

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CCM- CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**TUMOR DO ESTROMA GASTRINTESTINAL (GIST) DE INTESTINO
DELGADO: RELATO DE CASO**

Aluna: Vanessa Rodrigues Costa

Orientador: Prof. Marcelo Gonçalves Sousa

JOÃO PESSOA

2015

Revista Científica: Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

TUMOR DO ESTROMA GASTRINTESTINAL (GIST) DE INTESTINO

DELGADO: RELATO DE CASO

Vanessa Rodrigues Costa ¹ ; Marcelo Gonçalves Sousa ²

1. Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba.
2. Professor do Departamento de Cirurgia do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba.

ABSTRACT

The GIST comprises 1% of the primary tumors of the gastrointestinal tract and are mesenchymal tumors that originate from the interstitial cells of Cajal located in the myenteric plexus. They have different clinical presentation. The prognosis of these tumors depends on the tumor size and mitotic index. Surgery is the only curative option for patients with this cancer.

Key words: Gastrointestinal stromal tumors; Mesenchymal tumors; Gastrointestinal neoplasm

INTRODUÇÃO

O GIST compreende 1% dos tumores primários do trato gastrointestinal. Apesar de raro, consiste no grupo mais comum de neoplasias de origem mesenquimal que afeta o tubo digestivo, sendo o estômago o órgão mais acometido (1,3).

RELATO DO CASO

RCF, 72 anos, apresentando história de distensão abdominal, saciedade precoce e anorexia há um mês. TC de abdome e pelve revelava volumosa formação expansiva sólida cística localizada na região abdominal estendendo-se desde o hilo hepático até a pelve. TC de tórax e colonoscopia normais. Optou-se por uma abordagem cirúrgica, sendo a paciente submetida a uma laparotomia exploradora que identificou tumoração exofítica no intestino delgado há +- 15 cm do ângulo de Treitz (figura 1) e presença de múltiplos nódulos no omento (figura 2), que foram enviados para congelação. A biópsia intraoperatória sugeriu implantes neoplásicos de provável origem sarcomatosa. Realizada ressecção macroscópica completa do tumor com enteroenteroanastomose associada à omentectomia maior. O exame anatomopatológico revelou um Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) de alto grau (G2), de padrão fusocelular, medindo 30,0 cm em seu maior eixo, comprometendo parede de segmento de intestino delgado (camadas muscular própria e serosa) com índice mitótico de 8 mitoses / 50 cga e presença de

implante neoplásico em omento. Margens cirúrgicas maior e menor do segmento intestinal livres de neoplasia e linfonodos adjacentes ao omento livres de comprometimento neoplásico. O perfil Imunohistoquímico revelou positividade para CD-117, sendo consistente com o diagnóstico de GIST. A paciente seguiu em tratamento adjuvante com Gleevec, na dose de 400mg/dia. Evolui com estabilidade clínica, apresentando boa tolerabilidade à droga, com a presença ocasional de edema periorbital e diarreia. Segue sem sinais de recorrência da doença aos exames clínico e de imagem após um ano e meio de seguimento.



