

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL – UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA NEOPLASIA RARA.

João Vasco Barreira(1);Margarida Moura Valejo Coelho(2);Catarina Ribeiro(3);Anuraj Parmanande(3);Mónica Semedo(3);Ricardo da Luz(3)

(1) Serviço de Hemato-oncologia Médica do Hospital de Santo António dos Capuchos – Centro Hospitalar de Lisboa Central. (2) Serviço de Dermatovenereologia do Hospital de Santo António dos Capuchos – Centro Hospitalar de Lisboa Central. (3) Serviço de Hemato-oncologia Médica do Hospital de Santo António dos Capuchos – Centro Hospitalar de Lisboa Central.

INTRODUÇÃO: O carcinoma de células de Merkel (CCM) é um tumor neuroendócrino cutâneo raro, agressivo, de prognóstico reservado. A etiologia é desconhecida, embora seja mais comum em áreas fotoexpostas e no sexo masculino. Caracteriza-se pelo envolvimento de gânglios locorregionais, metastização à distância, com alta taxa de recidiva e de mortalidade.

OBJETIVOS: Analisar as toxicidades nos doentes submetidos a terapêutica com Sunitinib

MATERIAL E MÉTODOS: Os autores descrevem um caso de CCM com apresentação incomum, num contexto clínico peculiar.

CASO CLÍNICO: Mulher, 66 anos, com história de linfoma não Hodgkin da mama tratado com QT/RT em 2002, e de tuberculose pulmonar e renal, com nefrectomia aos 18 anos. Em consulta de follow-up de Hematologia foi detetado conglomerado adenopático inguinal esquerdo, cuja microbiópsia revelou metástase ganglionar de carcinoma com diferenciação neuroendócrina, sugerindo-se despiste de CCM. Foi observada em Dermatologia, não apresentando lesões suspeitas na pele. Referenciada a Oncologia Médica, fez TC toraco-abdomino-pélvica, que confirmou vários conglomerados adenopáticos em topografia obturadora/inguinal à esquerda; PET-TC com hiperatividade metabólica em 3 volumosas adenopatias pélvicas e retroperitoneais, sem outras alterações. Realizou 10 sessões de RT (25 Gy), com resposta completa no conglomerado adenopático inguinal e redução do edema do membro inferior esquerdo. Pelo aparecimento de placa infiltrada (2cm) na face anterior do joelho ipsilateral e nódulos eritematosos na face interna da coxa esquerda, foi reobservada por Dermatologia e fez-se biópsia cutânea, com achados histopatológicos compatíveis com CCM. Iniciou QT de 1ª linha (Cisplatina + Etoposido). Após 3 ciclos apresentou resposta parcial imagiológica e clinicamente com resolução quase total das lesões cutâneas. Completou 6 ciclos de QT, mantendo a resposta parcial, mas com instalação de insuficiência renal aguda. No período sem terapêutica houve progressão da doença: na última avaliação (Março 2016), apresentava aumento das lesões cutâneas, edema, eritema, mas sem adenopatias. Propôs-se QT de 2ª linha ajustada à função renal (Topotecan).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES: O CCM pode apresentar-se como pápula, nódulo eritemato-violáceo, placa ou lesão quística ulcerada. O diagnóstico clínico é difícil, sendo o estudo histológico/imunohistoquímico essencial para o diagnóstico diferencial. A excisão cirúrgica é curativa na doença localizada. Sendo o CCM radiosensível, a RT tem um papel benéfico na doença recidivante local. A QT é uma opção paliativa, apresentando boas respostas por um período de tempo limitado. Neste caso, cabe destacar a apresentação atípica da doença: doente do sexo feminino, com envolvimento ganglionar à apresentação, sem lesão cutânea inicialmente identificável. Admite-se, assim, que o estado de imunossupressão prévio tenha contribuído para o desenvolvimento deste raro tumor.