

RELATO DE CASO

METÁSTASE ESPLÊNICA SOLITÁRIA EM ADENOCARCINOMA DO COLO

JOSÉ EDUARDO DE AGUILAR-NASCIMENTO, TSBCP
CERVANTES CAPOROSSI
DELY CRISTINA MARTINS
LENUCE RIBERIO AZIZ YDY
RANUCE RIBEIRO AZIZ YDY

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSSI C, MARTINS DC, YDY LRA, YDY RRA - Metástase esplênica solitária em adenocarcinoma do colo. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(3): 122-123

RESUMO: O encontro de metástases no baço é muito raro no seguimento de pacientes portadores de adenocarcinoma colorretal. Não encontramos registro anterior na literatura nacional. É apresentado um caso de uma paciente portadora de metástase isolada de um adenocarcinoma de colo para o baço. Enfoca-se a raridade desta localização de metástase do câncer colorretal e realça-se a importância do CEA no seguimento pós-operatório desses pacientes.

UNITERMOS: baço; metástase; neoplasia colônica

O baço é a principal massa de tecido linfóide do organismo. No entanto, este órgão habitualmente não é sede de metástases. Dados de necrópsia afirmam que a incidência de metástases no baço varia de 0,3 a 9% dos casos, sendo o carcinoma do pulmão, da mama e o melanoma da pele, possivelmente os mais comuns⁽⁵⁾. Entretanto, na grande maioria dos casos, já existe o comprometimento de outros órgãos e, dessa maneira, o achado do baço como sede solitária de metástases, é extremamente raro^(5,7). Thomas e col. (1993) relatam o quarto caso da literatura inglesa de um baço sediando metástase isolada de um carcinoma colorretal⁽⁷⁾. Não encontramos descrição semelhante na literatura nacional e, por isso, julgamos oportuna a apresentação deste caso.

Relato de caso

JC, sexo feminino, 54 anos, foi admitida no serviço há um ano com quadro de obstrução intestinal aguda. Há cerca de 11 meses antes dessa admissão, havia sido submetida a

uma pan-histerectomia associada a anexectomia bilateral devido a um adenocarcinoma de ovário, estando naquele momento, considerada livre de doença e no final do tratamento quimioterápico. Na laparotomia foi evidenciada uma lesão neoplásica obstrutiva do terço distal do cólon transverso e grande distensão do cólon proximal. Realizou-se uma colectomia subtotal seguida de íleo-sigmoidostomia primária em plano único extra-mucoso com justaposição de bordos. Não se evidenciaram durante o inventário da cavidade metástases e nem recidiva abdominal do câncer ovariano tratado há um ano. A evolução pós-operatória foi satisfatória e a paciente recebeu alta no 7º dia de PO. Seguida no ambulatório, a dosagem do antígeno carcino-embriônico (CEA) foi normal (4 µg/ml) no 30º dia de PO. Embora a paciente não apresentasse queixas, a dosagem do CEA passou a apresentar uma elevação a partir de três meses da operação. Os resultados foram 9 µg/ml no 3º mês, 20 µg/ml no 5º mês, 50 µg/ml no 9º mês e 120 µg/ml no 11º mês. Com seis meses de PO, a paciente foi submetida a colonoscopia, enema opaco, raio X de tórax e ultra-sonografia que foram considerados normais. Essa rotina foi repetida no 9º mês e também considerada normal. No 11º mês, foi solicitada uma tomografia computadorizada que revelou um pequeno nódulo de baixa densidade na topografia do baço. Embora a paciente relutasse em aceitar a cirurgia por estar sem sintomas, foi convencida a submeter-se a nova laparotomia.

Na operação, encontrou-se uma tumoração solitária no parênquima esplênico de aproximadamente 2,5 cm de diâmetro cujo exame histopatológico revelou tratar-se de uma lesão metastática de um adenocarcinoma de cólon (Fig. 1). O resto da cavidade aparentemente encontrava-se sem alterações. Realizou-se a esplenectomia e o pós-operatório transcorreu sem incidentes. A paciente encontra-se assintomática e atualmente no 6º mês de PO desta última intervenção. Os níveis de CEA retornaram à normalidade.

