



CONGRESSO PAULISTA DE GASTROENTEROLOGIA

RESSECÇÃO MULTIVISCERAL DE TUMOR GIST GIGANTE - RELATO DE CASO

Gabriela Ribeiro Teixeira Diniz Marques¹; Flavio Augusto Martins Fernandes Junior²; Aedna Canuto de Sousa Rolim¹; Ana Luiza Constantino Pontes¹; Laíse Roriz de Carvalho¹; Maria Eduarda Nascimento Seixas¹; Pedro Manoel Honório Neves da Silva¹; Raissa de Souza Diniz¹; Thamires Mariane Alves Flor¹; Vinícius Eduardo Ferreira da Silva¹.

¹Acadêmicos de Medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde. ²Médico. Cirurgião Geral e videolaparoscopista pela Universidade Estadual de Pernambuco (UPE). Preceptor no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e no Hospital dos Servidores do Estado (HSE).

RESSECÇÃO MULTIVISCERAL DE TUMOR GIST GIGANTE - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são as neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrointestinal¹. 70% surgem na parede do estômago e raramente acometem locais como o retroperitônio². Caracterizam-se pelo elevado potencial de recidiva local, metastização e pela presença do anticorpo CD-117, evidenciado na imuno-histoquímica (IHQ)³. Manifesta-se com dor abdominal, emagrecimento e massa palpável. Tem como tratamento ressecções econômicas, sem necessidade de linfadenectomia⁴.

OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente admitido em um hospital de Recife com tumor GIST (gastrointestinal stromal tumors) gástrico gigante de acometimento retroperitoneal e submetido a posterior ressecção multivisceral.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso no qual as informações foram coletadas a partir da revisão de prontuário médico do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), de imagens intraoperatórias e de revisão da literatura.

PALAVRAS-CHAVE

Oncologia Cirúrgica; Gastroenterologia; Dor do Câncer; Neoplasias;

Gastrectomia.

RELATO DO CASO

GGA, 51 anos, sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica e esquistossomose foi admitido em hospital de Recife-PE com dor difusa e aumento do volume abdominal há 3 meses. Na avaliação estava hipocorado, apresentando tumoração em epigástrio e flanco esquerdo, dolorosa à palpação e ECOG 0.



Figura 1



Figura 2

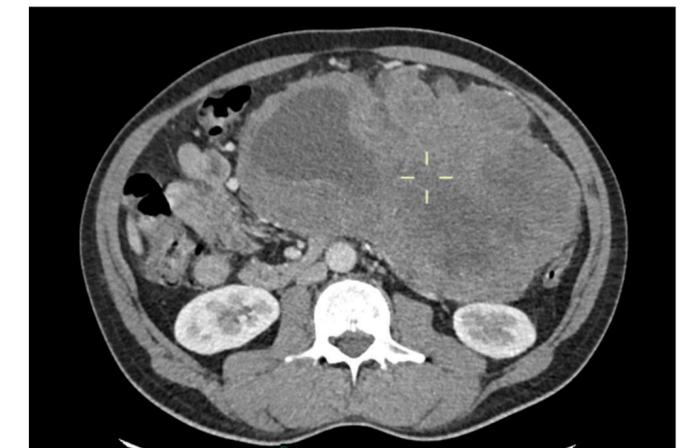


Figura 3

A Tomografia Computadorizada de abdome (Figura 1, 2 e 3) evidenciou formação sólido-cística, intraperitoneal, com volume estimado de 4016 cm³, em contato com parede posterior do fundo gástrico, corpo e cauda pancreática e veia esplênica.

