

RELATO DE CASO: MELANOMA COMO CAUSA DE FEBRE DE ORIGEM OSCURA. Furlanetto TW , Cunha JL , Monticielo OA , Ritter CG , Londero RM , Chakr RMS . Departamento de Medicina Interna . HCPA - UFRGS.

Fundamentação: Homem de 54 anos, branco, desempregado, segundo grau completo, natural e procedente de Bento Gonçalves procura a emergência do HCPA com queixa de febre. Dizia-se hígido até 4 semanas antes., quando iniciou com febre persistente (38-39OC), de maior intensidade à noite, sudorese, astenia e anorexia. Perda de 3 Kg em 2 meses, sem outros sinais ou sintomas associados. Oito anos antes referia colecistectomia laparoscópica por colelitíase sintomática, com posterior derivação bilio-digestiva em Y de Roux (estenose pós-operatória da via biliar). Negava doenças crônicas, uso de drogas e medicações, assim como tabagismo ou etilismo. Pai falecido aos 79 anos por câncer de próstata e mãe, aos 84, por cardiopatia, irmãos hígidos. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eutrófico, mucosas levemente hipocoradas, manchas lenticulares acastanhadas distribuídas simetricamente em face, tronco e membros, alguns nevos melanocíticos. Sinais vitais estáveis, exceto por febre. Aparelho cardiopulmonar, abdome e exame neurológico sem particularidades. Micropoliadenopatia inespecífica em regiões supra e infraclaviculares e cervical esquerda. Nódulo de aproximadamente 1 cm em testículo esquerdo. Exames laboratoriais mostravam discreta anemia, provas inflamatórias (VSG e proteína C reativa) aumentadas, assim como cortisol sérico e cortisolúria. Eletrólitos, função renal e hepática normais. Anti HIV e sorologias de hepatites virais negativas. Hemoculturas aeróbicas (4 amostras), para fungos e endocardite, reação de Mantoux , pesquisa de histoplasmo e paracoccidiodomicose negativas. Eletroforese de proteínas, PSA, demais provas reumatológicas, HCG, alfa-feto proteína, ACTH, TSH, SDHEA normais. Ecocardiografia transesofágica sem vegetações valvares e trombos intracavitários. Tomografia de abdome mostrava 15 imagens hipodensas em lobo esquerdo do fígado, de até 1,9cm de diâmetro, várias lesões hipodensas no baço, com até 1,3cm e nódulo hipodenso de 1,5cm em glândula adrenal, bem como imagens hipodensas de até 1cm em retroperitônio. Sem outras alterações descritas. Ecografia de testículo esquerdo com lesão nodular em pólo superior, bem delimitada, levemente lobulada, heterogênea com cerca de 1,0 cm de diâmetro. Tomografia de crânio com inúmeras lesões hiperdensas supra e infra-tentoriais, com importante edema adjacente. Tomografia de tórax com derrame pleural bilateral e áreas de espessamento pleural. Havia duas imagens nodulares pulmonares subpleurais de 1,5 e 1,0cm e importante linfonodomegalia mediastinal difusa. Realizada biópsia de linfonodo infraclavicular com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma metastático. A imunohistoquímica mostrava células epiteliais positivas para S 100, HMB45 e vimentina, compatível com metástases de Melanoma. Biópsia do testículo, pós orquiectomia mostrava neoplasia maligna pleomórfica com focos de necrose e várias áreas de invasão vascular compatível com Melanoma. Biópsia de nevo abdominal com neoplasia maligna dermo-hipodérmica compatível com Melanoma, possivelmente não sendo a lesão primária. A avaliação da Dermatologia não constatou lesões tegumentares suspeitas. A fundoscopia também foi negativa. Foi proposta quimioterapia paliativa. Paciente evolui com depressão de sensorio, vindo a falecer no quinquagésimo dia de internação. Objetivos:Causística:Resultados:Conclusões: