

MELANOMA OVARIANO COMO ETIOLOGIA DE ABDÔMEN AGUDO

OVARIAN MELANOMA AS ACUTE ABDOMEN ETIOLOGY

Cláudio Franco do Amaral Kfoury, AcCBC-SP¹; Ana Luísa Ferreira-e-Silva¹; Andressa Ferreira-e-Silva²; Maria Clara Ferreira Nonato Romania¹; Vinícius Cabral Fernandes¹; José Ricardo Fraçon Viana Alves¹; Luciana Borges Lombardi¹; Wellington Lombardi¹.

RESUMO

O melanoma de ovário é uma neoplasia rara e letal, sendo a maioria dos casos de origem metastática. Possui a capacidade de desenvolver diferentes padrões morfológicos e, quando acomete as mucosas, torna-se de difícil diagnóstico, o que explica a ausência de tumores primários em muitos casos. Acomete principalmente menacmes. Neste artigo será apresentado um caso incomum de melanoma maligno unilateral de ovário, sem evidência clínica de tumor primário em uma paciente em menopausa.

Descritores: Melanoma. Abdome Agudo. Neoplasias Ovarianas.

ABSTRACT

Melanoma of the ovary is a rare and deadly cancer, the majority of cases of metastatic origin. It has the capacity to develop different morphological patterns, and when it affects mucous becomes difficult to diagnose, which explains the absence of primary tumors in many cases. It mainly affects premenopausal. This paper deals with an unusual case of unilateral ovarian malignant melanoma without clinical evidence of primary tumor in a patient in menopause.

Keywords: Melanoma. Abdomen, Acute. Ovarian Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O melanoma foi relatado pela primeira vez em 1901¹. O envolvimento ovariano é incomum e raramente tem apresentação clínica de uma massa pélvica^{2,3} e, quando ocorre é geralmente de origem metastática, unilateral e com prognóstico sombrio⁴.

Na literatura inglesa, até o ano de 2004, foram descritos cerca de 75 casos⁵. A maioria dos casos de melanoma envolvendo o ovário ocorreu em mulheres em fase reprodutiva, sendo a idade média, em relatórios anteriores, de 35,7 anos⁶.

O acometimento ovariano é verificado na autópsia em até 20% das pacientes com histórico de melanoma; o diagnóstico *pre mortem* é raro, principalmente devido ao fato de estar associado com doença disseminada na maioria dos casos e, portanto, clinicamente irrelevante⁷. A alta variabilidade de padrões morfológicos que esta neoplasia pode assumir, simulando outros tumores como carcinomas, sarcomas ou linfomas torna-se mais um agravante para a confirmação diagnóstica, que em alguns casos ocorre apenas no exame *post mortem*⁸.

O presente caso relata a história de

uma mulher de 75 anos com diagnóstico de melanoma de ovário, sem antecedente prévio de melanoma em outros sítios, sendo considerado como melanoma primário de ovário. Trata-se, portanto, de um caso com grande relevância científica devido sua raridade e alta mortalidade.

RELATO DO CASO

BGNP, feminina, 75 anos, G6P6A0, diabética, sem história familiar ou pessoal de neoplasias; procurou atendimento ginecológico, por apresentar dor pélvica há três dias, de forte intensidade, e emagrecimento de 10kg em dois meses. Ao exame físico foi evidenciada uma massa abdominal em fossa ilíaca esquerda de consistência endurecida e dolorosa a palpação superficial e profunda, com descompressão brusca positiva. Solicitou-se exames complementares para elucidação do caso.

Ao ultrassom pélvico evidenciou-se extensa massa pélvica de limites imprecisos ocupando todo abdome inferior. Para complementar a investigação realizou-se tomografia computadorizada de abdômen total que mostrou grande massa heterogênea de contornos bocelados acometendo a região

¹Universidade de Araraquara, Faculdade de Medicina, Araraquara, SP, Brasil.

