

Metástase esplênica isolada de adenocarcinoma do sigmoide: relato de caso

Isolated splenic metastasis from sigmoid colon adenocarcinoma: case report

SANSOM HENRIQUE BROMBERG¹, MARIA ISETE FARES FRANCO², JOSE CARLOS ZAMPIERI¹,
NAGAMASSA YAMAGUCHI³, LUIS CELSO MATTOSINHO-FRANÇA⁴

¹Cirurgião do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. ²Chefe do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. ³Diretor do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. ⁴Diretor do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

BROMBERG SH, FRANCO MIF, ZAMPIERI JC, YAMAGUCHI N, MATTOSINHO-FRANÇA LC. Metástase esplênica isolada de adenocarcinoma do sigmoide: relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 2011;31(1): 77-80.

RESUMO: Introdução: Metástases esplênicas solitárias oriundas de carcinomas colorretais são raras, com 41 casos descritos na literatura inglesa até 2007. Muitos pacientes são assintomáticos, e o diagnóstico é quase sempre feito por imagens radiológicas ou por elevações sanguíneas do antígeno carcinoembrionário (CEA), solicitados no seguimento pós-operatório desses pacientes. Relato do caso: Homem de 54 anos foi submetido à colectomia esquerda por carcinoma de sigmoide. O tumor foi estadiado como T3N0M0 e permaneceu assintomático por dez meses, com níveis normais de CEA. Notou-se, então, significativa elevação do antígeno e a tomografia computadorizada do abdômen revelou massa no polo inferior do baço, suspeita de metástase. A laparotomia confirmou o achado propedêutico, sendo realizada esplenectomia. O diagnóstico anatomopatológico foi de adenocarcinoma metastático, sem invasão dos linfonodos. A sobrevida acompanhada do paciente foi de 14 meses, livre de recidiva. Conclusão: Metástases esplênicas isoladas de carcinoma dos cólons são raras, e a esplenectomia oferece possibilidade de sobrevida expressiva.

Palavras-chave: metástases; baço; câncer colorretal; esplenectomia.

INTRODUÇÃO

A constatação das metástases esplênicas oriundas de neoplasias sólidas colorretais é incomum quando comparada às de sua presença no fígado, pulmões e linfonodos ou às provenientes de neoplasias não-epiteliais. Quando encontradas, aparecem na fase de ampla disseminação da doença e, portanto, acompanhadas de metástases em outros órgãos¹.

Metástases isoladas são ainda mais raras, com somente 14 casos encontrados no Medline até 2004². Tal raridade conduz ao raciocínio de o baço ser terreno infértil para instalação das mesmas.

A resistência do baço à implantação dessas metástases vem sendo atribuída a suas características anatômicas, funcionais e imunológicas³.

Neste trabalho, relata-se o caso de um paciente com metástase esplênica isolada de sigmoide, tratada com êxito por esplenectomia. A raridade da doença e a inexistência de trabalhos nacionais a respeito justificam sua publicação.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, com 54 anos, relata-va queixas de cólicas abdominais de média intensidade,

Trabalho realizado nos Serviços de Gastroenterologia Cirúrgica e Anatomia Patológica do Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo (SP), Brasil.

Recebido em: 17/07/2009

Aprovado em: 14/04/2011

preponderantes na fossa ilíaca esquerda nos últimos cinco meses. Neste período, notou alterações do hábito intestinal, as quais foram caracterizadas pela presença de obstipação intestinal de um a dois dias, intercaladas por crises diarreicas, com sangue misturado às fezes e perda ponderal de 7 kg. A colonoscopia revelou a presença de lesão neoplásica crateriforme de 4 cm de diâmetro, a 27 cm da margem anal, que biopsiada mostrou se tratar de adenocarcinoma. Os exames pré-operatórios foram normais, inclusive para o antígeno carcinoembrionário (CEA). A ecografia e a tomografia computadorizada (TC) do abdômen não revelaram anormalidades. Durante o ato cirúrgico não foram constatadas metástases, sendo realizada colectomia esquerda com anastomose colorretal. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que alcançava a serosa, sem linfonodos comprometidos (T3N0M0), mas com invasão linfática presente. Dez meses depois, foi constatada elevação do CEA (21 ng/mL), e uma nova TC revelou a presença de massa de baixa densidade ocupando o terço inferior do baço (Figura 1), com fígado de aspecto normal. Submetido à laparotomia, confirmou-se a presença de lesão neoplásica no polo inferior do baço, bem como a inexistência de metástases na cavidade abdominal. A esplenectomia foi realizada sem intercorrências.

