

Hemorragia digestiva por GIST de jejuno: contribuição da cápsula endoscópica no diagnóstico

Digestive bleeding by GIST de jejunum: contribution of capsule endoscopy in the diagnosis

RAFAEL CARRIERI NETO¹, RODRIGO CECÍLIO VIEIRA DE OLIVEIRA², LUÍS ALBERTO VERONESE³, SÉRGIO GODOY RODRIGUES⁴

RESUMO

O diagnóstico dos tumores estromais gastrointestinais (GIST) do intestino delgado continua sendo um desafio. Podem se apresentar clinicamente de diferentes formas, sendo a mais comum a hemorragia digestiva de origem obscura. Atualmente dispomos da cápsula endoscópica como método auxiliar de diagnóstico das doenças do intestino delgado, tendo como principal indicação a pesquisa da origem do sangramento do intestino delgado na hemorragia digestiva (principalmente de origem obscura). Relatamos um caso de hemorragia digestiva cujo diagnóstico foi de GIST de jejuno e destacamos a contribuição da cápsula endoscópica para elucidação diagnóstica.

Unitermos: GIST de Jejuno, Cápsula Endoscópica, Hemorragia Digestiva de Origem Obscura.

SUMMARY

The diagnosis of gastrointestinal stromal tumors (GIST) of the small intestine remains a challenge. It might present clinically in different forms, the most common being gastrointestinal bleeding of obscure origin. Currently available in capsule endoscopy as an auxiliary method for diagnosing diseases of the small intestine, with the primary indication surveying the site of bleeding in the small bowel gastrointestinal bleeding of obscure origin. We reported a case of gastrointestinal bleeding which was diagnosed GIST of the jejunum, and highlighted the contribution of capsule endoscopy elucidate the diagnosis.

Keywords : Jejunal GIST, Capsule Endoscopy, Digestive Bleeding of Obscure Origin.

INTRODUÇÃO

Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são neoplasias não epiteliais originados a partir de células imaturas presentes na camada muscular do trato gastrointestinal, incapazes de se diferenciar em células musculares ou nervosas. O GIST é o tipo de neoplasia não epitelial mais frequente do trato digestivo, e constitui cerca de 1,0% dos tumores do trato gastrointestinal^{1,2}. Os GIST são mais frequentemente localizados no estômago e na porção proximal do intestino delgado, podendo ocorrer em qualquer porção do trato digestivo¹⁻⁵.

Acomete homens e mulheres nas mesmas proporções, principalmente entre a quinta e sexta década de vida. Os GIST de intestino delgado podem se manifestar clinicamente sob diversas formas, sendo a hemorragia digestiva a causa mais comum⁶. Relatamos a seguir um caso de hemorragia digestiva em que a realização da cápsula endoscópica foi de extrema importância para a elucidação diagnóstica.

RELATO DE CASO

AAO, 56 anos, masculino, branco, pedreiro, nascido e procedência - da cidade de Araçatuba - SP. Procurou o Pronto - Socorro do Hospital Unimed de Araçatuba, com quadro inicial de melena seguido de enterorragia.

1. Médico Endoscopista e Cirurgião do Aparelho Digestivo do Hospital Unimed de Araçatuba. **2.** Médico Radiologista do Hospital Unimed de Araçatuba e da Tomoson Diagnósticos por Imagem. **3.** Médico Patologista do Hospital Unimed de Araçatuba e Doutor em Patologia pela UNESP (Universidade Estadual de São Paulo) - Botucatu. **4.** Médico Endoscopista do Hospital Unimed de Araçatuba. **Endereço para correspondência:** Rafael Carrieri Neto - Rua Floriano Peixoto, 789 - Vila Mendonça - Araçatuba - SP - CEP 16020-240 - **e-mail:** rcarrierineto@hotmail.com. **Recebido em:** 21/08/2013. **Aprovado em:** 31/10/2013.

