

RELATO DE CASO

Tumor Carcinóide - Relato de Caso. *Case Report: Carcinoid Tumor*

Fernanda C. Kronka¹; Fernanda B. Miduati¹; Fábio F. Quagliato¹; José R.B. Gallo²; Paulo C. Espada³; André L. Baitello³; Roberto K. Yagi³; Rodrigo F. Echevinia³; José C. Palchetti³.

¹Acadêmicos do 6º ano de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP; ²Médico Residente do 2º ano do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto; ³Médico do Serviço de Cirurgia de Emergência e do Trauma.

Resumo Os tumores carcinóides são pouco comuns e de difícil diagnóstico, apresentando-se de diversas formas clínicas, como obstrução intestinal e outras, ou achados incidentais no intra-operatório. São tumores primários do intestino delgado e fazem parte do grupo dos tumores neuroendócrinos. Por serem malignos, devem ser submetidos à ressecção cirúrgica, apesar da relativa lentidão de crescimento e de metastatização comparados às neoplasias epiteliais. O presente artigo relata um caso de tumor carcinóide no intestino delgado que se manifestou como abdome agudo obstrutivo sem causa aparente e foi diagnosticado no intra-operatório.

Palavras-chave Tumor Carcinóide; Tumores Neuroendócrinos; Abdome Agudo.

Abstract Carcinoid tumors are uncommon and difficult to diagnose. They present with varying clinical forms including intestinal obstruction and may be discovered due as incidental findings in the intra-operative period. They are primary tumors of the small intestine and are part of the group of neuroendocrine tumors. As they are malignant, they should be surgically resected, even though their evolution is relatively slow and metastatization comparative to epithelial neoplasias. The current article reports on a case of a carcinoid tumor of the small intestines that manifested as acute obstructive abdomen without any apparent cause and was diagnosed in the inter-operative period.

Keywords Carcinoid Tumor; Neuroendocrine Tumors; Acute Abdomen.

Introdução

Os tumores primários de intestino delgado têm baixa frequência e seu diagnóstico é, muitas vezes, no intra-operatório, por se apresentarem como obstrução intestinal ou achado incidental^{1,2}. Este artigo tem como objetivo relatar um caso de tumor primário de intestino delgado, especificamente tumor carcinóide, cuja incidência tem aumentado nos últimos vinte anos³.

Relato de caso

AMSM, sexo feminino, 70 anos, negra, casada, natural de Potirendaba e procedente de São José do Rio Preto – SP, foi atendida no serviço de emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com história de dor abdominal em cólica, difusa, associada à parada de eliminação de fezes e flatos há 6 dias. Referia dois episódios de vômitos de conteúdo alimentar no dia anterior.

Apresentava antecedentes de hipertensão arterial, miomatose uterina e cirurgia para correção de prolapso uterino grau II. Relatava desconforto abdominal há um mês, de fraca a moderada intensidade, mal caracterizado e predominantemente em flanco esquerdo. Queixava-se ainda de perda do apetite, queda do estado geral, constipação e emagrecimento que não sabia quantificar. Ao exame físico, a paciente encontrava-se com o

abdome distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, percussão timpânica e dolorosa difusamente, sem sinais de irritação peritoneal ou massas palpáveis.

A radiografia abdominal mostrou sinais de suboclusão intestinal, respondendo bem ao tratamento clínico inicial. A paciente evoluiu com melhora da distensão abdominal, apresentando evacuações espontâneas e ausência de novos episódios de vômitos mesmo após a reintrodução da dieta. Foi submetida à ultra-sonografia e à tomografia computadorizada de abdome que não evidenciaram presença de massas e outras alterações. Ainda durante a internação foram realizadas endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sem evidências patológicas. Recebeu alta hospitalar no oitavo dia de internação com programação de retorno ambulatorial para seqüência da investigação diagnóstica.

Após quatro dias da alta, a paciente procurou novamente a emergência com intensa distensão e dor abdominal, associada a vômitos fecalóides e rebaixamento do nível de consciência. Encontrava-se em mau estado geral, desidratada, descorada, dispnéica e taquicárdica. Os ruídos abdominais estavam ausentes e apresentava sinais sugestivos de irritação peritoneal. Os exames iniciais revelaram leucocitose (33.800/ml), plaquetopenia (39.000/ml), anemia (Hb = 6,9g/dl) e sinais de

Não há conflito de interesse.

insuficiência renal aguda (creatinina = 1,4mg/dl e uréia = 179mg/dl). Foram tomadas medidas clínicas compensatórias e a paciente foi submetida à laparotomia exploradora.

Durante o procedimento cirúrgico foi identificada tumoração, localizada em segmento jejunal, distando aproximadamente 200 cm do “ângulo de Treitz”, com crescimento concêntrico em direção à luz intestinal e obstrução desta, com dilatação de alças à montante e alças normais à jusante. Foi realizada uma enterectomia com ressecção de 10 cm de jejuno com êntero-ênteroanastomose e sutura mecânica. Evoluiu com sangramento no local da anastomose, sendo submetida à cirurgia para nova enterectomia e êntero-êntero-anastomose. Houve boa evolução no pós-operatório e a paciente recebeu alta hospitalar quatro dias após a segunda intervenção cirúrgica.