RESSECÇÃO MULTIVISCERAL DE TUMOR GIST GIGANTE - RELATO DE CASO

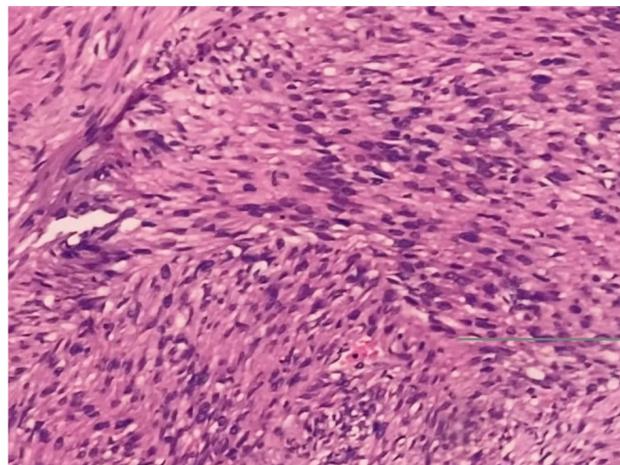


Figura 4

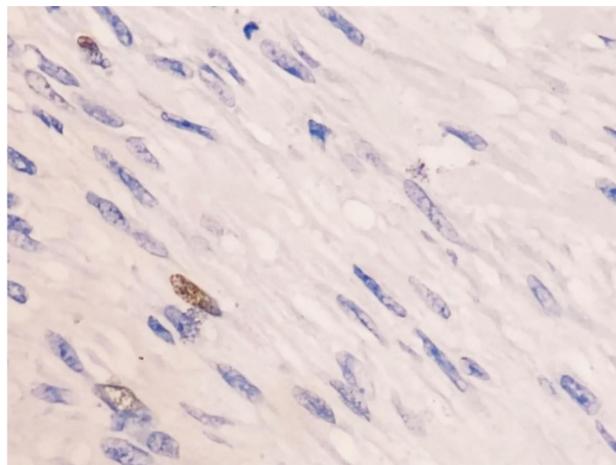


Figura 5

Ademais, efetuou-se exames microscópicos à Hematoxilina-eosina que evidenciaram tumoração de células fusiforme com padrão IHQ compatível com GIST de baixo grau mitótico (Figura 4) e Ki-67 positivo em 10% das células tumorais (Figura 5).

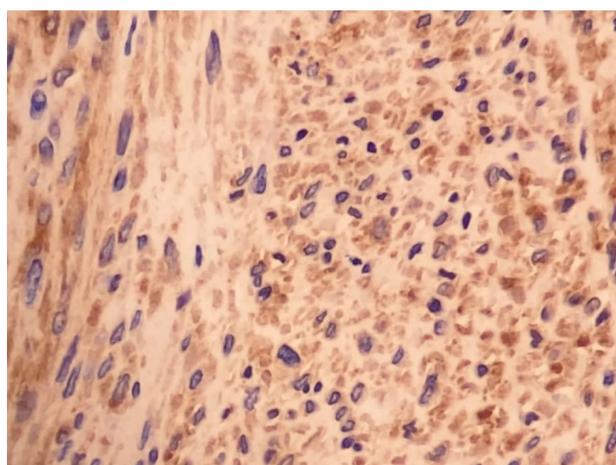


Figura 6

Presença de imunorreatividade com o anticorpo c-KIT também foi encontrada (Figura 6). Foi realizado a ressecção de tumor retroperitoneal, gastrectomia parcial, colectomia parcial com colostomia e fístula mucosa, esplenectomia, pancreatectomia parcial e LFN retroperitoneal.

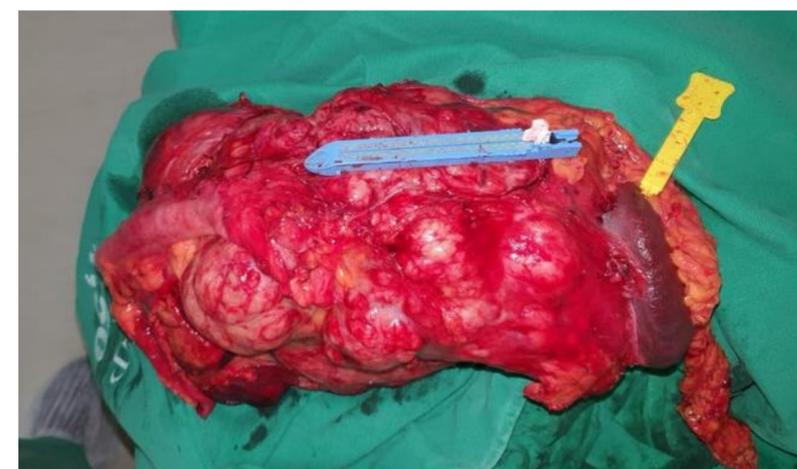


Figura 7

A peça cirúrgica (35x30x14cm) pesava 3,9kg (Figura 7). Ao estadiamento, pt4No. O paciente evoluiu com ganho ponderal de 12 kg e uso de Imatinibe 400mg/dia pelo período de 3 anos.

