

# Intussuscepção ileocecal secundária a melanoma metastático

## *Ileocecal intussusception secondary to metastatic melanoma*

Paulo Henrique Colchon<sup>1</sup>, Marcos Cesar Staak Júnior<sup>1</sup>, Alexandre Balestieri Balan<sup>1</sup>, Matheus Lima Zanatta<sup>1</sup>, Karyn Albrecht Siqueira<sup>2</sup>, Mayra Clara Jatobá Zabel<sup>2</sup>, Andre Tesainer Brunetto<sup>3</sup> e Giuliano Santos Borges<sup>4\*</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmico do sexto ano de Medicina, Universidade do Vale do Itajaí.

<sup>2</sup>Enfermeira, Coordenação de Estudos, Centro de Novos Tratamentos Itajaí e Clínica de Neoplasias Litoral, Itajaí, SC.

<sup>3</sup>Oncologista Clínico, Instituto do Câncer de Brasília, Brasília, DF.

<sup>4</sup>Oncologista Clínico, Clínica de Neoplasias Litoral, Itajaí, SC.

### ➤ PALAVRAS-CHAVE

intussuscepção,  
válvula ileocecal,  
melanoma metastático,  
intestino delgado

### ■ RESUMO

A intussuscepção intestinal é um evento raro em adultos que ocorre geralmente devido à presença de uma tumoração. O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma paciente com melanoma metastático com oito anos de sobrevida, que já havia tratado metástases em pulmão e encéfalo. Durante a investigação de sintomas gastrointestinais foi diagnosticada metástase na válvula ileocecal causando uma intussuscepção ileocecal. A lesão foi ressecada e, dois anos após, a paciente continua em seguimento e sem doença aparente. Pacientes com melanoma metastático e sintomas gastrointestinais devem ser avaliados para possível etiologia tumoral no diagnóstico diferencial.

### ➤ KEYWORDS

intussusception,  
ileocecal valve,  
metastatic melanoma,  
small bowel

### ■ ABSTRACT

Intestinal intussusception is a rare event that occurs more commonly due to the presence of a tumor. The article's objective is to describe a case of metastatic melanoma in a patient with 8 years of survival, who had previously treated lung and brain metastasis. During investigation for gastrointestinal symptoms, the patient was diagnosed with metastasis in the ileocecal valve causing ileocecal intussusception. The lesion was removed and patient continues on follow-up with no apparent disease two years later. Patients with metastatic melanoma and gastrointestinal symptoms should have in the differential diagnosis a pathological etiology as possible cause.

### ■ INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal é rara em adultos e sua ocorrência está relacionada, na maioria dos casos, à presença de uma tumoração intraluminal servindo como um elemento de tração do restante da alça que a precede<sup>1</sup>. No intestino delgado, 57% das intussuscepções são secundárias a tumores, dos quais apenas 30% são malignos. Desses, metástases de melanomas são a causa mais comum<sup>2</sup>.

Melanoma metastático no trato gastrintestinal é relativamente incomum, todavia, representa cerca de um terço das

metástases para o trato gastrintestinal, sendo encontradas em 58% das autópsias em pacientes com melanoma<sup>3</sup>. Geralmente, as metástases são assintomáticas e, devido a esse fato, são diagnosticadas antes do óbito em menos de 5% dos pacientes<sup>4-6</sup>.

A apresentação clínica de intussuscepção intestinal em adultos geralmente não é específica e sintomas incluem distensão abdominal, náusea, vômito, sangramento ou alteração do hábito intestinal. O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma paciente com melanoma metastático com oito anos de sobrevida, que apresentou metástase na válvula ileocecal e intussuscepção ileocecal.

➤ RECEBIDO: 23/01/2011 | ACEITO: 22/09/2011

## ■ RELATO DE CASO

NRC, feminina, 42 anos, leucoderma, em acompanhamento por melanoma metastático há 8 anos. Ao diagnóstico, apresentava lesão primária em tórax (Clark III), e estádio clínico IV, com metástase visceral em pulmão. Esta lesão primária em tórax foi ressecada com margens cirúrgicas livres. Há 5 anos apresentou recidiva em pulmão com nódulo único, sendo submetida à metastectomia e quimioterapia - esquema DTIC (dacarbazina). Há 3 anos teve nova recidiva, em sistema nervoso central, tratada com ressecção seguida de radioterapia.

