

TUMOR CARCINÓIDE DE ESTÔMAGO TIPO 1

GASTRIC CARCINOID TUMOR TYPE 1

Rubens Valarini, TCBC-PR¹; Eliziane Hoeldtke²; Nertan Luiz Tefilli³

INTRODUÇÃO

Os tumores carcinóides constituem as neoplasias neuroendócrinas mais frequentes do trato gastrointestinal^{1,2}. Há três categorias de carcinóides gástricos, diferenciadas por comportamento e prognóstico. O diagnóstico correto é essencial para o adequado tratamento¹.

O tipo 1 (70 a 80%) deriva das células enterocromafins, transformadas em tumorais pela estimulação crônica da hipergastrinemia na gastrite atrófica^{1,3}. O tipo 2, (menos de 5%), associa-se com síndrome MEN1 e de Zollinger-Ellison. Também deriva das células enterocromafins, mas já identificou-se um gene supressor responsável¹. Geralmente acompanhado de síndrome carcinóide, o tipo 3 (20%) é o mais agressivo, de etiologia desconhecida, de pior prognóstico e intratável com antrectomia, pois não apresenta hipergastrinemia. Em 65% dos pacientes encontram-se metástases locais e hepáticas¹.

Hipergastrinemia, ácido 5-hidroxiindolacético urinário normal, lesão menor que 2 cm, ausência de atipias e de invasão muscular são fatores de bom prognóstico³.

RELATO DO CASO

Mulher, de 44 anos, sem história pregressa significativa, foi admitida com anemia crônica e dispepsia. Apresentava hematócrito de 27,8% e hemoglobina sérica de 8,6g%. A gastroscopia evidenciou vários pólipos sésseis, medindo entre 4 e 10 mm, preferencialmente na grande curvatura, alguns com umbilicação central e gastrite erosiva antral (Figura 1). As biópsias de cinco pólipos foram histologicamente compatíveis com neoplasia carcinóide e gastrite atrófica. Havia hipergastrinemia (897 pg/ml) e o ácido 5-hidroxiindolacético urinário era normal (3,7 mg/dia). A ultrasonografia abdominal evidenciou um pólipo na vesícula biliar e a radiografia torácica era normal.

Submeteu-se à gastrectomia total, linfadenectomia para-gástrica, colecistectomia e reconstrução em Y de Roux. A análise histológica diagnosticou múltiplos tumores (Figura 2), tendo o maior 2 cm, hiperplasia multifocal neuroendócrina, gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, embolia linfática focal, dois linfonodos metastáticos na pequena curvatura e nenhum na grande curvatura, colecistite crônica.

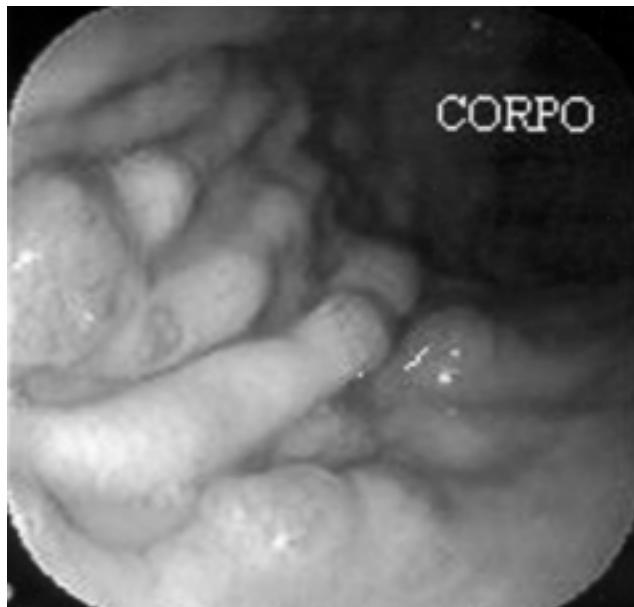


Figura 1 – Endoscopia digestiva alta.



Figura 2 – Peça cirúrgica mostrando pólipos gástricos múltiplos.

DISCUSSÃO

Embora raro, a incidência de carcinóide gástrico vem aumentando devido ao crescente diagnóstico através de gastroscopia e imunohistoquímica. Acomete mulheres em dois terços dos casos, com maior prevalência em idosos. É malig-

1. Coordenador da Unidade de Coloproctologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

2. Médica Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

3. Médico Residente do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Recebido em 05/11/2003

Aceito para publicação em 09/03/2004

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

no, apesar de apresentar bom prognóstico, com baixa velocidade de crescimento e de metastatização^{1,2,4}.

