

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

**ORLANDO JORGE MARTINS TORRES<sup>1</sup>**  
**LUCYANNE LOPES MELO<sup>2</sup>**  
**OLÍVIA MARIA VELOSO COSTA<sup>2</sup>**  
**ITÁGORES HOFFMAN I LOPES SOUSA COUTINHO<sup>3</sup>**  
**MÁRCIA MARIA HILUY NICOLAU DE OLIVEIRA<sup>4</sup>**

**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<sup>1,2</sup>. 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 neoplasia<sup>3</sup>.

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 séries<sup>4</sup>.

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 ocorreu<sup>3</sup>. 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

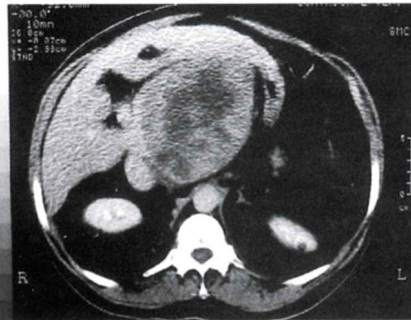
da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) apresentando dor abdominal, diarreia aquosa com predomínio noturno, com seis episódios por dia há aproximadamente seis semanas. Associado à diarreia notou aumento do volume abdominal e perda de peso (não sabe quantificar). Sem outras queixas.

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/mm<sup>3</sup>, 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 enteroanastomose 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 manejo. Os três tumores malignos mais comuns do intestino delgado são adenocarcinoma, carcinóide maligno e leiomiossarcoma<sup>3,5</sup>.

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 distante<sup>6</sup>.

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<sup>3,5,6</sup>.

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<sup>3,7</sup>. Estes tumores carcinóides localizam-se freqüentemente no íleo distal e são normalmente multicêntricos, ocasionalmente aparecendo como inúmeras lesões do intestino delgado<sup>3</sup>.

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<sup>3,6,7,8</sup>.

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<sup>6,7</sup>. 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<sup>4,8</sup>.

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