A análise pela patologia revelou “úlcera mucosa com necrose e processo inflamatório agudo, transmural, em região de anastomose entérica, enterite crônica inespecífica e peritonite crônica”. O exame microscópico da peça cirúrgica revelou “tumor carcinóide invasivo até a serosa, unifocal, com 2,0 cm em seu maior diâmetro, invasão sangüínea e linfática com margens livres” e o painel imunoistoquímico foi compatível com neoplasia neuroendócrina.

A paciente permanece assintomática e em acompanhamento ambulatorial no Instituto do Câncer do Hospital de Base de São José do Rio Preto (INCA HB), com consultas mensais durante 6 meses e trimestrais por um ano. Serão realizados exames de controle periodicamente como colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome. Receberá alta depois de completados 5 anos de consultas anuais, se não apresentar sinais de recidiva do tumor.

Discussão

Os tumores primários de intestino delgado são pouco comuns, representando menos de 10% dos tumores gastrintestinais⁴. Dentre os tumores primários de intestino delgado, destaca-se o tumor carcinóide.

Os tumores carcinóides fazem parte do grupo dos tumores neuroendócrinos, cujas células de origem são integrantes do sistema APUD (*amino precursor uptake and decarboxylation*)⁵. Vários parâmetros preditivos independentes podem ser

definidos para a história natural do tumor carcinóide: tamanho, sítio de origem, padrão de crescimento e dependência hormonal^{7,8}. Os tumores carcinóides têm predomínio no sexo masculino, em afro-descendentes, com idade média de 56 anos^{3,9}. Sua incidência tem aumentado, em parte, pelo desenvolvimento dos métodos diagnósticos e melhora do conhecimento³.

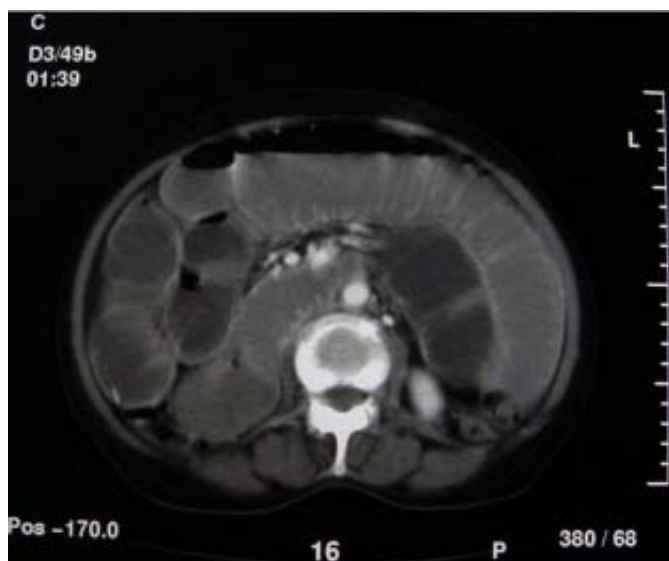
Os tumores carcinóides do intestino delgado representam um terço dos carcinóides do trato gastrintestinal, sendo um terço metastático, um terço sincrônico com um segundo tumor primário e um terço, múltiplo¹⁰. São geralmente muito pequenos e incidem com maior frequência na parte terminal do íleo¹. O tumor carcinóide localizado no íleo é o mais comum (10-23%)^{1,6}. Conforme relatado, as primeiras manifestações fazem parte de uma síndrome suboclusiva ou oclusiva em consequência do tamanho do tumor e/ou à fibrose mesentérica, podendo também ocorrer dor abdominal recorrente e intussuscepção^{1,5,11}. Sintomas menos específicos são astenia, anorexia e perda de peso², também apresentados pela paciente.

Manifestam-se também pelos sinais à distância, por metástases hepáticas e por sinais resultantes de secreção de substâncias de ação hormonal que irão provocar a síndrome carcinóide, caracterizada por flush facial e de tronco superior, prurido, diarreia, palpitações e edema conjuntival⁵.

À exceção dos tumores primários pulmonares e de ovário, essa síndrome raramente ocorre na ausência de metástase hepática¹⁰. A presença de metástase está diretamente relacionada ao tamanho do tumor primário. Lesões menores de 1,0 cm apresentam 6% de metastatização e lesões maiores de 2,0 cm, 70%¹³. O acometimento do linfonodo também tem relação com o tamanho do tumor¹. Esses tumores tendem a crescer extraluminalmente, infiltrando-se na parede intestinal, nos vasos linfáticos e, com o tempo, nos gânglios linfáticos regionais e no mesentério, por isso as características radiológicas de alças intestinais separadas, fixas e anguladas com estenoses difusas¹². (Figuras 1 e 2)

O diagnóstico geralmente é firmado pela histopatologia, já que o estudo radiológico é, na maioria das vezes, inconclusivo quanto à etiologia.⁵ Alguns exames são úteis para o diagnóstico, como a endoscopia digestiva alta, a colonoscopia, a tomografia computadorizada abdomino-pélvica e a dosagem do ácido

Figuras 1 e 2: Cortes transversais de abdome mostrando distensão de alças intestinais, níveis hidroaéreos e edema de parede.



hidroxi-indolacético em urina de 24 horas (superior a 30 mg/24h)^{2,5,10}. No caso descrito, todos os exames realizados não evidenciaram ou mesmo suspeitaram do tumor carcinóide. O diagnóstico foi intra-operatório. A paciente encontrava-se com abdome agudo obstrutivo sem causa aparente.

