

**TUMOR CARCINÓIDE DE JEJUNO
CARCINOID TUMOR OF JEJUNUM**

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES¹
LUCYANNE LOPES MELO²
OLÍVIA MARIA VELOSO COSTA²
ITÁGORES HOFFMAN I LOPES SOUSA COUTINHO³
MÁRCIA MARIA HILUY NICOLAU DE OLIVEIRA⁴

RESUMO

Uma vez que o tumor carcinóide do intestino delgado é uma neoplasia relativamente incomum, não há uma grande experiência pessoal em seu diagnóstico e manuseio, O objetivo do presente estudo é descrever um caso incomum de tumor carcinóide de jejuno. Paciente do sexo masculino, 42 anos foi admitido na Disciplina de Clínica Cirurgia III, apresentando dor abdominal inespecífica e diarreia aquosa há seis semanas. Observou ainda distensão abdominal e perda de peso. O exame físico revelou massa firme na região umbilical. A tomografia computadorizada do abdome mostrou massa sólida infiltrando a raiz do mesentério. A exploração cirúrgica do abdome evidenciou massa tumoral envolvida por alças intestinais. O segmento do jejuno comprometido pelo tumor foi ressecado e realizado enteroanastomose. O curso pós-operatório ocorreu sem anormalidades. O paciente retornou após oito meses para avaliação e estava assintomático. Os autores concluem que para o tratamento cirúrgico todo esforço deve ser realizado para remover a lesão e em caso de sucesso o prognóstico é bom.

Palavras-chave: Tumor Carcinóide. Carcinóide do intestino delgado. Carcinóide de jejuno.

INTRODUÇÃO

Os tumores carcinóides foram primeiro descritos em 1888 por Lubarsch, que encontrou múltiplos tumores no íleo distal de dois pacientes na autópsia. O termo "karzinoid" foi primeiro utilizado por Oberndoifer em 1907 para definir um tumor que apesar da semelhança com o adenocarcinoma apresentava comportamento mais benigno^{1,2}. Embora acreditando inicialmente ser a maioria benigna, estas neoplasias foram reconhecidas por exibir curso clínico maligno. Infelizmente, os critérios para estabelecer o grau de malignidade não são claros neste tipo de neoplasia³.

Apesar de poder ocorrer em diferentes regiões, o trato digestivo é a localização mais comum, particularmente no ceco e apêndice cecal. A porção proximal do jejuno é localização

incomum. Modlin e Sandor em análise de 8.305 casos de tumores carcinóides, a localização jejunal foi observado em apenas 1,94%, demonstrando ser condição incomum mesmo em grandes séries⁴.

Os tumores carcinóides jejunoileais são geralmente descobertos após ressecção do intestino, por sintomas de obstrução ou durante exploração do intestino delgado em busca de um tumor primário depois que a metástase já ocorreu³. O propósito do presente estudo é descrever um caso de tumor carcinóide de jejuno tratado por ressecção cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 42 anos, deu entrada na Disciplina de Clínica Cirúrgica III

Trabalho realizado na Disciplina de Clínica Cirúrgica III - Universidade Federal do Maranhão - UFMA

1. Professor Livre Docente e Coordenador da Disciplina de Clínica Cirúrgica III - UFMA

2. Estudante de Medicina - UFMA

3. Residente de Cirurgia Geral - UFMA

4. Professora de Anatomia Patológica - UFMA

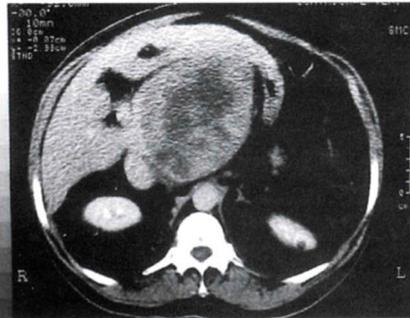
da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) apresentando dor abdominal, diarreia aquosa com predomínio noturno, com seis episódios por dia há aproximadamente seis semanas. Associado à diarreia notou aumento do volume abdominal e perda de peso (não sabe quantificar). Sem outras queixas.

