

## Leiomioma gástrico gigante tratado por gastrectomia

Gastric resection for treatment of giant gastric leiomyoma

Unitermos: leiomioma, leiomioma gástrico, leiomioma gigante, cirurgia.

Uniterms: leiomyoma, gastric leiomyoma, giant leiomyoma, surgery.

### RESUMO

Os autores apresentam um caso raro de leiomioma gástrico gigante tratado por gastrectomia. Discutem a importância do diagnóstico, bem como as opções de tratamento.

### INTRODUÇÃO

Entre os diferentes tipos de tumores gástricos benignos, somente o leiomioma é encontrado mais frequentemente. São tumores da linhagem não epitelial originados da musculatura lisa e constituem de 1% a 2% de todos os tumores gástricos. A maioria deles são pequenos e sem significado clínico, acometendo pacientes entre 30 e 70 anos de idade, sem predileção por sexo. Estes tumores têm sido observados em qualquer parte do estômago<sup>(3,9,11)</sup>.

Não há sinais patognomônicos de leiomioma gástrico, entretanto, estes podem apresentar hemorragia (hematêmese ou melena), dor e desconforto abdominal, massa palpável, perda de peso e dispepsia. O diagnóstico através da tomografia computadorizada dessas lesões tem sido útil para diferenciar de doença maligna<sup>(1,3)</sup>.

Para os leiomiomas gástricos sintomáticos, o tratamento de escolha é a remoção endoscópica ou cirúrgica destes tumores. No caso de leiomioma gigante, em particular quando a biópsia endoscópica é inconclusiva, a gastrectomia subtotal deve ser considerada para se obter margem de segurança na ressecção, uma vez que o diagnóstico diferencial com leiomiossarcoma nestas situações nem sempre é possível<sup>(4,5,8,10,11)</sup>. Pre-

tendemos neste estudo apresentar um caso de paciente com leiomioma gástrico gigante submetido a gastrectomia subtotal.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 48 anos, foi atendida no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra queixando-se de epigastralgia há oito meses e plenitude gástrica há seis meses que se acompanhava de vômitos esporádicos. Negava febre, anorexia ou perda de peso e não apresentava história anterior semelhante ou alguma forma de tratamento clínico ou cirúrgico. Ao exame físico se apresentava com estado geral e nutricional bom e sinais vitais normais. O exame do abdome mostrava massa abdominal palpável no epigastro, móvel, indolor, de aproximadamente 15 cm.

A paciente realizou ultra-sonografia abdominal que evidenciou presença de massa na região epigástrica em continuidade com o estômago, de aproximadamente 20 cm de extensão. Demais órgãos abdominais normais. Realizou endoscopia digestiva alta que revelou esôfago normal, enquanto que no estômago mostrava massa heterogênea de aproximadamente 23 cm ocupando o corpo gástrico, próximo a pequena cur-

### Orlando Jorge Martins Torres

Professor adjunto-doutor; coordenador do Programa de Residência em Cirurgia Geral e da Disciplina de Clínica Cirúrgica III - UFMA.

### Waston Gonçalves Ribeiro

Residente de Cirurgia Geral - UFMA.

### Tereza Cristina Monteiro de Melo

Eliane Lopes Macedo

Paulo Márcio Sousa Nunes

Érica Regina Gomes Picciani

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

### Arquimedes Vale

Serviço de Endoscopia Digestiva - UFMA.

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

### Endereço para correspondência:

Orlando Torres - Rua Ipanema, 01 - Ed. Luggano Bloco 01 / 204 - São Francisco - CEP 65076-060 São Luís - MA.

vatura e o diagnóstico endoscópico inicial foi de lesão gástrica benigna; na ocasião foi realizado biópsia da lesão. O laudo anatomopatológico demonstrava leiomioma gástrico.

Após realização de exames de rotina pré-operatória a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. A antibioprofilaxia foi feita na indução anestésica com 2 g de cefalotina endovenosa. A cirurgia constituiu em gastrectomia parcial com ressecção da lesão com margem de segurança de 2 cm e reconstrução com sutura em plano único, utilizando fio de algodão 2.0. A paciente permaneceu com sonda nasogástrica por 48 horas e sonda vesical por 12 horas e iniciou dieta líquida no terceiro dia

do período pós-operatório. Recebeu alta hospitalar no quarto dia do período pós-operatório. Orientada para iniciar dieta livre no sexto dia do período pós-operatório. Paciente retornou para controle no 18º dia de pós-operatório sem queixas e o resultado do exame histológico da peça cirúrgica confirmou leiomioma gástrico.

## DISCUSSÃO

Os tumores da musculatura lisa do trato gastrointestinal apresentam particularidades em sua avaliação<sup>(9,11)</sup>. O estudo de Petrov e col. de 816 pacientes operados devido a tumores gástricos, observou 55 tumores não epiteliais, em que os leiomiomas, lipomas e neurinomas foram observados em 11 pacientes<sup>(8)</sup>.

Os leiomiomas são lesões benignas raras; sua incidência no trato gastrointestinal alto é de 1% de todos os tumores do estômago<sup>(9,11)</sup>. Podem ser assintomáticos, observados em achados endoscópicos ou apresentar manifestações clínicas como epigastria e sangramento digestivo, como hematêmese ou mais frequentemente melena<sup>(3)</sup>. Estas características clínicas também têm sido observadas em crianças ou até mesmo hemorragia gástrica severa<sup>(1,3)</sup>.