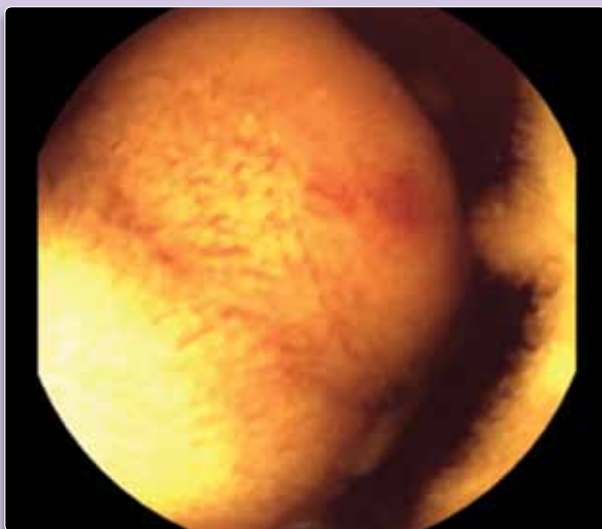


Figura 1 - Imagem da Cápsula Endoscópica mostrando abaulamento da parede do intestino delgado.

É hipertenso controlado com o uso de maleato de enalapril e tem, como antecedente, úlcera duodenal tratada clinicamente há cerca de 10 anos.

Atualmente nega queixa dispéptica, dor abdominal, vômitos, alteração do ritmo intestinal, etilismo, emagrecimento, hepatopatia, uso de anti-inflamatórios ou drogas que contenham ácido acetilsalicílico.

Na admissão apresentava-se descorado (+/4+), consciente, orientado, frequência cardíaca: 96 bpm (batimentos por minuto) e pressão arterial sistêmica: 110x 70mmHg. Não apresentava

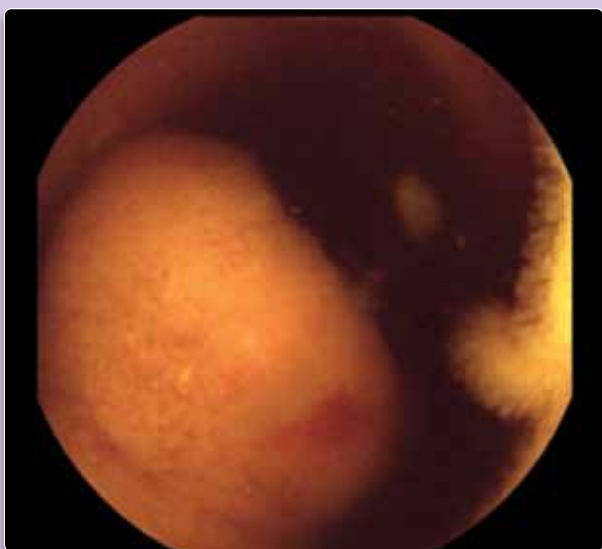


Figura 2 - Imagem da Cápsula Endoscópica mostrando abaulamento da parede do intestino delgado.



Figura 3 – Corte axial da tomografia computadorizada demonstra formação nodular macrolobulada, com densidade de partes moles, com impregnação heterogênea após injeção endovenosa de contraste, associada à falha de enchimento pelo contraste intraluminal em intestino delgado, na topografia do jejuno.

outras alterações ao exame físico. Iniciado reposição volêmica, solicitado exames laboratoriais e internação. Coagulograma, função renal, plaquetas normais. Exames laboratoriais alterados na admissão: Hemoglobina (Hb):10,2 e Hematócrito (Ht): 30,4. Iniciado preparo intestinal para colonoscopia, sendo realizada também a endoscopia digestiva alta.

A endoscopia digestiva alta revelou deformidade bulbar com pregas que convergem para cicatriz de úlcera em parede anterior e outra em parede posterior, e colonoscopia normal (até íleo terminal). O paciente evoluiu estável, sem alterações do Hb-Ht, com parada espontânea do sangramento, não sendo necessário transfusão de sangue. Teve alta hospitalar e foi orientado a procurar ambulatório.

Cerca de quatro meses após a alta, o paciente procurou novamente o serviço de urgência do mesmo hospital com quadro inicial de melena seguido de enterorragia. No exame físico de entrada apresentava-se descorado (+/4+), consciente, orientado, frequência cardíaca: 112 bpm e pressão arterial sistêmica: 90x 60 mmHg. Não apresentava outras alterações ao exame físico.