Este caso estimulou a equipe médica a rediscutir a conduta adotada diante de pacientes com abdome agudo obstrutivo e de causa aparentemente mecânica. A paciente em questão não apresentava hérnia no exame físico e não tinha cirurgia prévia. A melhora do quadro clínico da paciente permitiu a investigação com exames complementares da causa da obstrução intestinal. O laudo tomográfico foi de leve distensão do intestino delgado e não evidenciou ponto de *stop* com a ingestão de contraste oral. A presença de endoscopia digestiva alta e baixa sem alterações, juntamente com a melhora clínica, determinou alta hospitalar e condução do caso no ambulatório de cirurgia geral.

O retorno da paciente com sinais de sepse e oclusão intestinal, com risco de morte, determinou a indicação de laparotomia exploradora. Talvez a laparotomia exploradora neste tipo de paciente deva ser indicada mesmo com a melhora clínica e com exames complementares sem alterações.

Os tumores carcinóides são malignos e devem ser submetidos à ressecção cirúrgica, apesar da baixa velocidade de crescimento e de metastatização¹. No caso relatado, os exames solicitados não evidenciaram nenhuma alteração, sendo o diagnóstico realizado no intra-operatório.

A evolução do tumor carcinóide é lenta e os fatores prognósticos estão relacionados à existência de metástases. A ressecção é a conduta curativa e se o tumor primário é localizado e ressecável, como no caso apresentado, a taxa de sobrevida em 5 anos varia de 70 a 90%¹⁰.

Agradecimento:

Agradecemos David Andrew Hewitt pelo auxílio prestado na realização deste trabalho.

Referências bibliográficas

1. Fernandes LC, Pucca L, Matos D, Diagnóstico e tratamento de tumores carcinóides do trato digestivo. Rev Assoc Med Bras 2002 jan./mar.;48(1):87-92.

2. Valera J. MM, Maiza R. E, Contreras M. L, Smok S. G. Tumores de intestino delgado: experiência de 11 años en un centro de referencia. Gastroenterol Latinoam 2004;15(3):180-5.

3. Memon MA, Nelson H. Gastrointestinal carcinoid tumors: current management strategies. Dis Colon Rectum 1997 Sep.;40(9):1101-18.

4. Aiello Crocifoglio V, Flores Flores G, Onate Ocaña LF, Mondragon Sánchez R, Ruiz Molina JM, Teran Porcayo MA. Tumors of the small intestine. Rev Gastroenterol Méx 1997 Jul./Sep.;62(3):167-74.

5. Raut CP, Kulke MH, Glickman JN, Swanson RS, Ashley SW. Carcinoid tumors. Curr Probl Surg 2006;43(6):383-450.

6. Vaena DA. Tumores carcinóides e síndrome carcinóide: conceitos e inovações. Rev Resid Méd 1998 jul./set.;1(3). [citado 2mm6 fev. 21]. Disponível em: http://www.medstudents.com.br/residencia_medica/vol01n01/vaena.htm

7. Creutzfeld W. Carcinoid tumors: development of our knowledge. World J Surg 1996;20(2):126-31.

8. Modlin IM, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. Cancer 1997;79(4):813-29.

9. Bandres D, Yanes E, D'Escrivan G, Ramírez A, Ruiz R. Tumor carcinóide: evolución y seguimiento a largo plazo: experiencia multicéntrica. GEN 2001 oct./dic.;55(4):207-12.

10. Martin Mazure R. Paciente com síndrome de suboclusão intestinal. Acta Gastroenterol Latinoam 2005 Mar.;35(1):4, 73.

11. de la Torre Martínez G, Torres Valadez F, Magaña Sánchez I, Barreda Gaxiola MA. Carcinoma de intestino delgado: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Sanid Mil 1997;51(2):120-1.

12. Makridis C, Oberg K, Juhlin C, Rastad J, Johansson H, Lörelius LE et al. Surgical treatment of mid-gut carcinoid tumors. World J Surg 1990;14(3):377-85.

13. Zeitels J, Naunheim K, Kaplan EL, Straus F. Carcinoid tumors: a 37-year experience. Arch Surg 1982;117(5):732-7.

Correspondência:

Paulo César Espada

Rua Cila,3536, ap.82

15015-800 - São José do Rio Preto - SP

Tel: (17)9125-9132

e-mail: pespada@terra.com.br