Por ser o leiomioma gástrico muitas vezes de difícil diagnóstico diferencial com o leiomioblastoma maligno, a tomografia computadorizada tem sido utilizada para permitir o diagnóstico pré-operatório, planejando, conseqüentemente, o tratamento cirúrgico<sup>(2,6)</sup>. A tomografia computadorizada toma como base o comportamento anatômico, infiltração da gordura mesentérica, calcificação, ulceração, linfadenopatia regional, invasão direta e metástases distantes. No estu-

do de Chun e col.<sup>(2)</sup>, além das características de invasão direta e metástase distante que sugere malignidade, os estudos através do CT fornecem resultados de malignidade com significância estatística se forem incluídos na avaliação o tamanho da lesão (> 5 cm), contorno lobulado, infiltração da gordura mesentérica, ulceração, linfadenopatia regional e padrão de crescimento exófito. Os autores observaram 89% de sensibilidade, 85 % de especificidade e 87% de acurácia para o diagnóstico de leiomiossarcoma.

A tomografia tridimensional (3D - CT) apresenta acurácia para lesões gástricas semelhante à demonstrada pela endoscopia. Conhecida como endoscopia virtual, apresenta o potencial de substituir os estudos com o bário<sup>(7)</sup>.

Apesar do tratamento do leiomioma gástrico poder ser realizado perfeitamente por laparoscopia ou a associação de laparoscopia e endoscopia, muitas vezes o seu relacionamento com estruturas adjacentes e a possibilidade de doença maligna impedem este tipo de tratamento<sup>(4,5,10)</sup>. Pela extensão da lesão tumoral e a pouca experiência com a cirurgia laparoscópica para esta finalidade, preferimos realizar a ressecção tumoral de forma convencional. Alguns autores preferem a ressecção do tumor à enucleação quando não está definido o padrão histológico do tumor.

Observamos que a ressecção laparoscópica combinada à endoscopia foi realizada somente em pacientes com tumores de diâmetro inferior a 5 cm, o que não se aplicava à nossa paciente<sup>(4,5)</sup>. Concluímos que o leiomioma permite a localização precisa da lesão. Devido ao tamanho do leiomioma gástrico, nas proporções observadas no presente estu-

do, é condição incomum e seu tratamento cirúrgico se justifica por apresentar complicações como hemorragia digestiva e por seu diagnóstico diferencial com o leiomiossarcoma ser dificultado no pré-operatório.

## SUMMARY

*The authors present a rare case of giant gastric leiomyoma underwent to gastrectomy. They discuss the diagnostic and therapeutic considerations.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberti, P., Pruneri, U., Bianchi, P. & Cerra, V. – Rara causa di sanguinamento gastrico: il leiomioma. *Minerva Chir.* 51: 779-783, 1996.
2. Chun, H.J., Byun, J.Y., Chun, K.A., Rha, S.E., Jung, S.E., Lee, J.M., & Shinn, K.S. – Gastrointestinal leiomyoma and leiomyosarcoma: CT differentiation. *J Comput Assist Tomogr.* 22: 69-74, 1998.
3. Falsitta, M., Bongiorno, D., Mauri, A., Nova, A & Villa, C. – Grosso leiomioma gástrico sintomático. Descrizione di un caso e considerazioni sulle possibili di trattamento. *Minerva Chir.* 52: 461-464, 1997.
4. Gurbuz, A.T., & Peetz, M.E. – Resection of a gastric leiomyoma using combined laparoscopic and gastroscopic approach. *Surg Endosc.* 11: 285-286, 1997.
5. Ibrahim, I.M., Silvestri, F. & Zingler, B. – Laparoscopic resection of posterior gastric leiomyoma. *Surg Endosc.* 11: 277-279, 1997.
6. Jaeger, H.J., Schmitz-Stolbrink, A., Albrecht, M., & Mathias, K. – Gastric leiomyosarcoma in a child. *Eur J Radiol.* 23: 111-114, 1996.
7. Lee, D.H. – Three – dimensional imaging of the stomach by spiral CT. *J Comput Assist Tomogr.* 22: 52-58, 1998.
8. Petrov, V.P., Rozhkov, A.G., Savvin, I.V. & Dronov, V.I. – Nephelical'nye opukholi zheludka. *Khirurgija.* 3: 25-28, 1997.
9. Pompeo, E., Francioni, F., Pappalardo, G., Trentino, P., Crucitti, G., & Ricci, C. – Giant leiomyoma of the oesophagus and cardia. Diagnostic and therapeutic considerations: case report and literature review. *Scand Cardiovasc.J.* 31: 361-364, 1997.
10. Taniguchi, E., Kamiike, W., Yamanishi, H., Ito, T., Nezu, R., Nishida, T. & Matsuda, H. – Laparoscopic intragastric surgery for gastric leiomyoma. *Surg Endosc.* 11: 287-289, 1997.
11. Wenger, F.A., Jacobi, C.A., & Zieren, H.U. – Diagnostik und therapie von leiomyomen des oberen gastrointestinaltrakts. *Langenbecks Arch Chir.* 381: 221-224, 1996.