutaneous Melanoma.* *Br J Dermatol.* 2010; 163(2): 238-256. PMID:20608932. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09883.x>
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cutaneous Melanoma, a national clinical guideline. 2003. p. 4-20.
12. Evidence-Based Medicine Guidelines.Melanoma [online] [acesso em 2010 Nov 29]. Disponível em: <http://ebmg.onlinelibrary.wiley.com/ebmg/ltk.koti>