

NÓDULO DE IRMÃ MARY-JOSEPH – A PRIMAZIA DA CLÍNICA

SISTER MARY-JOSEPH NODULE – THE PRIMACY OF THE CLINIC

Barbára Pedro¹, Raquel Sousa¹, Tereza Patrícia², Fernando Aldomiro³

RESUMO

O nódulo da Irmã Mary Joseph (NIMJ) trata-se de um nódulo palpável na região peri-umbilical, com origem em tumores metastáticos avançados intra-abdominais ou intra-pélvicos. O nódulo da Irmã Mary Joseph pode ser o primeiro sinal de neoplasia e indica doença avançada, bem como, mau prognóstico. Apresentamos o caso de um homem de 61 anos de idade, com um nódulo umbilical à admissão, cujo estudo adicional revelou um tumor do pâncreas.

Palavras-chave: Nódulo da Irmã Maria José; Metástase umbilical

ABSTRACT

Sister Mary Joseph nodule (SMJN) refers to a palpable nodule in the periumbilical region, originating from metastatic intra-abdominal or pelvic malignancies. The Sister Mary Joseph nodule may be the first sign of malignancy and indicates advanced disease, as well as poor prognosis. We present the case of a 61-year-old man with an umbilical nodule at admission, whose further study revealed a malignancy of the pancreas.

Keywords: Sister Mary Joseph nodule; Umbilical metastasis

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 61 anos de idade, saudável, com hábitos tabágicos ativos, que recorre ao Serviço de Urgência por quadro de dor abdominal difusa com distensão abdominal, enfartamento pós-prandial e perda ponderal de 20 Kgs no último ano. O doente referia também queixas de anorexia e obstipação. À observação inicial salienta-se doente emagrecido, hemodinamicamente estável com apiréxia mantida e abdómen distendido com timpanismo central e macicez periférica, difusamente doloroso, sem defesa abdominal. Da avaliação analítica destaca-se: fosfatase alcalina 150U/L; gama Glutamil transferase 115U/L; Creatinina 2.9 mg/dL e Proteína C reativa 38.3mg/dL. Realizou Ecografia Abdominal e Renal que demonstrou volumosa ascite e rins com aspeto compatíveis com nefropatia médica. Foi realizada paracentese evacuadora e diagnóstica com saída de 4700mL de líquido amarelo e turvo, compatível analiticamente com Peritonite Bacteriana Espontânea (neutrófilos 7671/mm³), sendo medicado empiricamente com Ceftriaxone e transferido para a Enfermaria.

À admissão, o doente mantinha abdómen com semiologia de ascite, apresentando um nódulo de aproximadamente 1 cm de diâmetro, violáceo, de consistência dura, na cicatriz umbilical (Fig. 1). O exame bacteriológico do líquido ascítico documentou infecção a *Streptococcus do grupo viridans*, tendo cumprido antibioterapia dirigida. Posteriormente, realizou TC Tóraco-abdómino-pélvica, sem contraste, que mostrou a região do antro gástrico muito pouco distendida, não permitindo excluir a presença de espessamento parietal a esse nível; fígado com moderado aumento dimensional; pâncreas normodimensionado, sem evidência de dilatação do canal de Wirsung, sendo difícil a sua definição no istmo/corpo proximal, pela ausência de contraste, evidenciando-se marcada densificação da gordura suprajacente. A endoscopia digestiva alta demonstrou candidíase esofágica, úlcera duodenal Forrest III

e úlcera do antro e bulbar Forrest III, com posterior resultado de anatomia patológica a não demonstrar infiltração por tecido neoplásico. Dos resultados analíticos destaca-se CA 19.9 2447 U/mL. O doente repetiu TC abdominal, com contraste, após normalização da função renal, que mostrou alterações no corpo e cauda pancreáticas, difusamente hipocaptantes, heterogêneas, com múltiplas imagens quísticas, de limites mal definidos, obliteração dos planos adiposos peri-pancreáticos, com aparente aderência ao hilo hepático e à parede posterior