Ao exame físico apresentava estado geral regular, normoalimentado, mucosas hipocoradas (++)/++++) e sinais vitais, normais. O abdome encontrava-se flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Presença de massa palpável em região periumbilical, móvel, indolor, superfície irregular de aproximadamente 10 cm de extensão. Ausência de outras alterações.

Os exames laboratoriais realizados mostraram hematócrito de 30,0%, hemoglobina 9,0g/dl, leucócitos 12.400/mm³, sódio 138mEq/l, potássio 4,2mEq/l uréia 18mg/dl, glicemia em jejum 89mg/dl, anticorpos anti-HIV (1 e 2) negativos.

Realizou colonoscopia com biópsia de sigmóide, que/oi evidenciado pequenas ulcerações no cólon esquerdo; o diagnóstico anatomopatológico foi de colite crônica inespecífica.

A tomografia computadorizada do abdome e ressonância nuclear magnética mostrou presença de formação expansiva, sólida, de contornos irregulares (figura).



Aspecto tomográfico da tumoração abdominal.

Após preparo pré-operatório o paciente foi submetido à laparoscopia diagnóstica que observou massa tumoral na raiz do mesentério, envolvendo o intestino delgado. A conversão para laparotomia associada ao inventário da cavidade abdominal observou tumoração comprometendo o jejuno, próximo da raiz do mesentério e líquido livre no fundo de saco. Realizado enterectomia de aproximadamente 80 cm, envolvendo o jejuno proximal a aproximadamente 20 cm do ângulo de Treitz. Realizado enterostomose término-terminal em plano único com fio de poliglactina 910 4.0 e coleta de líquido da cavidade abdominal para pesquisa de células neoplásicas. Revisão da cavidade peritoneal e síntese da ferida operatória por planos.

O paciente evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta hospitalar no 12º dia do período pós-operatório. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou argentafinoma (carcinóide) de intestino delgado, infiltrando camada muscular e serosa; carcinoma de células escamosas microinvasivo com linfonodos da peça ressecada negativos para malignidade. A pesquisa de células neoplásicas no líquido ascítico foi negativo. Ao controle pós-operatório após oito meses da cirurgia não foram observadas alterações.

DISCUSSÃO

A incidência de tumores malignos do intestino delgado é baixa e, conseqüentemente, não existem grandes experiências em seu diagnóstico e manuseio. Os três tumores malignos mais comuns do intestino delgado são adenocarcinoma, carcinóide maligno e leiomiossarcoma^{3,5}.

Os carcinóides são os tumores neuroendócrinos mais freqüentes e a análise histológica fracassa em distinguir a probabilidade do potencial agressivo ou metastático. Até o momento, é o tratamento do tumor primário que tem sido citado como determinante crítico do comportamento biológico. O melhor indicador de prognóstico e malignidade é a evidência de crescimento invasivo e a presença ou não de metástase regional ou distante⁶.

Tumores carcinóides de intestino delgado são os carcinóides de ocorrência mais freqüente em diferentes grupos com 28,0% a 30,5% dos carcinóides em 3 séries. Em diferentes estudos é o primeiro ou segundo carcinoma mais observado no intestino delgado, após o adenocarcinoma. Tem sido observado um aumento da freqüência destes carcinóides de intestino delgado no sentido aboral, com baixa prevalência no jejuno^{3,5,6}.

Os carcinóides do intestino delgado são originados de células endócrinas intra-epiteliais produtoras de serotonina. Focos de células endócrinas hiperplásticas intra-epiteliais também têm sido observado em tumores ileais^{3,7}. Estes tumores carcinóides localizam-se freqüentemente no íleo distal e são normalmente multicêntricos, ocasionalmente aparecendo como inúmeras lesões do intestino delgado³.

Os pacientes geralmente se apresentam na 6ª ou 7ª década de vida, mais comumente com dor abdominal ou sinais de obstrução intestinal. Em decorrência de padrões técnicos de imagens como a tomografia computadorizada do abdome e seriografia do trato gastrointestinal raramente identificarem o tumor primário, o diagnóstico pré-operatório é

dificultado. Frequentemente estes pacientes apresentam sintomas vagos por vários anos antes do diagnóstico^{3,6,7,8}.

