

CÂNCER GÁSTRICO DE ORIGEM ESTROMAL

GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST)

Florentino José Miranda, TCBC-SP¹; Daniel Carvalho Kallás, TCBC-SP²;
Wilson De Falco³; Laert Noel Ravanini⁴

INTRODUÇÃO

Os tumores estromais gastrintestinais apesar de raros, são as neoplasias mesenquimais mais comuns do tubo digestivo. Estudos atuais de sua histogênese revelaram sua origem estromal, e não muscular, como anteriormente se acreditava. O diagnóstico é feito através da imuno-histoquímica, com pesquisa do CD-117 e o tratamento quimioterápico associado à cirurgia, tem apresentado bons resultados¹. Os autores apresentam um caso de GIST gástrico descoberto após episódio de hemorragia digestiva alta, tratado com sucesso.

RELATO DO CASO

I.M., sexo feminino, 92 anos, branca, internada com hematêmese e melena há um dia, sem instabilidade hemodinâmica, apresentando na endoscopia digestiva alta uma úlcera de corpo gástrico, na vertente posterior da grande curvatura, cuja biópsia endoscópica revelou leiomioma submucoso ou GIST, com teste da urease negativo. Realizado preparo pré-operatório, procedeu-se a laparotomia exploradora na qual se encontrou volumoso tumor na parede posterior do corpo médio do estômago, com crescimento exofítico, invadindo a serosa, medindo 16 x 11 x 8 cm, sem alterações macroscópicas dos linfonodos peri-gástricos. Realizou-se gastrectomia subtotal com linfadenectomia à D1 e reconstrução em Y de Roux. Apresentou boa recuperação, realimentada no quarto dia e recebeu alta no sexto dia pós-operatório.

O exame anátomo-patológico nas colorações de rotina demonstrou: neoplasia de células fusiformes, com possibilidades diagnósticas de leiomiossarcoma de baixo grau ou tumor estromal gastrintestinal. Solicitado exame imunohistoquímico, que revelou positividade para anticorpos CD 117 (*c-kit*) e CD 34.

DISCUSSÃO

Os tumores estromais gastrintestinais são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrintestinal. Anteriormente denominadas de neoplasias de

músculo liso, leiomiomas, leiomiossarcomas e leiomioblastomas (Stout, 1940), com o advento da microscopia eletrônica na década de 70, apenas alguns destes tumores mostravam evidências de sua origem muscular^{2,3}.

Na década de 80, com as técnicas imuno-histoquímicas, Mazur e Clark introduziram o termo mais genérico de tumores estromais, motivados também pela histogênese nem sempre muscular dessas neoplasias. Esses mesmos autores encontraram antígenos específicos da crista neural (proteína S-100) demonstrando outra possível origem histológica².

Nos anos 90, já havia um consenso das possíveis origens miogênicas, neurais e de linhagens bidirecionais dessas células. Marcadores mais específicos como o CD 34 começaram a ser disponibilizados, porém apenas 60 a 70% dos GISTs expressam tal proteína².

A origem específica destes tumores só foi realmente esclarecida com a identificação de um receptor transmembrânico chamado C- KIT (CD 117), um marcador específico e sensível das chamadas células de Cajal, que atuam como marcapassos do trato gastrintestinal. Estas células são consideradas o pólo normal das células neoplásicas que compõem os GISTs^{3,4}.

Dessa forma, o diagnóstico de GIST na prática diária deve ser suspeitado nos casos de tumores de células fusiformes, descobertos incidentalmente, ou após episódios de hemorragia digestiva, cujo exame histológico demonstre neoplasia fusocelular. Para a confirmação do diagnóstico é mandatório o exame imuno-histoquímico com pesquisa do CD 117 (*c-kit*). Pacientes que apresentarem positividade para tal marcador podem ser submetidos, além do tratamento cirúrgico (nos casos ressecáveis) ao uso do Imatinib (STI- 571), um inibidor seletivo da Tirosoquinase, droga inicialmente usada para o tratamento da leucemia miéloide e que mostrou bons resultados no controle dos GISTs. No presente caso, os autores optaram por não usar tal medicamento devido à idade avançada e às condições clínicas da paciente.