Iniciado reposição volêmica, solicitados exames laboratoriais e internação. Exames laboratoriais alterados na admissão: Hb: 8,6 e Ht: 26,4. Realizada transfusão de duas unidades de concentrados de hemácias. Após a transfusão apresentou Hb: 10,5 e Ht: 31,8. Realizada novamente endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sendo que os laudos foram iguais aos realizados na internação anterior. Paciente evoluiu bem, com parada espontânea do sangramento, sendo novamente encaminhado ao ambulatório para a realização da cápsula endoscópica.



Figura 4 – Achado Intraoperatório – Lesão na face contra mesentérica do jejuno.

No ambulatório foi realizada cápsula endoscópica que revelou abaulamento da parede com mucosa levemente irregular após cerca de 1 hora e 13 minutos após sua ingestão. Realizada tomografia computadorizada do abdome que revelou lesão nodular com falha de enchimento pelo contraste em intestino delgado na topografia do jejuno.

O paciente foi encaminhado para o tratamento cirúrgico eletivo, sendo realizada laparotomia exploradora, com achado intraoperatório de tumoração com cerca de 2,0 cm de tamanho na face contra mesentérica do jejuno (a cerca de 40,0 cm do ângulo de Treitz) e sem evidências de lesões metastáticas. Realizada enterectomia com enteroanastomose terminoterminal. O paciente apresentou boa evolução tendo alta no quinto pós-operatório.

O anatomopatológico revelou tratar-se de nodulação mural ocupando toda a espessura da parede do jejuno, com 2,8 cm no maior eixo, bem delimitada, não encapsulada, sólida, sem necrose, sem ulceração e composta por feixes de células

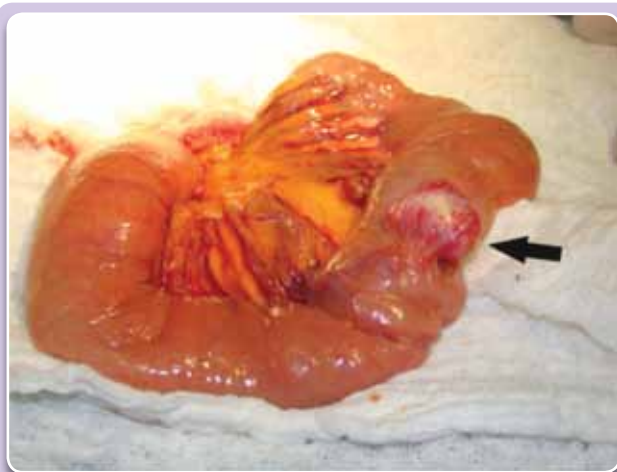


Figura 5 - Achado Intraoperatório – Lesão na face contra mesentérica do jejuno.



Figura 6 - Aspecto externo da lesão após a retirada da peça cirúrgica.

fusiformes com áreas de hialinização e com apenas leves atipias focais e sem mitoses. A lesão situava-se distante das bordas da ressecção cirúrgica.

Os linfonodos mesentéricos dissecados mostraram estado reativo-hiperplásico de padrão misto e em grau leve, sem outras particularidades.

Foi realizado painel imunohistoquímico com os seguintes achados: 1. MIB 1 – antígeno de proliferação celular Ki67 positivo em 1,0 % das células; 2. CD117 – produto do gene KIT – positivo; 3. CD34 – antígeno de células hematopoiéticas e pericitos – negativo; 4. Desmina (filamento intermediário da célula muscular) – negativo; 5. Proteína S100 – negativo.

Com estes achados morfológicos e imuno-histoquímicos, firmou-se o diagnóstico de Tumor Estromal Gastrointestinal Fusocelular (GIST). Hoje, o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial há cerca de nove meses e não apresenta queixas ou sinais de doença.

