

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

José Manoel da Silva Gomes Martinho¹, Ana Luisa Gouvêa², Walter de Assis Mello³, Gilberto Perez Cardoso⁴, Lúcio Filgueiras Pacheco-Moreira⁵, Marcelo Enne⁵, Alexandre Cerqueira da Silva⁵

Trabalho realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e no Hospital Geral de Bonsucesso – Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ. 1. Departamento de Cirurgia Geral da UFF e Serviço de Cirurgia Hepato-biliar do Hospital Geral de Bonsucesso. 2. Departamento de Patologia da UFF. 3. Departamento de Radiologia da UFF. 4. Departamento de Medicina Interna da UFF. 5. Serviço de Cirurgia Hepato-biliar do Hospital Geral de Bonsucesso. Endereço para correspondência: Dr. José Manoel Martinho, Hospital Geral de Bonsucesso, Avenida Londres, 616, Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, 21041-030. E-mail: jmanoel@ar.microlink.com.br

Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, com queixa de dispepsia há cinco anos, acompanhada de “acidez” no epigástrico. Negava náuseas e vômitos. Relatava intolerância a alimentos gordurosos. Nada sentia quando ingeria alimentação considerada por ela como leve. Relatava tratamento para gastrite há vários anos. Havia sido hysterectomizada há seis anos. Nunca fora transfundida. Referia icterícia aos 16 anos por hepatite. Passado de giardíase e amebíase, tratadas.

O exame físico abdominal era indolor à palpação. Mostrava apenas a paciente magra, sem massa palpável ou outras anormalidades. A paciente trouxe, como exames, endoscopia digestiva alta com laudo de gastrite, e marcadores virais para hepatite B e C normais.

Foram realizados exames de ultra-sonografia (Figura 1) e tomografia computadorizada (Figura 2) do abdome.



Figura 1. Ultra-sonografia do abdome.



Figura 2. Tomografia computadorizada do abdome.

Achados de imagem

Ultra-sonografia (Figura 1): Presença de formação expansiva hipocóica, sólida, heterogênea, com contornos regulares, medindo $5,4 \times 3,7 \times 3,0$ cm, em projeção da cauda do pâncreas.

Tomografia computadorizada (Figura 2): Lesão expansiva de paredes espessadas e irregulares, impregnando-se periférica e irregularmente pelo meio de contraste, medindo 4,4 cm no maior diâmetro, em topografia da transição corpo-cauda pancreática.

Os exames de rotina de pré-operatório eram normais.

Foi indicada cirurgia, encontrando-se, à laparotomia, tumor de delgado no ângulo de Treitz, com características macroscópicas de benignidade (Figura 3). Foram realizadas ressecção e anastomose término-terminal da terceira porção do duodeno ao jejuno. O pâncreas era normal.

O laudo histopatológico diagnosticou tumor estromal de duodeno.

COMENTÁRIOS

Tumor estromal gastrointestinal (GIST) é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal (TGI), tendo sua origem a partir das células de Cajal, que são consideradas as células marca-passo do intestino⁽¹⁾. O GIST ocorre mais frequentemente em indivíduos acima de 50 anos de idade. São responsáveis por 0,1% a 3% de todos os tumores gastrintestinais⁽²⁾. São, portanto, tumores raros⁽³⁾. O estômago é acometido em 60% dos casos, seguido do intestino delgado, com 20% a 30%⁽⁴⁾. Em menos de 10% o GIST ocorre em outras localizações do TGI.