Há dois anos, consultou com queixa de dor epigástrica episódica intercalada com períodos de constipação, além de queixa de desconforto abdominal. O exame físico era normal, incluindo o exame ginecológico. Realizou tratamento sintomático com omeprazol e butilbrometo de escopolanina, além de antieméticos e analgésicos, obtendo alívio parcial, enquanto era realizada investigação. Os exames laboratoriais eram normais, exceto por anemia (hemoglobina de 8,3g/dL). À tomografia abdominal apresentava 2 nódulos hepáticos, sugestivos de hemangioma, e não havia descrição de alteração em válvula ileocecal. Seguindo a investigação, a endoscopia digestiva alta era normal. Na colonoscopia (Figura 1) foi visualizada massa polipóide em válvula ileocecal cuja biópsia revelou neoplasia maligna de células epitelióides. A paciente foi submetida à cirurgia eletiva de ileocelectomia direita para ressecção da lesão, sem intercorrências. No exame macroscópico da peça cirúrgica foi verificado segmento ileal dilatado junto à válvula ileocecal, onde se observou invaginação de 10 cm de comprimento para dentro do ceco com mucosa parda escura pregueada. O exame histopatológico comprovou que a causa da invaginação era melanoma metastático em válvula ileocecal.

Atualmente, a paciente continua em seguimento e sem doença aparente.

## ■ DISCUSSÃO

O caso apresentado ilustra um implante metastático em válvula ileocecal que foi diagnosticado pela apresentação clínica de uma intussuscepção ileocecal crônica.

A intussuscepção intestinal em crianças geralmente tem início agudo dos sintomas, enquanto nos adultos a apresentação pode ser subaguda ou crônica. Os sinais e sintomas variam e não são específicos, e podem incluir dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão abdominal, massa palpável, hemorragia digestiva, diarreia ou mesmo constipação<sup>7,8</sup>. A obstrução intestinal não está presente em muitos casos, sen-

## ■ ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Email: giuliano\_borges@yahoo.com.br / Fone/fax: (047) 3348.5093 / 3046.0057

**Figura 1.** Colonoscopia demonstrando lesão polipóide em válvula ileocecal



do que manifestações crônicas e quadros de semi-obstrução intestinal são mais comumente observados<sup>9</sup>.

Foram encontrados na literatura brasileira (base de dados LILACS) 4 relatos de caso semelhantes<sup>10-13</sup>, porém todos com localização ileo-ileal da intussuscepção causada por metástase de melanoma. O presente caso é o primeiro descrito com intussuscepção ileocecal. Na base de dados PUBMED, foram encontradas 33 referências para o mesmo tema, demonstrando a importância de incluir no diagnóstico diferencial sintomas do trato gastrointestinal no seguimento de pacientes com melanoma. Isso ainda é corroborado pelo fato de que a maioria dos tumores malignos localizados no intestino delgado são metástases<sup>14</sup>, freqüentemente originadas do melanoma<sup>15,16</sup>.

Além de intussuscepção e obstrução intestinal, outras possíveis complicações de metástases no intestino são hemorragia digestiva<sup>17</sup> e perfuração intestinal<sup>18</sup>.

A investigação radiológica desempenha papel importante para determinar a origem do problema<sup>13</sup>. Os exames mais acurados para o diagnóstico de intussuscepção intestinal são a tomografia computadorizada (TC) e a ultrassonografia (USG), com uma sensibilidade de até 98,5% dos casos<sup>9,19</sup>.

A USG pode determinar o diagnóstico apresentando os achados clássicos de “sinal do alvo” na visão transversa e “sinal do pseudo-rim” na visão longitudinal. As desvantagens desse método são a presença de gás em maior volume no caso de obstrução intestinal, além da dependência da experiência do examinador<sup>7</sup>.

A TC abdominal é considerada a ferramenta mais útil para o diagnóstico. A característica fundamental da intussuscepção é o “sinal do alvo”, causado pelas alças sobrepostas edemaciadas e com congestão venosa<sup>20</sup>. A acurácia diagnóstica da TC fica entre 58 a 100%<sup>7</sup>. No entanto, a TC não é confiável na diferenciação entre neoplasia e espessamento inespecífico da parede intestinal, ficando o diagnóstico de metástase como causa da intussuscepção exclusivo para a cirurgia<sup>8</sup>.

A colonoscopia é uma ferramenta útil ao diagnóstico quando a intussuscepção ocorre a nível ileocecal ou colo-

-cólico, podendo ter inclusive papel terapêutico para resolução da invaginação<sup>19</sup>. No caso relatado, a colonoscopia chegou ao diagnóstico devido à protrusão do segmento ileal que atravessou a válvula ileocecal. Acredita-se que a TC não demonstrou a intussuscepção porque esta pode ter progredido lentamente, atravessando a válvula ileocecal dias após, quando então foi visualizada na colonoscopia.

O planejamento de cirurgia para ressecção deve ser considerado, pois, além de tratar a intussuscepção, pode haver prolongamento da sobrevida média com a ressecção de uma metástase intestinal de melanoma<sup>6,21</sup>. Está indicada caso a metástase for sintomática ou se a lesão for o único local identificável da doença metastática<sup>12</sup>. A morbidade e a mortalidade são mínimas e o alívio sintomático pode ocorrer na maioria dos casos<sup>22</sup>.