Figura 1- Tumoração em intestino delgado de crescimento extraluminal

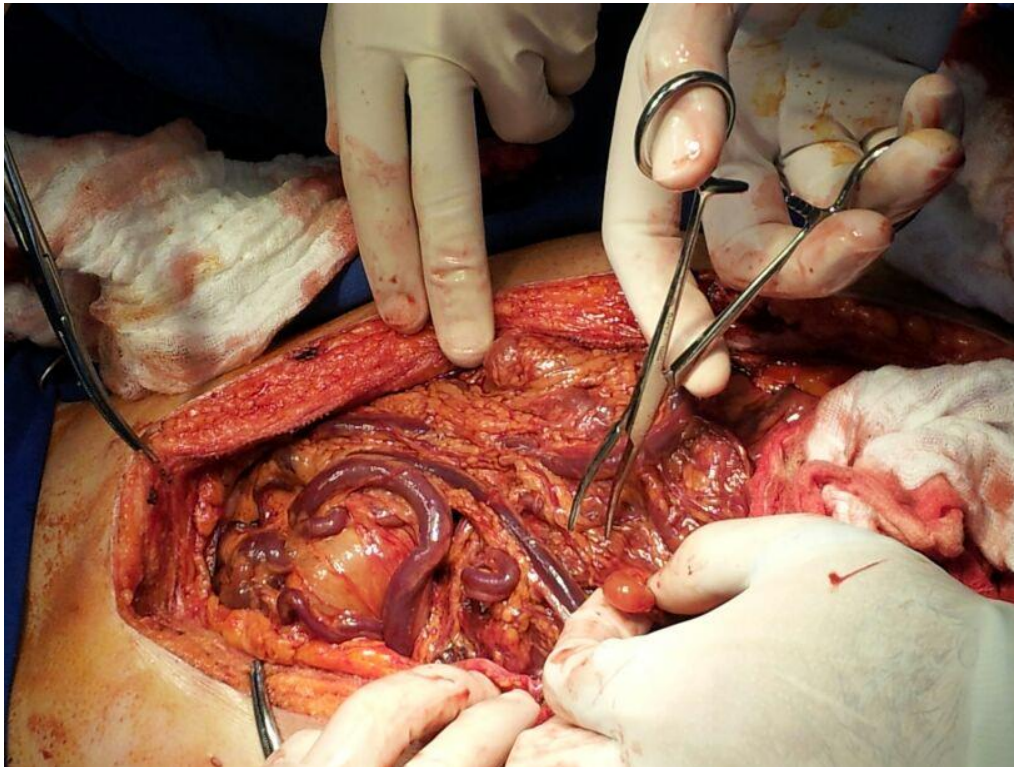


Figura 2- Implante neoplásico encontrado durante o inventário da cavidade

DISCUSSÃO

Os GISTs são tumores mesenquimais que se originam das células intersticiais de Cajal localizadas no plexo mioentérico (1). Apesar de ser a neoplasia não epitelial mais comum envolvendo o trato GI, constituem apenas 1% dos cânceres gastrintestinais primários (2,3), sendo a incidência anual de GIST nos EUA estimada em 7 a 20 casos por milhão de habitantes por ano. Podem ocorrer em qualquer local do TGI, mas são mais comuns no estômago (40 a 60%) e jejuno/íleo (25 a 30%), sendo o duodeno (5%), colorreto (5 a 15%) e esôfago (<1%) locais de acometimento menos prováveis. O comportamento clínico dos tumores desse grupo é bastante variável, mas, na maioria das vezes, estão associados com sintomas inespecíficos. O diagnóstico é baseado na imunohistoquímica, em que os GIST apresentam expressão quase universal

do antígeno CD117 (KIT), em contraste com as verdadeiras neoplasias do músculo liso (leiomiomas, leiomiossarcomas) e outros tumores de células fusiformes do trato GI, que são tipicamente CD117 negativos. A morfologia celular do GIST pode variar entre tipo fusiforme (70%), epitelióide (20%) e misto (10%). O tamanho do tumor, a taxa mitótica e a localização são os principais determinantes prognósticos (4). No caso apresentado, temos um tumor de mal prognóstico, devido à presença de volumosa massa, índice mitótico elevado e localização no intestino delgado. As metástases ocorrem geralmente para fígado e peritônio, sendo raras para linfonodos regionais. O tratamento padrão para pacientes com GIST é a cirurgia, que representa a única possibilidade potencialmente curativa do paciente. Apesar da ressecção completa, apenas cerca de metade dos casos permanecem cinco ou mais anos livres de recorrência, daí a necessidade do tratamento adjuvante. A grande droga para esse tipo de neoplasia é o imatinib (Gleevec), inibidor de tirosina quinase, sendo utilizada para terapia adjuvante/neoadjuvante, pois é capaz de reduzir as chances de recidiva local e de metástase à distância, prolongar o intervalo livre de doença e a sobrevida global, aumentar o número de casos irresssecáveis elegíveis para ressecção (redução tumoral farmacológica) e otimizar a resposta após citorredução cirúrgica (5). No relato em questão, o uso do Gleevec, não foi possível antes da cirurgia, tendo em vista que o diagnóstico se deu apenas no intra e pós operatório, sendo a paciente beneficiada com a adjuvância. Uma dose diária de 400mg por dia é a abordagem usual, embora algumas diretrizes, a depender do risco do tumor, recomendem 800mg por dia. O seguimento pós tratamento geralmente é feito a cada 3 a 6 meses, durante cinco anos, em seguida, anualmente.

REFERÊNCIAS

1. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, Miettinen M, O'Leary TJ, Remotti H, Rubin BP, Shmookler B, Sobin LH, Weiss SW. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33(5):459-65.
2. Machairas A, Karamitopoulou E, Tsapralis D, Karatzas T, Machairas N, Misiakos EP. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): an updated experience. *Diag Surg* 2010; 55(12):3315-27.
3. Krajinovic K, Germer CT, Agaimy A, Wünsch PH, Isbert C. Outcome after resection of one hundred gastrointestinal stromal tumors. *Diag Surg* 2010; 27(4):313-9.
4. Leal Isabel Irene Rama, Queiroz Herbeth Franco, Almendra Thiago Santos Lima, Pereira Andréia Reis, Ribeiro-Faria Elson Roberto. Tumor do estroma gastrintestinal (GIST): relato de caso. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2011 Feb [cited 2015 May 21]; 38(1): 79-80.
5. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors--definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001; 438:1.