

Metástases musculares – a propósito de um caso clínico com revisão de literatura

Skeletal muscle metastases: case report and literature review

Denise Lopes, Armando Graça, Miguel Toscano Rico

Resumo

As metástases musculares à distância são uma forma de metastização raramente encontrada na prática clínica. Apresentam-se tipicamente como massas dolorosas e são detectadas sobretudo em contexto de doença disseminada. O tumor primário mais frequentemente descrito é o do pulmão, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais prevalente.

Os autores descrevem o caso de uma doente romena de 40 anos de idade, a quem foi diagnosticada metastização difusa em localização muscular, sendo o tumor primário um adenocarcinoma pouco diferenciado do pulmão. Foi realizada revisão da literatura.

Palavras-chave: Metástases musculares, adenocarcinoma, pulmão, PET/TC.

Abstract

Skeletal muscle metastases are very seldom encountered in clinical practice. Their typical presentation is of painful masses occurring mainly in widespread diseases. The primary tumor location described more often is the lung, namely the adenocarcinoma histological type.

The authors report a case of a 40 year old Romanian woman, diagnosed with diffuse metastatic disease, including metastases to the skeletal muscle. The primary tumor was found to be a poorly differentiated adenocarcinoma of the lung. Literature revision was performed.

Key words: Skeletal muscle metastases, adenocarcinoma, lung, PET-CT.

INTRODUÇÃO

Os tumores do pulmão podem metastizar para inúmeros locais no corpo humano. No entanto, a ocorrência de metástases musculares é muito rara, apesar do tecido muscular representar uma elevada percentagem da massa corporal.

CASO CLÍNICO

Doente de 40 anos, sexo feminino, de naturalidade romena, residente em Portugal há 4 anos recorre ao SU (Serviço de Urgência) do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) por dor lombar à direita com cerca de uma semana de evolução. Refere emagrecimento significativo (mais de 10 kg em apenas 2 meses – superior a 10% do seu peso) e mal-estar inespecífico. Tem hábitos tabágicos superiores a 30 UMA e hábitos etílicos moderados. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

Ao exame objectivo foi detectada hepatomegalia e a palpação abdominal profunda no hipocôndrio direito desencadeava dor intensa com irradiação para a região lombar. O controlo analítico realizado revelou anemia sugestiva de doença inflamatória crónica, aumento de lactato desidrogenase e proteína C-reativa elevada. A ecografia abdominal mostrou massas supra-renais bilaterais, a direita com 13 cm x 7 cm de natureza quística e sólida que comprimia o fígado e a esquerda 7 cm x 3 cm de natureza sólida. A tomografia computadorizada de corpo identificou um nódulo pulmonar no lobo superior do pulmão direito, dois nódulos hepáticos e confirmou as características das massas detectadas por ecografia. Sem evidência de adenopatias mediastínicas, abdominais ou pélvicas. Realizou broncofibroscopia com citologia negativa para células neoplásicas e foi tecnicamente impossível realizar biopsia de lesão identificada imagiologicamente. Foram feitos estudos adicionais que excluíram mama, tracto genito-urinário e gastrointestinal como localizações de tumor primário.

Foi então realizada PET-TC (tomografia de emissão de positrões com tomografia computadorizada) (Fig. 1) com captação de contraste em adenopatias cervicais e inguinais esquerdas e bilateralmente em nódulos axilares, lombo-aórticos e aórticos, nódulo pulmonar direito e glândulas supra-renais bilaterais com área

Serviço de Medicina Interna III - Centro Hospitalar Lisboa Norte
Recebido para publicação a 14.03.12
Aceite para publicação a 18.09.11

necrótica central na direita e em múltiplos grupos musculares da região dorsal, deltóide, músculo peitoral direito, intercostais e glúteos. Foi biopsado nódulo cervical com exame anatomopatológico compatível com adenocarcinoma pulmonar pouco diferenciado positivo para CK7 e TTF1, e negativo para CD56 e GCDFP15.

Apesar do início de quimioterapia com cisplatina e gemcitabina ocorreu progressão de doença com aumento pronunciado dos gânglios cervicais. A doente foi submetida a radioterapia cervical paliativa e foi iniciado protocolo de quimioterapia de segunda linha com vinorelbina, sem qualquer resposta. Posteriormente a doente desenvolveu uma síndrome de veia cava superior e veio a falecer menos de seis meses após o diagnóstico.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Este caso tem como particularidade a detecção de metástases musculares de adenocarcinoma do pulmão, diagnosticado no decurso de investigação de massas supra-renais bilaterais. Não foi considerado necessário realizar biopsias musculares adicionais, uma vez que o diagnóstico era robusto e os resultados imagiológicos concordantes.