Com relação à localização anatômica no tubo digestivo, o caso apresentado condiz com a literatura, que descreve 50 a 60 % dos casos no estômago, 20 a 30 % no delgado,

1. Cirurgião Geral da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, São Paulo.

2. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, São Paulo.

3. Cirurgião Geral e Coloproctologista da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, São Paulo.

4. Patologista do Serviço Integrado de Patologia de Mogi Mirim, São Paulo.

Recebido em: 20/01/2006

Aceito para publicação: 26/03/2006

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim, São Paulo – SP.

10% no cólon, 5% no esôfago e até 5% em outras localizações como omento, retroperitônio e mesentério^{2,5}.

As manifestações clínicas mais comuns dos GISTs são a hemorragia digestiva alta, dor abdominal, massa palpável e quadros de perfuração e ou obstrução².

A ressecção cirúrgica permanece como principal tratamento para os casos não metastáticos, sendo que a linfadenectomia regional pode ser evitada uma vez que sua disseminação linfática é rara. Por outro lado, a taxa de recorrência em pacientes com doença localizada é de 35 % e, nos casos localmente avançados ou disseminados, chega a 90 %².

Os critérios prognósticos destes tumores ainda não foram totalmente esclarecidos, porém já existe na literatura um consenso que o tamanho do tumor (> 5,0 cm), índice mitótico (> 5 / 10 campos de grande aumento), infiltração locoregional e presença de metástases à época do diagnóstico podem prever um comportamento mais agressivo da doença¹.

Dessa forma, trata-se de uma doença já conhecida, porém de grande interesse ao cirurgião geral, pois, a constante atualização de conhecimentos (e não só de nomenclatura) permite conhecer as formas mais precisas de diagnóstico e oferecer ao paciente um tratamento moderno e mais eficaz.

ABSTRACT

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST), despite rare, is the most common digestive tract mesenchymal tumor. Modern histogenesis studies have shown its stromal origin and not a muscular origin as it had been believed before. Diagnosis is made through immunohistochemical studies (CD- 117) and treatment is achieved with surgery followed by chemotherapy and has good results. The authors describe a case of gastric GIST discovered after upper gastrointestinal bleeding presentation, and treated successfully (Rev. Col. Bras. Cir. 2008; 35(3): 212-213).

Key words: *Gastrointestinal stromal tumors; Mesenchimal tumors; Gastric neoplasms.*

REFERÊNCIAS

1. Roberts PJ, Eisenberg B. Clinical presentation of gastrointestinal stromal tumors and treatment of operable disease. *Eur J Cancer.* 2002; 38 Suppl 5:S37-8.
2. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol.* 2002; 33(5):459-65.
3. O'leary T, Berman JJ. Gastrointestinal stromal tumors: answers and questions. *Hum Pathol.* 2002; 33(5):456-8.
4. Demetri GD. Identification and treatment of chemoresistant inoperable or metastatic GIST: experience with the selective tyrosine kinase inhibitor imatinib mesylate (STI571). *Eur J Cancer.* 2002; 38 Suppl 5:S52-9.
5. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnosis criteria of gastrointestinal stromal tumors (GISTs): a review. *Eur J Cancer.* 2002; 38 Suppl 5:S39-51.

Como citar este artigo:

Miranda FJ, Kallás DC, Falco W, Ravanini LR. Câncer gástrico de origem estromal: relato de caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2008; 35(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Daniel Carvalho Kallás
Rua Maestro Azevedo, 23, Centro
13800-200 - Mogi Mirim - SP
Fone: 19 - 3862 1542.
E-mail: daniel.kallas@terra.com.br