²União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO, Faculdade de Medicina, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

de meso e de hipogástrio com áreas hipodensas no seu interior que poderiam representar lesão expansiva na cavidade pélvica. A paciente foi submetida à laparotomia exploradora por acesso mediano, através de incisão infraumbilical, e foi realizada a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, omentectomia parcial e lavado peritoneal. No ato cirúrgico, observou-se líquido peritoneal avermelhado e grande massa ovariana esquerda (Figura 1) de consistência firme, contornos irregulares e coloração acastanhada.



Figura 1. Peça Cirúrgica. Ovário esquerdo com contornos bocelados, coloração acastanhada, medindo 15,5 x 12,5 x 7,4 cm, pesando 830g.

A macroscopia revelou ovário esquerdo de consistência firme e elástica, medindo 15,5 x 12,5 x 7,4 cm e pesando 830g, com superfície externa bocelada castanho/amarelada. Aos cortes, superfície acastanhada com área vinhosa e enegrecida (Figura 2). A microscopia evidenciou proliferação neoplásica irregular, de células fusocelulares atípicas, com citoplasma amplo e eosinofílico, impregnado por exuberante pigmento de padrão melânico, apresentando núcleos aumentados com nucléolos eosinofílicos (Figura 3 e 4). No lavado peritoneal não foram observadas células com características de malignidade. O exame imuno-histoquímico revelou a expressão positiva para proteínas S-100 e HMB-45 que, neste contexto morfológico, confirmou o diagnóstico de melanoma de ovário.

A investigação minuciosa da paciente não demonstrou evidências de melanoma primário em outro local. No seguimento clínico, após dois anos a paciente apresentou metástases para fígado, ossos e reto. Evoluiu a óbito aproximadamente quatro anos após os primeiros sintomas.



Figura 2: Ovário Esquerdo. Interior do ovário demonstrando o acometimento por pigmento melânico.

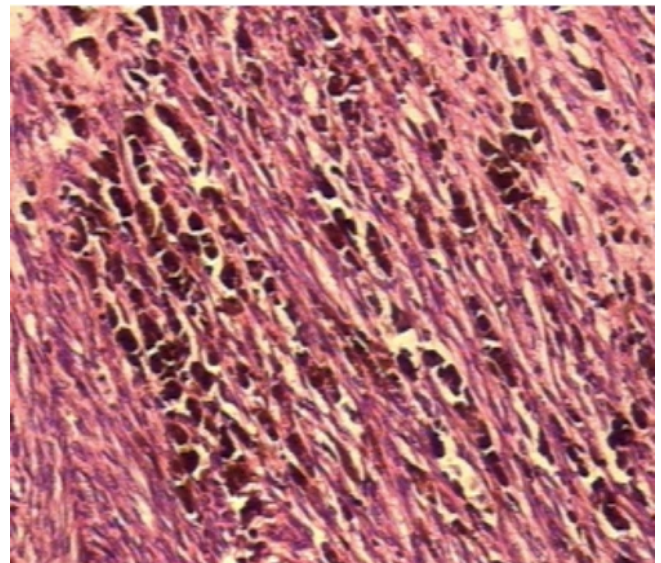


Figura 3: Exame histopatológico. Corte ampliado em 100x demonstrando proliferação neoplásica fusocelular rica em pigmento melânico.

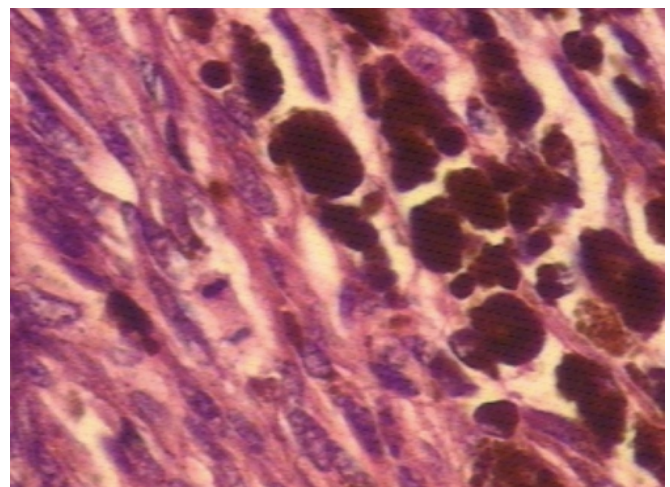


Figura 4. Exame histopatológico. Corte ampliado em 400x demonstrando células neoclássicas contendo pigmento melânico em seu citoplasma.