Desde a descrição inicial em 1940, os tumores estromais do TGI foram geralmente considerados como neoplasias do músculo liso, sendo utilizadas designações como leiomioma e leiomiossarcoma. A partir de 1960, com a utilização da microscopia eletrônica, e em 1980, com a imunohistoquímica, identificou-se uma proteína específica (cKIT/CD117) presente

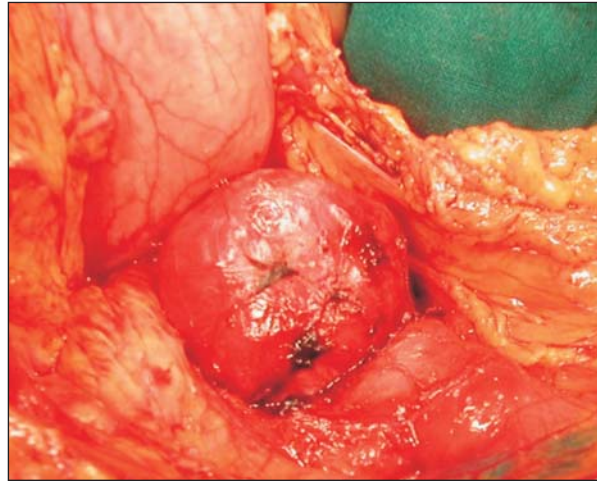


Figura 3. Tumor estromal no duodeno, em íntimo contato com o corpo do pâncreas.

na membrana citoplasmática das células que compõem essa entidade oncológica. Esta contribuição foi significativa para o diagnóstico diferencial com as demais lesões mesenquimais que podem ter origem no tubo digestivo.

O GIST acomete principalmente adultos com idade média entre 50 e 60 anos. Acomete também crianças, mas excepcionalmente.

Em relação ao comportamento clínico dos GIST, apesar de controvérsias na literatura, todos são considerados potencialmente malignos. O risco de comportamento agressivo é avaliado levando-se em conta a localização, o tamanho macroscópico do tumor e o índice mitótico⁽⁵⁾.

A distinção radiológica entre benignidade e malignidade no GIST não é possível⁽¹⁻⁸⁾, mas os radiologistas necessitam estar habituados às imagens para aumento da acurácia do diagnóstico⁽⁹⁾. Hashiba *et al.*⁽⁷⁾ mensuraram seguidamente a volumetria de um tumor estromal gástrico, que após 3,3 meses dobrou de tamanho. Após ressecção, a patologia mostrou tratar-se de lesão maligna.

A ressecção cirúrgica completa é o melhor tratamento para a cura dos GIST⁽⁶⁾.

Por ser lesão pouco frequente, cirurgiões e radiologistas precisam ficar atentos para a possibilidade deste diagnóstico.

Em nosso caso, o tumor em duodeno

mimetizou lesão no pâncreas. Com o diagnóstico de tumor de pâncreas, a cirurgia foi superdimensionada, causando estresse na família e equipe.

REFERÊNCIAS

1. Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, Meis-Kindblom JM. Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT): gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. *Am J Pathol* 1998;152:1259-69.
2. Crosby JA, Catton CN, Davis A, *et al.* Malignant gastrointestinal stromal tumors of the small intestine: a review of 50 cases from a prospective database. *Ann Surg Oncol* 2001;8:50-9.
3. DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, Mudan SS, Woodruff JM, Brennan MF. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000;231:51-8.
4. Karila-Cohen P, Petit T, Teissier J, Merran S. Tumor stromale digestive. *J Radiol* 2004;85:1911-4.
5. Emory TS, Sobin LH, Lukes L, Lee DH, O'Leary TJ. Prognosis of gastrointestinal smooth-muscle (stromal) tumors: dependence on anatomic site. *Am J Surg Pathol* 1999;23:82-7.
6. Langer C, Gunawan B, Schüler P, Huber W, Füzesi L, Becker H. Prognostic factors influencing surgical management and outcome of gastrointestinal stromal tumours. *Br J Surg* 2003;90:332-9.
7. Hashiba T, Oda K, Koda K, Takiguchi N, Seike K, Miyazaki M. A gastrointestinal stromal tumor in the stomach: usefulness of computed tomographic volumetry. *Gastric Cancer* 2004;7:260-5.
8. Kim HC, Lee JM, Kim SH, *et al.* Small gastrointestinal stromal tumours with focal areas of low attenuation on CT: pathological correlation. *Clin Radiol* 2005;60:384-8.
9. Kim HC, Lee JM, Choi SH, *et al.* Imaging of gastrointestinal stromal tumors. *J Comput Assist Tomogr* 2004;28:596-604.