É freqüente a associação entre carcinóide gástrico, gastrite auto-imune e anemia perniciososa, e preconiza-se biópsia de fundo gástrico nos pacientes com estes quadros anêmicos^{1,5}. Em *screening* endoscópico desses pacientes, diagnostica-se esse tumor em 1,3 a 7% dos casos⁴.

Freqüentemente são menores que 1 cm, múltiplos e localizados em corpo e fundo gástricos, podendo apresentar ulceração central. Metástases ocorrem em menos de 2% dos tumores acima de 2 cm^{1,4}.

A sintomatologia é inespecífica, envolvendo dor abdominal, vômitos, hematêmese, melena, perda de peso e diarreia. Pode haver hipotireoidismo ou diabetes auto-imune associados. Síndrome carcinóide (fogachos, rubor facial e diarreia) aparece em 3 a 5% dos tumores tipo 1 e manifesta-se quando há metástases hepáticas, pois o fígado inativa produtos bioativos desses tumores^{1,2,4}.

Lesões pequenas podem ser ressecadas por endoscopia e acompanhadas semestralmente ou anualmente,

pois quando menores que 1 cm remotamente metastatizam para linfonodos. Critérios de curabilidade em excisões endoscópicas são: tamanho menor que 2 cm, malignidade ausente e hipergastrinemia. Múltiplos tumores pequenos podem ser ressecados endoscopicamente, segundo alguns autores, porém recorrências após excisão endoscópica e lesões grandes requerem antrectomia ou gastrectomia total. A antrectomia completa pode induzir regressão tumoral ao reduzir estimulação pela gastrina¹⁻⁴.

Metástases hepáticas restritas podem ser conduzidas com cirurgias curativas, elevando a sobrevida em cinco anos de 29% para 73%. Ressecções paliativas objetivando amenizar sintomas são indicadas se mais de 90% das lesões neoplásicas puderem ser excisadas².

Derivados da somatostatina utilizados em casos avançados geram palição dos sintomas, ocasional regressão tumoral e maior sobrevida. Tratamentos coadjuvantes (radioterapia, quimioterapia e interferon alfa) são eficazes em metástases hepáticas, metástases multicêntricas ou para remissão sintomática e melhor qualidade de vida².

ABSTRACT

Gastric carcinoid occurs in less than 1% of gastric neoplasias and around 2% of carcinoids tumors. They are classified into three forms: type 1, associated with atrophic gastritis, type 2, associated with multiple endocrine neoplasia 1 and Zollinger Ellison syndrome, and type 3, a sporadic tumor. This study report a case of gastric carcinoid type 1, which manifested with chronic anemia, dyspeptic symptoms and hypergastrinemia. A 44 years old female patient, presented multiple lesions with diameter between 3 and 20 mm, with lymphonodal metastases. A total gastrectomy was performed associated with lymphnodes resection and Y Roux reconstruction (Rev. Col. Bras. Cir. 2005; 32(1): 50-51).

Key words; *Stomach neoplasms; Carcinoid tumor; Carcinoma, neuroendocrine; Gastrectomy.*

REFERÊNCIAS

1. Coelho LGV - Carcinóides gástricos. *Gastroenterol Contemp*, 2001, 5(2):8-10.
2. Fernandes LC, Pucca L, Matos D - Diagnóstico e tratamento de tumores carcinóides do trato digestivo. *Rev Assoc Med Bras*, 2002, 48(1):87-92.
3. Loftus JP, van Heerden JA - Surgical management of gastrointestinal carcinoid tumors. *Adv Surg*, 1995,28:317-336
4. Sculco D, Bilgrami S - Pernicious anemia and gastric carcinoid tumor: case report and review. *Am J Gastroenterol*, 1997, 92(8):1378-1380.

5. Hagarty S, Hüttner I, Shibata H, et al. - Gastric carcinoid tumours and pernicious anemia: case report and review of the literature. *Can J Gastroenterol*, 2000, 14(3):241-245.

Endereço para correspondências:

Rubens Valarini

Rua Max Wolf Filho 242 / 16

Água Verde CEP 80240-090 Curitiba – PR

E-mail: elizianeh@hotmail.com