DISCUSSÃO

O câncer de ovário epitelial primário (EOC) é a principal causa de morte por câncer ginecológico⁹. O ovário também é um local frequente de disseminação secundária de neoplasias malignas. O envolvimento ovariano ocorre mais comumente via disseminação contígua de órgãos vizinhos ou por via peritoneal. As metástases mais comuns para o ovário são originárias de tumores primários ginecológicos e câncer gastrointestinal^{10,11}. Outras doenças malignas, como câncer de mama e melanoma, envolvem os ovários secundariamente através da via hematogênica^{5,12}. Metástases para o ovário são geralmente associadas a um pior prognóstico^{10,12}. No presente relato, o ovário foi considerado como foco primário do melanoma e apresentou-se como uma grande massa ovariana unicamente do lado esquerdo.

Mulheres em idade reprodutiva são mais propensas ao envolvimento ovariano metastático, que pode ser atribuído ao fluxo arterial para os ovários antes da menopausa¹². As metástases do melanoma para o ovário são geralmente unilaterais, diferente da maioria dos tumores metastáticos que envolvem ambos os ovários⁵. Uma característica relevante a ser considerada como auxílio no diagnóstico de melanoma primário de ovário é sua associação com o teratoma¹³. No relato ora discutido, a idade avançada desta paciente, 75 anos e, portanto, menopausada, destoa do fato de que as mulheres em idade reprodutiva são mais propensas ao envolvimento de melanoma ovariano, fato que torna este relato uma raridade.

As características histopatológicas do melanoma podem se assemelhar a uma ampla gama de tumores ovarianos primários, com isso, deve-se considerar outros tumores como diagnóstico diferencial, sendo eles: linfoma, sarcoma, carcinoma ou disgerminoma⁸. Portanto, conhecer o padrão de expressão dos marcadores melanocíticos nestes tumores pode auxiliar no diagnóstico. As células epitelioides e o padrão nodular ou difuso são vistos com maior frequência nos casos de melanoma. Na imunohistoquímica as proteínas S-100 e HMB-45 são os dois marcadores mais sensíveis, sendo positivos em 95% e 85% dos casos de melanoma, respectivamente. A inibina pode ser positiva em alguns casos, podendo auxiliar no diagnóstico diferencial com tumo-

res do cordão sexual⁵. A Lactato Desidrogenase Sérica (DHL) parece ser um preditor simples, mas muito útil na avaliação prognóstica em pacientes com melanoma¹⁴. Nesse caso, houve a positividade ao estudo imuno-histoquímico para ambas as proteínas, S-100 e HMB-45, que confirmou a hipótese de melanoma primário de ovário.

A ultrassonografia e a tomografia computadorizada podem ser inespecíficas, sendo apenas indicativos de um processo maligno¹⁴. A presença do pigmento melânico ocorre na minoria dos casos e, quando presente, pode ser diagnosticada pela ressonância magnética. O diagnóstico torna-se ainda mais complicado quando se trata de um melanoma amelanótico com características morfológicas semelhantes a outros tipos de tumores⁶.

O estadiamento inicial deve avaliar cuidadosamente a extensão da doença, a fim de estabelecer o diagnóstico de metástases⁶. A salpingooforectomia unilateral tem sido proposta como um tratamento adequado para o melanoma envolvendo o ovário se não há provas de envolvimento do ovário contralateral ou propagação extra-ovariana^{7,12}. A triagem pré-operatória para doença metastática em outros sítios é crucial, tanto com a imagem convencional ou com PET-scan, para avaliar a possibilidade de ressecção completa das lesões. Nenhuma terapia adjuvante pós-operatória tem benefício comprovado na sobrevida destas pacientes^{7,15}. Se a doença for restrita aos ovários, a ooforectomia pode aumentar a sobrevida a longo prazo, porém nas pacientes com doença disseminada, a cirurgia pode não contribuir com este aumento, já que geralmente morrem em cerca de dois anos do diagnóstico. Como o envolvimento ovariano secundário está associado a um pior prognóstico devem ser feitos esforços para os cuidados paliativos adequados¹⁵.