O baço pesou 186 g, medindo 12 x 9 x 5 cm; o polo inferior exibía área nodular esbranquiçada, de consistência firme, medindo 4,6 x 3,5 cm. Histologicamente, a neoplasia era um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, consistente, com metástase do adenocarcinoma sigmoideano anteriormente extirpado (Figura 2). Não foi detectado comprometimento neoplásico em seis linfonodos hilares. O paciente obteve

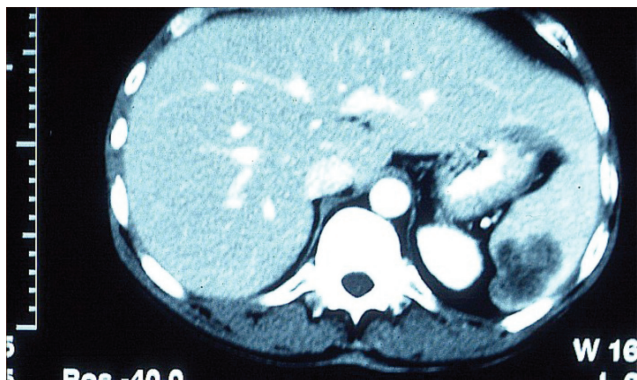


Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando lesão de baixa densidade no polo inferior do baço.

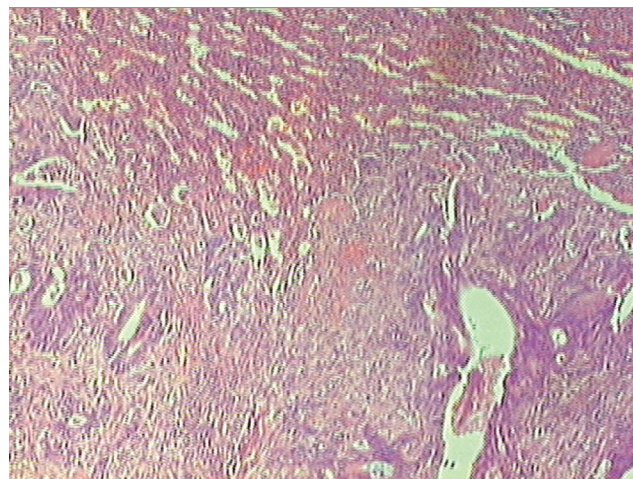


Figura 2. Corte histológico do baço exibindo neoplasia maligna constituída de estruturas glandulares atípicas em meio à polpa vermelha (HE 400 x).

alta em boas condições no sétimo dia pós-operatório (PO). Não foram realizadas terapêuticas complementares. Ele foi acompanhado, sem intercorrências e com exames normais (incluindo CEA e TC), por 14 meses, tendo seu seguimento perdido.

DISCUSSÃO

A raridade das metástases esplênicas, neste artigo, pode ser avaliada pela revisão de 890 autópsias dos portadores de neoplasias sólidas, com 19 (2,13%) delas comprometendo o baço, tendo o intestino grosso como origem das mesmas em somente um dos casos⁴. Por outro lado, revisão alemã com 1.898 autópsias dos portadores de neoplasias sólidas mostrou que os cólons são seu local primitivo em 175 (9,2%) delas¹. Nenhum dos trabalhos faz menção das metástases serem solitárias e, portanto, elas compunham o quadro de disseminação tumoral.

Possíveis razões para a baixa prevalência de metástases esplênicas incluem fatores anatômicos, como a raridade de vasos linfáticos aferentes ao baço, a presença de cápsula e a angulação do eixo da artéria esplênica com o tronco celíaco, dificultando a chegada de êmbolos hematogênicos ao baço; também são lembrados fatores funcionais, como a ejeção de células malignas pelas contrações rítmicas da arquitetura sinusoidal do órgão, obstaculizando a implantação de células malignas³. Pelo fato de o baço ser o segundo maior órgão do sistema retículo-endotelial, sua vigilância

imunológica poderia coibir a proliferação de células neoplásicas⁵. No entanto, nodos linfáticos que abrigam comparáveis quantidades de células imunocompetentes são alvos primários da expansão neoplásica¹.

A principal via de chegada ao baço das células neoplásicas intestinais parece ser a hematogênica, ganhando a circulação sistêmica como êmbolos arteriais, ultrapassando fígado e pulmões. Pelas metástases serem geralmente de localização intraparenquimatosa e pelos linfonodos esplênicos estarem livres da invasão neoplásica, esta suposição ganha maior realce⁶. Achados similares foram encontrados no paciente deste relato. Vale lembrar que metástases esplênicas situadas na cápsula guardam correlação com a rota peritoneal.