DISCUSSÃO

O baço não é habitualmente sede de metástases do adenocarcinoma colorretal⁽¹⁻⁷⁾. Aceita-se que, quando ocorre o envolvimento do baço nesses casos, geralmente a doen-



Fig. 1 - Estruturas glanduliformes e células colunares com núcleos anaplásicos circundadas por tecido conjuntivo frouxo. Na porção superior há parênquima esplênico representado por polpas vermelha e branca (hematoxilina e eosina, 80x).

ça já tenha se espalhado para outros órgãos^(5,7). Não há uma explicação plausível para essa baixa ocorrência de metástases⁽⁷⁾. A angulação aguda existente na emergência da artéria esplênica em sua origem no tronco celíaco é apontada por alguns como barreira anatômica que dificulta o acesso de embolos tumorais ao baço. Outros, entretanto, acreditam que as contrações do baço forçando o sangue dos sinusóides em direção as veias esplênicas, poderiam impedir a implantação de células, ao deixar o sangue em movimentação constante. Entretanto, a localização parenquimatosa da metástase neste caso, sugere que a via de implantação tenha sido hematogênica.

Imada e col. relatam sete casos de metástases esplênicas diagnosticadas por ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Referem que essas lesões aparecem geralmente como massas de baixa densidade à tomografia enquanto que a ultra-sonografia pode revelá-las tanto como de padrão hiper ou hipoecóicas⁽⁴⁾. Neste caso, embora a elevação crescente dos níveis de CEA sugerisse a presença de metástases, por duas vezes a ultra-sonografia não revelou a presença da massa esplênica. Entretanto, a tomografia computadorizada foi decisiva ao revelar uma lesão de baixa densidade. Este fato está em concordância com um relato da literatura⁽¹⁾, no qual a tomografia foi decisiva para o diagnóstico da metástase.

O valor do CEA no acompanhamento pós-operatório das ressecções curativas de casos de câncer colorretal já está bastante realçado na literatura. No seguimento ambulatorial

desta paciente, o CEA foi muito importante pois instigou a realização de um rastreamento diagnóstico de metástases que culminou com o encontro da lesão esplênica.

Embora rara, colo-proctologista deve atentar para a possibilidade de metástase esplênica quando há fortes indícios de sua ocorrência e os principais sítios estão afastados pela investigação rotineira de metástases.

AGUILAR-NASCIMENTO JE, CAPOROSSI C, MARTINS DC, YDY LRA, YDY RRA - Solitary splenic metastases in adenocarcinoma of the colon.

SUMMARY: Metastase to the spleen is a very rare entity in the follow-up of patients with colonic cancer. It was not precedent report of such a case in the national literature. It is presented a case of an isolated splenic metastase of an adenocarcinoma of the colon. It is discussed the rarity of that metastatic presentation and the importance of CEA in the follow-up of these patients as well.

KEY WORDS: spleen; metastases; colonic neoplasms

REFERÊNCIAS

1. Bisker J, McCarthy J. Computed tomographic demonstration of colonic carcinoma metastatic to the spleen. *Comput Radiol* 1983; 7(3): 193-4.
2. Cossa JP, Bokobza B, Surlmont Y, Michot F, Tenieri P. Metastase splénique metachrone d'un cancer colique. A propos d'une observation. *Gastroenterol Clin Biol* 1987; 11(12): 914-5.
3. Hamy A, Letessier E, Gaschignard N, Guillard Y, Paineau J, Visset J. Les metastases spléniques. A propos de 4 observations. *J Chir* 1993; 130(11): 467-9.
4. Imada H, Nakata H, Horie A. Radiological diagnosis of splenic metastasis and its prevalence at autopsy. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 1991; 51(5): 498-503.
5. Marymont J, Gross S. Patterns of metastatic cancer in the spleen. *Am J Clin Pat* 1963; 40(1): 58-66.
6. Piñeyro A, Piacenza G, Rodríguez JL, Carrerou LA, Bonaba R. Metástasis esplênica de un carcinoma de colon. *Cir del Uruguay*, 1982; 52(3): 240-1.
7. Thomas SM, Fitzgerald JB, Pollock RE, Evans DB. Isolated splenic metastases from colon carcinoma. *Eur J Sur Oncol (England)* 1993; 19(5): 485-90.

Endereço para correspondência:

José Eduardo de Aguiar-Nascimento
Rua das Margaridas, 426 - J. Cuiabá
78020-230 - Cuiabá - MT