A ausência de antecedente de melanoma em lesões de pele ou outros locais e a incapacidade de encontrar outro foco primário do melanoma, apesar da investigação sistêmica e minuciosa, aliado ao acometimento unilateral no caso descrito, confirmou a hipótese diagnóstica de melanoma primário de ovário.

REFERÊNCIAS

1. Fuller PN. Malignant melanoma of the ovary and exposure to clomiphene citrate, a case report and review of the lit-

- erature. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180(6 Pt 1):1499-503.
2. Young RH, Scully RE. Malignant melanoma metastatic to the ovary. A clinicopathologic analysis of 20 cases. *Am J Surg Pathol.* 1991;15(9):849-60.
 3. Oliver R, Dasgupta C, Coker A, Al-Okati D, Weekes AR. Ovarian malignant melanoma: unusual presentation of a solitary metastasis. *Gynecol Oncol.* 2005; 99(2):412-4.
 4. Dasgupta T, Brasfield R. Metastatic melanoma. A clinicopathological study. *Cancer.* 1964;17(10):1323-39.
 5. Gupta D, Deavers MT, Silva EG, Malpica A. Malignant melanoma involving the ovary: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 23 cases. *Am J Surg Pathol.* 2004;28(6):771-80.
 6. Fitzgibbons PL, Martin SE, Simmons TJ. Malignant melanoma metastatic to the ovary. *Am J Surg Pathol.* 1987; 11(12):959-64.
 7. Piura B, Kedar I, Ariad S, Meirovitz M, Yanai-Inbar I. Malignant melanoma metastatic to the ovary. *Gynecol Oncol.* 1998;68(2):201-5.
 8. McCluggage WG, Bissonnette JP, Young RH. Primary malignant melanoma of the ovary: a report of 9 definite or probable cases with emphasis on their morphologic diversity and mimicry of other primary and secondary ovarian neoplasms. *Int J Gynecol Pathol.* 2006; 25(4):321-9.
 9. Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. *Cancer Statistics, 2005.* *CA Cancer J Clin.* 2005;55(1):10-30. Erratum in: *CA Cancer J Clin.* 2005;55(4):259.
 10. Moore RG, Chung M, Granai CO, Gajewski W, Steinhoff MM. Incidence of metastasis to the ovaries from nongenital tract primary tumors. *Gynecol Oncol.* 2004;93(1):87-91.
 11. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiura S, Seino H, Ohira H, Sawai K, et al. Metastatic ovarian tumors: a review of 64 cases. *Gynecol Oncol.* 2003;89(2): 314-7.
 12. Ayhan A, Guvenal T, Salman MC, Ozyuncu O, Sakinci M, Basaran M. The role of cytoreductive surgery in nongenital cancers metastatic to the ovaries. *Gynecol Oncol.* 2005;98(2):235-41.
 13. Nakano J, Shimizu T, Hirota T, Muto M. An unusual female melanoma patient with late metastases to both skin and ovaries. *J Dermatol.* 1998;25(2): 126-8.
 14. Sirott MN, Bajorin DF, Wong GY, Tao Y, Chapman PB, Templeton MA, et al. Prognostic factors in patients with metastatic malignant melanoma. A multivariate analysis. *Cancer.* 1993;72(10): 3091-8.
 15. Moselhi M, Spencer J, Lane G. Malignant melanoma metastatic to the ovary: presentation and radiological characteristics. *Gynecol Oncol.* 1998;69(2):165-8.

Fonte de financiamento: Não

Conflito de interesses: Não

Data de Submissão: 25/05/2018

Decisão final: 16/07/2018

Endereço para correspondência:

Cláudio Franco do Amaral Kfourri

E-mail: cfakfourri@gmail.com

claudiofakfourri@uol.com.br