RESSECÇÃO MULTIVISCERAL DE TUMOR GIST GIGANTE - RELATO DE CASO

DISCUSSÃO

Os GIST se apresentam com um longo período assintomático e tem como achados clínicos mais comuns : hemorragia digestiva alta, tumoração abdominal e sensação de plenitude gástrica. O diagnóstico é baseado no quadro clínico, nos métodos de imagem, na histologia, sobretudo, nas características morfológicas celulares típicas e IHQ com expressão da proteína c-KIT (CD117). No relato descrito, os achados na TC de abdome total foram sugestivos de GIST ao evidenciar volumosa formação expansiva sólido cística que apresentava íntimo contato com a parede posterior do fundo gástrico, provável sítio de origem do tumor. Além disso, a esofagogastroduodenoscopia evidenciava estômago de distensibilidade reduzida à custa de abaulamento na parede posterior do corpo gástrico recoberto por mucosa de aspecto íntegro, que também corroborava com o diagnóstico e a IHQ possuía positividade para c-KIT. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento padrão e as lesões com suspeita de invasão de órgãos adjacentes, como no caso relatado, são também tratadas por cirurgia radical através da ressecção em monobloco do órgão acometido, a fim de obter margens livres negativas. A especificidade deste caso reside na técnica cirúrgica meticulosa utilizada para prevenir a rotura tumoral durante o ato cirúrgico, uma vez que sua cápsula poderia se romper com facilidade, resultando em disseminação neoplásica e pior prognóstico. A ressecção multivisceral, nessa situação, mostrou-se necessária para evitar o sangramento dos neovasos e da circulação colateral. A metástase nodal é infrequente, não havendo subsídio que corrobore com a realização de linfadenectomia de rotina.

No entanto, na presença de linfonodos macroscopicamente suspeitos, ela pode ser uma opção, o que ocorreu no caso relatado. Optou-se ainda pela terapia adjuvante com Imatinib para reduzir chances de recidiva local e de metástase à distância, prolongar o intervalo livre de doença e a sobrevida global.

CONCLUSÃO

A singularidade do caso é evidenciada pelo tipo de cirurgia, uma ressecção multivisceral para GIST gástrico gigante a fim de evitar a ruptura do tumor, o sangramento de neovasos e circulação colateral, impedindo sangramento maciço e hemotransfusões. Apesar do risco de fístula pancreática e da necessidade de uma colostomia, não houve grande impacto no pós operatório imediato e tardio.

REFERÊNCIAS

1. GONZÁLEZ, José Luis González. Tumor de estroma gastrointestinal gigante de estômago. Revista Cubana de Cirurgia, La Habana, 11 de abr. de 2020. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000100010>. Acesso em 15 de jun. de 2020.
2. AMORIM, Juliana Machado. NETO, Francisco de Assis Cavalcanti. SILVA, Ruanna Lamille Estrela. FILHO, Raimundo Sales. Características histopatológicas de um tumor estromal gastrointestinal. Rev. Cienc. Saúde Nova Esperança, João Pessoa, dez. de 2020. Disponível em: <<https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/522/448>>. Acesso em: 15 de jun. de 2021.
3. YEGIN, Ender Gunes. DUMAN, Deniz Guney. Small EUS-suspected gastrointestinal stromal tumors of the stomach: An overview for the current state of management. Endoscopic Ultrasound, 15 de abr. de 2016. Disponível em: <<https://www.eusjournal.com/article.asp?issn=23039027;year=2016;volume=5;issue=2;spage=69;epage=77;aulast=Yegin>>. Acesso em 15 de jun. de 2021.
4. MACEDO, Leonardo Lopes et al. Tumor do estroma gastrintestinal: achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos. Radiologia Brasileira, São Paulo, 27 de Jul de 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rb/a/wrBRjm3q5gK5HhvyLGv3Rfm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 15 de jun de 2021.



OBRIGADA