Macroscopicamente, as metástases esplênicas se apresentam sob o aspecto macronodular (nódulos solitários ou múltiplos), micronodular (tipo miliar) e difuso (todo o órgão); do ponto de vista histológico, as metástases esplênicas geralmente apresentam-se com aspecto semelhante ao tumor primário⁷. No presente paciente, o tumor era nodular e a similaridade presente – adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Portadores de metástases esplênicas solitárias são geralmente assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. Dos 28 casos relatados por Okuyama, Oya e Ishikawa⁶ no Japão, somente seis (21,4%) eram sintomáticos por ocasião do diagnóstico. Esplenomegalia, trombocitopenia e eventuais complicações como abscesso do órgão ou a ruptura esplênica e consequente hemorragia podem estar presentes, propiciando sintomas mais específicos⁷.

O diagnóstico quase sempre é feito por imagens radiológicas ou elevações sanguíneas do CEA, solicitados no seguimento pós-operatório desses pacientes^{2,5,8}. No paciente estudado, o diagnóstico de comprometimento esplênico foi assim obtido. A utilização desses recursos aliados a maior sobrevida alcançada pelos pacientes nos últimos anos vêm proporcionando um aumento no número de relatos sobre metástases esplênicas, isoladas oriundas de carcinomas colorretais. Já em 2007 foram amealhados 41 casos deles na literatura ocidental⁸, somente três pacientes apresentaram metástases sincrônicas.

O tempo decorrido entre o tratamento do tumor primário e o aparecimento das metástases variou de 3 meses a 12 anos⁸. O seguimento cuidadoso do paciente deste relato detectou a presença de metástase lial solitária dez meses após o procedimento cirúrgico, de-

vido à elevação do CEA e confirmação por TC, sem evidências de disseminação neoplásica.

Na revisão de Pisanu et al.⁸, a maioria das lesões primárias se assentou no colo esquerdo e reto (85,2%). Tal fato reforça a ideia de Indudhara et al.⁹, os quais sugeriram a existência de mecanismo circulatório retrógrado pela veia mesentérica inferior como via de chegada das metástases ao baço.

O ultrassom (US), a TC e a ressonância magnética evidenciam muitas das lesões esplênicas, mas não diferenciam as metástases de outras lesões primárias do órgão como linfomas, hemangiomas, abscessos, hematomas e infartos⁷. Geralmente, as metástases esplênicas aparecem nas duas primeiras modalidades como nódulos múltiplos, hipodensos, podendo, por vezes, exibir graus variados de ecogenicidade, alterações císticas ou calcificações. Já na ressonância magnética, as metástases se mostram pouco intensas em T1 e hiperintensas em T2, e revelam com maior acurácia metástases esplênicas possuidoras de componentes necróticos e hemorrágicos. Mais recentemente, a tomografia por emissão de pósitron (PET *scan*) tem confirmado a presença de metástases com facilidade, pelo seu maior custo, está sendo indicada nos casos em que os demais exames forem negativos¹⁰.

A necessidade de ser adotada terapêutica apropriada exige por vezes o diagnóstico histopatológico; em mãos experientes, o diagnóstico da metástase esplênica vem sendo realizado com material colhido por biópsia transcutânea, guiada por US ou TC. Um estudo de 160 biópsias sem complicações mostrou sensibilidade de 98,4% e valor preditivo de 99,2%¹¹.

Por ocasião do tratamento primário, uma parcela significativa dos pacientes relatados apresentava comprometimento dos linfonodos, conferindo, assim, estágio mais avançado a suas neoplasias^{1,5,7}. Portanto, deve ser encarada a neoplasia primitiva do paciente em estudo, pois, apesar do laudo anatomopatológico da peça extirpada não ter revelado comprometimento dos linfonodos, constatou-se a presença de invasão linfática. Na presente experiência, a invasão linfática se associou ao pior prognóstico de seus portadores¹².

Quando metástases metacrônicas estão restritas ao baço, a esplenectomia vem sendo empregada por oferecer melhor e maior sobrevida a esses pacientes, embora o pequeno número de casos relatados ainda não permita conclusões definitivas sobre seus benefícios. Dos 14 pacientes avaliados por Montemurro et al.², a sobrevivência era conhecida em dez deles e variou de 84 a 6 meses,

com média de 27,2 meses e mediana de 13 meses. A sobrevida acompanhada do paciente relatado neste estudo foi de no mínimo 14 meses, livre de recidiva. Já o prognóstico de lesões esplênicas sincrônicas está relacionado ao estágio da doença por ocasião da cirurgia.

Justifica-se, pois, a realização da esplenectomia em portadores de metástases metacrônicas lienais isoladas, quer pela simplicidade de sua execução ou pela sobrevida livre de doença, apresentada por muitos desses enfermos. A quimioterapia adjuvante tem seus defensores⁸, mas muitos não a utilizam e, por vezes, seu emprego não é relatado.

CONCLUSÃO

Metástases esplênicas solitárias e metacrônicas, oriundas de carcinomas colorretais, são raras e diagnosticadas no seguimento operatório dos pacientes por exames de imagens e pela dosagem de marcadores tumorais. Seus portadores geralmente são assintomáticos. A experiência mostra que lesão esplênica solitária em paciente com história de doença maligna deve ser encarada como metastática até ser provado o contrário. A sobrevida expressiva pode ser alcançada com o emprego da esplenectomia.

ABSTRACT: Solitary metastatic metastasis from colorectal neoplasms is rare. Only 41 cases have been reported in the English literature until 2007. Most patients are asymptomatic, and the diagnosis is usually done by imaging studies or CEA (carcinoembryonic antigen) blood increases, which are required in the postoperative follow-up period. Case report: A 54-year-old man underwent an extended left colectomy for sigmoid colon cancer. The tumor was staged as T3N0M0. During ten months of the follow-up period, the patient remained asymptomatic with normal levels of laboratory tests, including CEA measurement. Then, there was a significant elevation of CEA, and the abdomen computed tomography revealed a mass in the spleen considered as an isolated metastasis. The patient underwent splenectomy. Histological diagnosis confirmed a metastatic adenocarcinoma with no lymph nodes invasion. The patient has been symptom-free during the 14 months of follow-up with normal blood CEA levels and negative radiological studies. Conclusion: Solitary spleen metastasis from colon carcinoma is rare, and splenectomy provides an expressive improvement in the survival.

Keywords: spleen; metastasis; colorectal neoplasms; splenectomy.

REFERÊNCIAS

1. Schon C A, Gorgb C, Ramaswamy A, Bartha PJ. Splenic metastases in a large unselected autopsy series. *Pathol Res Pract* 2006;202(5):351-6.
2. Montemurro S, Maselli E, Ruggieri E, Caliandro C, Rucci A, Zito AF, et al. Isolated splenic metastasis from colon cancer. Report of a case. *Tumori* 2008;94(3):422-5.
3. Capizzi PJ, Allen KB, Amerson JR, Skandalakis JE. Isolated splenic metastasis from rectal carcinoma. *South Med J* 1992;85(10):1003-5.
4. Soares FA, Herbst CR, Iandell GAM. Metástases esplênicas em neoplasias sólidas. *Acta Oncol Bras* 1988;8(2):52-4.
5. Kim JC, Kim HC, Kang GH. Isolated splenic metastasis from colorectal carcinoma: a case report. *J Korean Med Sci* 2000;15(3):355-8.
6. Okuyama T, Oya M, Ishikawa H. Isolated splenic metastasis of sigmoid colon cancer: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2001;31(7):341-5.
7. Compérat E, Bardier-Dupas A, Camparo P, Capron F, Charlotte F. Splenic metastases: clinicopathologic presentation, differential diagnosis, and pathogenesis. *Arch Pathol Lab Med* 2007;131(6):965-9.
8. Pisanu A, Ravarino A, Nieddu R, Uccheddu A. Synchronous isolated splenic metastasis from colon carcinoma and concomitant splenic abscess: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:5616-20.
9. Indudhara R, Vogt D, Levin HS, Church J. Isolated splenic metastases from colon cancer. *South Med J* 1997;90:633-6.
10. Blesa JMG, Morena E, Canales JBL, Martinez DV, Vázquez C. Clinical case report and literature review:metachrounos colorectal splenic metastases. *Clin Transl Oncol* 2008;10:445-7.
11. Cavanna L, Lazzaro A, Vallisa D, Civardi G, Artioli F. Role of image-guided fine-needle aspiration biopsy in the management of patients with splenic metastasis. *World J Surg Oncol* 2007;5:13.
12. Durante AP, Bromberg SH, Barreto E, Cappellano G, Godoy AC. Importância da invasão neural e linfática no prognóstico do adenocarcinoma colorretal. *Rev Assoc Med Bras* 2004;50:21-6.

Endereço para correspondência:
SANSOM HENRIQUE BROMBERG
Avenida Angélica, 589 – 8º andar
CEP: 01227-000 – São Paulo (SP), Brasil
E-mail:brombergsh@yahoo.com.br