Figura 1: Nódulo da Irmã Mary Joseph.

do antro gástrico, suspeitos de lesão infiltrativa pancreática. Demonstrou ainda a presença de implantes peritoneais coalescentes, num contexto de provável carcinomatose peritoneal e

¹ Interna de Formação Específica de Medicina Interna, Serviço de Medicina II, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

² Assistente Graduada de Medicina Interna, Serviço de Medicina II, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

³ Diretor de Serviço, Serviço de Medicina II, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora, Portugal

✉ anabarbarapedro@gmail.com

heterogeneidade ao nível do fundo de saco de Douglas que se admitiu ser da mesma natureza. A imagem revelou ainda um nódulo na parede cutânea junto à cicatriz umbilical (Fig. 2).

Avançou-se para a realização de ecoendoscopia para caracterização histológica da lesão pancreática que não foi possível realizar por não ser possível transpor a transição esôfago-gástrica. Foi então tentada endoscopia digestiva alta para avaliação da morfologia da região, sendo o exame igualmente interrompido por resíduos alimentares sólidos em abundante quantidade. O caso foi encaminhado para a reunião multidisciplinar de Oncologia digestiva, mas o doente evoluiu com declínio rápido e progressivo, vindo a falecer sem diagnóstico histológico.

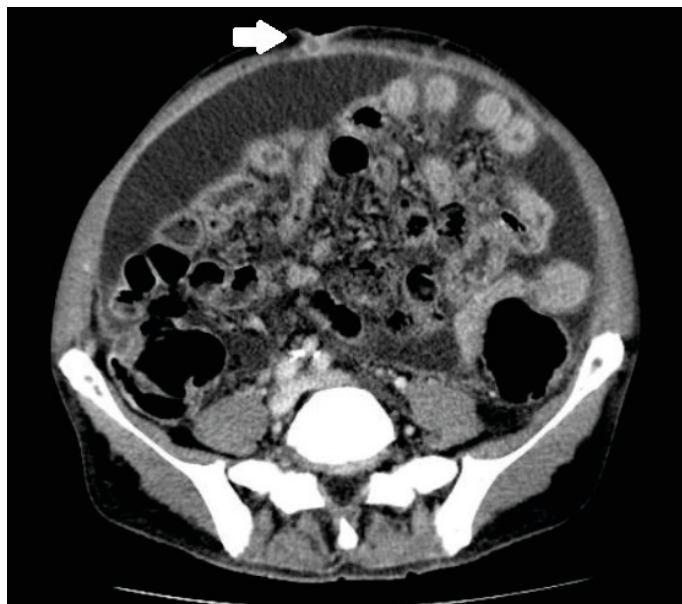


Figura 2: Tomografia computadorizada abdominal demonstrando nódulo umbilical (seta branca).

DISCUSSÃO

O termo ‘nódulo da Irmã Mary Joseph’ (NIMJ) foi pela primeira vez utilizado por Hamilton Bailey, na 11ª edição do seu livro *Physical Signs in Clinical Surgery*, em 1949, em honra da Irmã Maria José, que trabalhava como assistente cirúrgica do Dr. William Mayo no St. Mary’s Hospital, sendo onde pela primeira vez se descreveu a sua relação com neoplasia intra-abdominal.^{1,2} Na maioria dos casos de NIMJ, encontram-se simultaneamente presentes sintomas sugestivos de tumor

sólido, contudo, em cerca de 15 a 45% dos casos, o NIMJ é o primeiro e único sinal do mesmo.¹⁻⁴ O NIMJ também pode significar recidiva de neoplasia já previamente conhecida.⁴

O nódulo é, normalmente, de consistência dura, forma irregular, com maior diâmetro até 5 cm, podendo apresentar-se fissurado ou ulcerado, de conteúdo seroso, mucinoso, purulento ou sanguinolento.²⁻⁴ É frequentemente pruriginoso e indolor, apresentando uma coloração que pode ser esbranquiçado, violáceo ou vermelho acastanhado.²⁻⁴ A disseminação linfática, associada à rede venosa, é considerada a forma mais importante de metastização para a região umbilical.⁴