Na revisão da literatura o tumor do pulmão foi o tumor primário mais frequentemente associado a metástases musculares à distância,¹ sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais prevalente.^{1,2} Esta forma de metastização foi descrita em 0,8 a 16% em diferentes séries de autópsias, mas é difícil determinar a sua frequência real, dado o número limitado de casos publicados.³

Localizações comuns de metástases musculares são os músculos da região da coxa e da anca, glúteos e tríceps sendo os membros inferiores mais afectados.¹ Apresenta-se habitualmente como massa dolorosa, sendo colocados como diagnósticos diferenciais o sarcoma de tecidos moles^{1,4,5,6} e o abscesso muscular.^{1,2}

Ainda não foram identificados os mecanismos fisiopatológicos para justificar a baixa frequência desta forma de metastização mas factores como

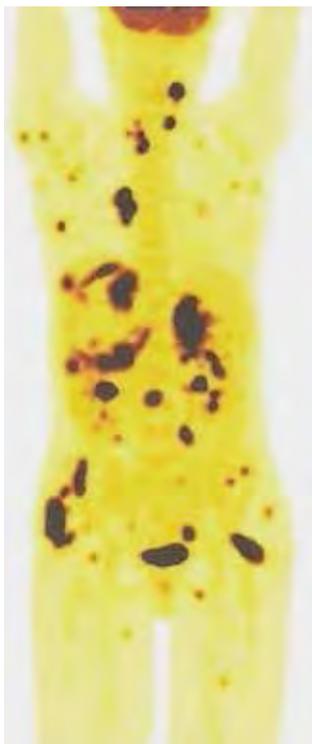


Imagem de PET/TC com fixação em nódulo pulmonar, gânglios linfáticos, glândulas suprarrenais e múltiplos grupos musculares.

FIG. 1

metabolismo muscular,^{2,6} fluxo sanguíneo,^{2,6} pressão tecidual de oxigénio,^{2,6} presença de ácido láctico,^{2,3,4,6} valores variáveis de pH^{2,4} e reacções imunológicas⁶ parecem ter um papel importante.

Dada a raridade desta apresentação não existem recomendações para a abordagem destes doentes. A radioterapia parece ter alguma eficácia no controlo da dor^{2,4} e quimioterapia paliativa tem sido administrada mas com poucos resultados.⁵ Em casos de doença disseminada ambas as modalidades podem ser utilizadas isoladamente ou em associação.^{1,6} A excisão das lesões musculares pode ser uma opção em doentes com bom prognóstico, metástases únicas^{1,2,5} ou dor que não cede a analgesia.⁵

A presença de metástases musculares representa um factor de mau prognóstico, provavelmente porque é mais frequentemente observada no contexto de doença disseminada.⁵ A sobrevivência média após diagnóstico é apenas de 5-6 meses,^{1,6} tal como no caso clínico apresentado.

Uma vez que a PET-TC tem vindo a ser cada vez mais utilizada, é provável que a detecção de metástases musculares assintomáticas se torne mais frequente. É necessário desenvolver estratégias de abordagem dirigidas a este grupo de doentes. ■

Bibliografia

1. Damron T.A., Heiner J., Distant Soft Tissue Metastases: A Series of 30 New Patients and 91 Cases From the Literature, *Annals of Surgical Oncology* 2000 7(7):526-534.
2. Ramarkrishna, Gautam; Harms Gordon, Erlichman Charles, Metastatic Non-Small Cell Lung Carcinoma With Involvement of Extremity Musculature: Case Report and Review of the Literature, *Mayo Clin Proc* 2000;75:1333-1337.
3. Willis RA, The spread of tumours in the human body. London: Butterworths 1973: 279-284.
4. Tuoheti et al. Skeletal Muscle Metastases of Carcinoma: a Clinopathological Study of 12 cases, *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2004;34:210-214.
5. Di Giorgio A. et al, Lung cancer and skeletal muscle metastases, *Ann Torca Surg* 2004;78:709-711.
6. Pop, Daniel et al. Skeletal Muscle Metastasis from Non-small Cell Lung Cancer, *Journal of Thoracic Oncology* 2009; 4: 1236-1241.