A maioria dos pacientes com carcinóide de intestino delgado se apresenta com metástase para linfonodos ou para o fígado e 5% a 7% apresentam síndrome carcinóide. O tamanho do tumor é um indicador não confiável de doença metastática, pois metástases têm sido observadas mesmo em tumores menores que 0,5 cm de diâmetro^{6,7}. No presente estudo não observamos, após investigação, metástase hepática e os linfonodos ressecados foram negativos para malignidade.

A sobrevida a longo prazo se correlaciona diretamente com o estágio da doença na apresentação. A sobrevida de cinco anos é de 65% entre os pacientes com doença regional ou localizada e 36% entre pacientes com metástase distante^{4,8}.

A ressecção do intestino delgado junto com

o mesentério associado é o tratamento de escolha para carcinóides do intestino delgado. Estes tumores estão frequentemente associados com distorções do intestino como resultado de fibrose mesentérica extensa. Ocasionalmente a isquemia mesentérica devido à fibrose ou angiopatia pode ocorrer. A ressecção do segmento intestinal comprometido deve ser realizada com a intenção paliativa mesmo em pacientes com doença metastática conhecida.

Normalmente não é possível classificar tumores carcinóides como benigno ou maligno baseado na histologia. Estes tumores mostram pouco ou nenhum pleomorfismo celular, hiperplasia nuclear ou atividade mitótica. Mesmo a invasão intramural local não tem a mesma implicação do adenocarcinoma. Todos os carcinóides são potencialmente malignos e a distinção entre benigno e maligno é normalmente na presença ou não de metástases.

ABSTRACT

Because the carcinoid tumor of the small intestine is a relatively uncommon neoplasm, there is no wide personal experience of their diagnosis or of their management. The purpose of this study is to describe a rare case of carcinoid tumor of jejunum. A forty-two year old man presented himself at Department of Surgery, Federal University of Maranhão with nonspecific abdominal pain and watery diarrhea for 6 weeks. Abdominal distension and weight loss were also observed. Physical examination revealed a firm mass in the umbilical region. CT scan showed a solid mass infiltrating the mesenteric root. Surgical exploration disclosed that the mass was tumor tissue that had matted together several loops of jejunum. A segment of jejunum involved by tumor was excised and enteroanastomosis was performed. The post-operative course was uneventful. Eight months post-operatively, the patient returned for re-evaluation and reported that he had been completely asymptomatic since operation. As a general dictum for surgical treatment, every effort should be made to remove all visible tumor, if this can be accomplished, the prognosis should be good.

Key words: Carcinoid Tumor. Intestine, small, carcinoid. Jejunal carcinoid.

REFERÊNCIAS

- 1 - Lubarsch, O. Ueber den primären Krebs des Ileum, nebst Bemerkungen über das gleichzeitige vorkommen von Krebs und Tuberkulose. *Virchows Arch Pathol Anat* 1888; 111:280-317.
- 2 - Oberndorfer, S. Karzinoide tumoren des dunndarms. *Frankf Zschr Pathol* 1907; 1: 426-430.
- 3 - Kulke, MH; Mayer, RJ. Carcinoid tumors. *N Engl J Med* 1999; 340:858-868.
- 4 - Modlin, IM; Sandor, A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. *Cancer* 1997; 79: 813-829.
- 5 - Burke, AP; Thomas, RM; Elsayed, AM; Sobln, LH. Carcinoids of the Jejunum and Ileum. *Cancer* 1997; 79:1086-1093.
- 6 - Nilsson, O. Gastrointestinal carcinoids: aspects of diagnosis and classification. *APMIS* 1996; 104: 481-492.
- 7 - Marshall, JB; Bodnarchuk, C. Carcinoid tumors of the gut. *J Clin Gastroenterol* 1993; 16: 123-129.
- 8 - Memon, MA; Nelson, H. Gastrointestinal carcinoid tumors: current management strategies. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1101-1118.

Data do recebimento: 26.03.2004

Data da revisão: 05.04.2004

Data da aprovação: 05.04.2004

Endereço para correspondência

Dr. Orlando Torres

Rua dos Bicudos, 14 I 600 Ed. Aspen

Renascença II - 65075-090

São Luís - MA

E-mail: o.torres@uof.com.br