Relativamente ao diagnóstico diferencial de lesões umbilicais, este é vasto e pode ser dividido da seguinte forma: causas benignas, causas malignas primárias ou de origem metastática (Nódulo da Irmã Mary-Joseph).¹⁻⁴ Deste modo, para efetuar o diagnóstico de NIMJ, o consenso médico baseia-se no resultado histopatológico das biópsias do nódulo umbilical, que pode ser assim usado para detetar a origem primária do tumor.²⁻⁴ Quanto à caracterização histológica, a maioria das neoplasias umbilicais, metastáticas ou primárias, são adenocarcinomas, seguido de carcinoma de células escamosas, indiferenciados e carcinóides.^{1,2,4} A metastização umbilical é um evento raro e ocorre em cerca de 1-3% dos casos, com os locais de origem primária mais comuns a serem, o estômago e o cólon no homem, e o ovário nas mulheres.² Com menor frequência, têm origem no cego, intestino delgado, pâncreas, vesícula biliar, rim, trompa de falópio, útero, mama e, raramente, no pulmão, próstata, divertículo de Meckel e carcinoma seroso do peritôneo.²

Quanto ao tratamento, alguns autores são defensores de cirurgia agressiva combinada com terapêutica adjuvante, enquanto outros, dado o mau prognóstico, recomendam apenas tratamento paliativo.⁵⁻¹⁰ Quanto ao prognóstico do doente, embora a presença de metástase umbilical se encontre associada a mau prognóstico, o que definirá a mesma é a origem da neoplasia primária. A presença de metástase umbilical, por norma, implica uma sobrevida média de 11 meses.⁴

CONCLUSÕES

A metástase umbilical ou Nódulo da Irmã Mary Joseph pode ser a primeira manifestação clínica de doença neoplásica. Por esse motivo, o achado de um nódulo umbilical merece uma elevada suspeição clínica. Desta forma, a comunidade médica deve estar alerta para esta entidade e perante a suspeita, deverá ser iniciada marcha diagnóstica.

Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo;

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho;

Não existiram fontes de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. Abu-Hilal M., Newman J.S.; Sister Mary Joseph and her nodule: historical and clinical perspective; *Am J Med Sci*; 2009; 337:271-273.
2. Urbano FL. Et al.; Sister Joseph’s nodule; *Hospital Physician*; 2001; 37(5):33-5;
3. Gabriele R, Conte M, Egidi F, Borghese M.; Umbilical metastases: current viewpoint; *World J Surg Oncol*; 2005; 3:13;
4. Dubreuil A, Domp martin A. Barjot P, Louvet S, Leroy D.; Umbilical metastasis or Sister Mary Joseph’s nodule; *International Journal of Dermatology*; 1998; 37:7-13;
5. Alnaqbi K.A., Joshi S., Ghazal-Aswad S. Abu Zidan FM.; Primary umbilical adenocarcinoma; *Singapore Med J.*; 2007; 48: e308-e310;
6. Majmudar B, Wiskind AK, Croft BN, Dudley AG.; The Sister (Mary) Joseph nodule: its significance in gynecology; *Gynecol Oncol*; 1991; 40: 152-159;
7. Steck WD, Helwing EB.; Tumors of the umbilicus; *Cancer*; 1965; 18: 907-915;
8. Horn JJ, Fred HL, Lane M, Hudgins PT.; Umbilical metastases; *Arch Intern Med*; 1964; 114: 799-802;
9. Issa M, Feeley M, Kerin M, Tanner A, Keane F.; Umbilical deposits from internal malignancy: Sister Mary Joseph’s nodule; *Ir Med J.*; 1987; 80: 152-153;
10. Schiebel HM, Cleaver HD, Jackson JS.; Metastatic carcinoma of the umbilicus; *JAMA*; 1955; 157: 1489-1490.