A ressecção do segmento acometido pela intussuscepção é realizada na maioria das vezes por cirurgia aberta. Contudo, recentemente a cirurgia videolaparoscópica tem sido utilizada para tratar a intussuscepção, inclusive se causadas por tumores malignos<sup>23</sup>. A escolha entre abordagem aberta ou por videolaparoscopia depende da condição clínica do paciente, da localização e extensão da intussuscepção, da possibilidade de doença maligna e da disponibilidade de cirurgões com experiência<sup>24</sup>.

Em caso de obstrução severa do intestino decorrente de um tumor maligno, graves complicações, inclusive a morte, podem advir da cirurgia. Esta pode ser contraindicada quando as obstruções são múltiplas, na medida em que o paciente não é beneficiado com essa conduta<sup>25</sup>.

Tratamentos adjuvantes à ressecção, como quimioterapia, radioterapia e imunoterapia não demonstram benefícios de sobrevida<sup>26</sup>.

#### ■ REFERÊNCIAS

- Batista BN, Maximiano LF. Intussuscepção intestinal em adultos jovens - revisão de literatura. *Rev Col Bras Cir* 2009; 36(6):533-36.
- Huang BY, Warshauer DM. Adult intussusception: diagnosis and clinical relevance. *Radiol Clin North Am.* 2003; 41(6):1137-51.
- Bender GN, Maglinte DD, McLarney JH, *et al.* Malignant melanoma: patterns of metastasis to the small bowel, reliability of imaging studies, and clinical relevance. *Am J Gastroenterol* 2001; (96):2392-400.
- Kadivar TF, Vanek VW, Krishnan EU. Primary malignant melanoma of the small bowel: a case study. *Am Surg* 1992; (58):418-22.
- Avital S, Romaguera RL, Sands L, *et al.* Primary malignant melanoma of the right colon. *Am Surg* 2004; (70):649-51.
- Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1996; 131:975-80.
- Yakan S, Caliskan C, Makay O, *et al.* Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol* 2009; 15(16):1985-89.
- Hanan B, Diniz TR, Luz MMP, *et al.* Intussuscepção intestinal em adultos. *Rev Bras Coloproct*, 2007; 27(4):432-38.
- Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226:134-38.
- Silva HFA, Martinho JM, Soares BM, *et al.* Invaginação intestinal por melanoma. *Rev Col Bras Cir* 1987; 14(3/4):145-8.
- Miranda AC, Resende SR, Bromberg SH, *et al.*; Obstrução intestinal por melanoma maligno metastático no intestino delgado. *An bras dermatol* 2000; 75(1):35-4.
- Brambilla E, Fontanella F, Manzini M, *et al.* Intussuscepção de delgado por melanoma maligno de sítio primário incerto. *Revista da AMRIGS* 2008; 52(1): 49-51.
- Souza FF, Souza FF, Souza DAT, Johnston C. Melanoma metastático causando intussuscepção do intestino delgado: diagnóstico por <sup>18</sup>F-FDG PET/TC. *Radiol Bras* 2009; 42(5):333-35.
- Aragoneses LM, Cebrián IM, Pascual AC, *et al.* Invaginación Intestinal en el Adulto. *Emergencias* 2005; 17:87-90.
- Berger AC, Buell JF, Venzon D, *et al.* Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol* 1999; 6(2):155-60.
- Palau T, Alejo M, Romaguera A, *et al.* Invaginación del ileon por metástasis de melanoma cutáneo. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97(5):381-2.
- Prado Filho OR; Lima TG, Monteiro OG. Hemorragia digestiva baixa devido a melanoma maligno metastático. *Rev Col Bras Cir* 2001; 28(5): 389-90.
- Tsilimparis N, Menenakos C, Rogalla P, *et al.* Malignant melanoma metastasis as a cause of small-bowel perforation. *Onkologie* 2009; 32(6):356-8.
- Torricelli FCM, Lopes RI, Dias AR, *et al.* Linfoma ileal primário como uma causa de intussuscepção ileocecal recorrente. *Rev Bras Coloproct* 2008; 28(2):246-50.
- Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, *et al.* Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics* 2006 May-Jun; 26(3):733-44.
- Akaraviputh T, Arunakul S, Lohsiriwat V, *et al.* Surgery for gastrointestinal malignant melanoma: experience from surgical training center. *World J Gastroenterol* 2010; 16(6):745-48.
- Allen PJ, Coit DG. The surgical management of metastatic melanoma. *Ann Surg Oncol* 2002; 9(8):762-70.
- Harvey KP, Lin YH, Albert MR. Laparoscopic resection of metastatic mucosal melanoma causing jejunal intussusception. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010 Apr; 20(2):e66-8.
- Alonso V, Targarona EM, Bendahan GE, *et al.* Laparoscopic treatment for intussusception of the small intestine in the adult. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13:394-96.
- Krouse RS. Surgical Palliation of Bowel Obstruction. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35:143-51.
- Spitler LE, Grossbard ML, Ernstoff MS, *et al.* Adjuvant therapy of stage III and IV malignant melanoma using granulocyte-macrophage colony-stimulating factor. *J Clin Oncol* 2000; 18:1614-21.