

GIST DE DUODENO

ELIAS JIRJOSS ILIAS, PAULO PITTELLI, ROGÉRIO CURY, KARINA MANDELLI

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital Geral de Pedreira

Figura 1 - Corte de TC mostrando massa tumoral abdominal

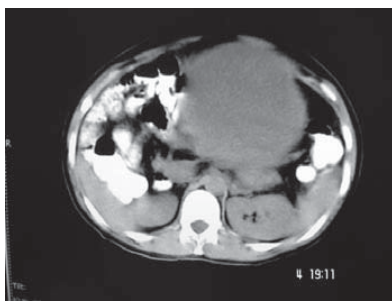


Figura 2 - Corte de TC com grande massa tumoral abdominal

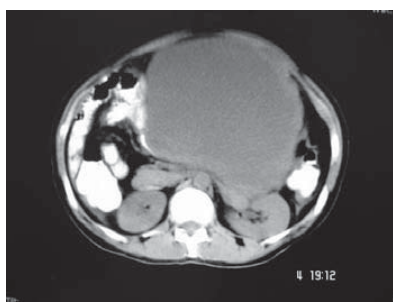


Figura 3 - Laparotomia com grande massa tumoral epigástrica



Figura 4 - Massa tumoral ligada à terceira porção do duodeno

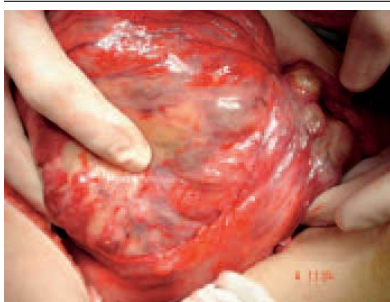


Figura 5 - Massa tumoral ressecada



Paciente do sexo feminino, 44 anos, nascida e procedente de São Paulo, professora. Procurou o nosso serviço com queixa de aumento do volume abdominal havia três meses, sem dor ou emagrecimento. Tinha como antecedente uma exeresse de melanoma em perna direita havia oito anos com linfadenectomia inguinal direita. Apresentava-se bem ao exame físico, com abaulamento abdominal que ocupava todo o abdômen desde o epigástrico até o hipogástrico.

O ultra-som de abdômen mostrou massa sólida com componente líquido de contornos regulares medindo 19x19x12 cm.

A TC de abdômen mostrou tumoração de contornos regulares sem origem definida com líquido no interior com as mesmas dimensões do ultra-som.

Indicada a laparotomia exploradora, pela qual encontrou-se tumor sólido abdominal que invadia o retroperitônio e era ligado à borda antimesentérica da terceira porção do duodeno.

Realizada a exeresse da lesão com secção da ligação duodenal com grampeador linear com margem de segurança (1 cm).

A paciente teve boa evolução, com alta no oitavo dia pós-operatório.

O exame anatomopatológico mostrou tumor de aproximadamente 20 cm de diâmetro na macroscopia. A microscopia mostrou tratar-se de neoplasia fusocelular cística de baixo potencial de malignidade com focos de necrose. A imunoistoquímica demonstrou tumor estromal gastrointestinal (GIST) com antígeno positivo para neoplasia com origem em duodeno.

GIST são neoplasias raras que se originam das células de Cajal e expressam a proteína c-kit. Sua incidência é de 14,5 casos por milhão de habitantes. Quanto à localização anatômica, são mais frequentes no estômago (40% a 70% dos casos), seguido do intestino delgado e duodeno (20% a 40%), e são raros no esôfago e no cólon. Seu tratamento é cirúrgico, basicamente sem linfadenectomia e uma pequena margem de segurança de 1 a 2 cm é suficiente. A doença residual pode ser tratada com o mesilato de Imatinib. As recidivas podem ser tratadas cirurgicamente. Novas drogas estão sendo estudadas para o tratamento quimioterápico dos GIST.

Referência

Lourenço LG. Tumores estromais gastrointestinais: In Câncer Gástrico. São Paulo: Editora Tecmed; 2005. p. 303-10.