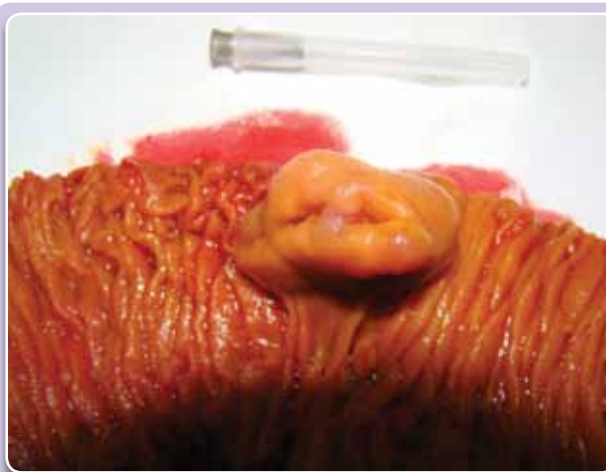


Figura 7 - Aspecto intraluminal da lesão.



Figura 8 – Aspecto macroscópico da lesão (com a peça cirúrgica já fixada em formol) .

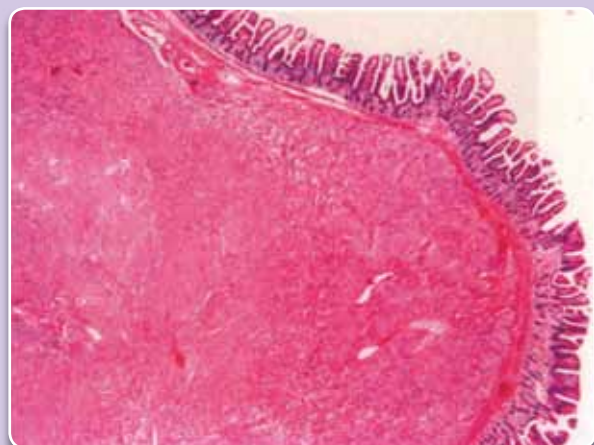


Figura 9 – Lesão tumoral mural do jejuno (HE - 40 X).

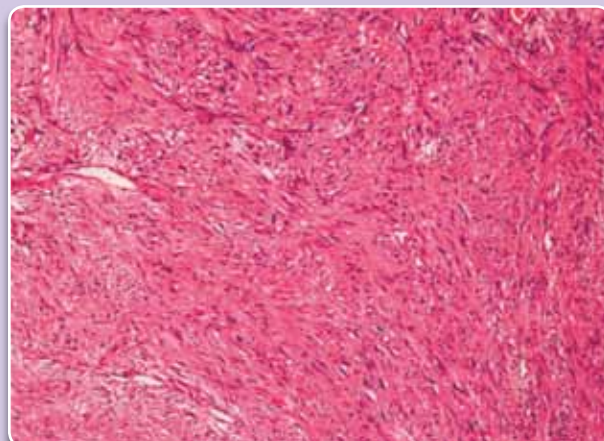


Figura 10 – Aspecto microscópico do tumor – feixes de células fusiformes com leves atipias (HE - 100X).

A forma mais comum de apresentação clínica é a hemorragia digestiva (cerca de dois terços dos pacientes), podendo também se manifestar com dor abdominal, massa palpável, sintomas inespecíficos e obstrução intestinal. A perfuração raramente acontece⁸.

O tratamento do GIST é cirúrgico e consiste na ressecção em bloco da lesão e dos implantes metastáticos passíveis de ressecção. A linfadenectomia não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que a disseminação linfonodal é incomum⁹.

No caso descrito, a Cápsula Endoscópica foi importante método para estabelecer o diagnóstico definitivo do sítio da hemorragia, mesmo com suas limitações (não realiza biópsias, não tem capacidade terapêutica e não define a localização exata da patologia no intestino delgado).

Deve sempre que possível ser utilizada nos casos de hemorragia digestiva de origem obscura (quando a colonoscopia e a endoscopia digestiva alta não encontrem a causa do sangramento - Cave DR, DDW 2002, San Francisco EUA).

A hemorragia digestiva de origem obscura é a principal indicação para a realização da Cápsula Endoscópica (cerca de 88%) e este método tem se demonstrado eficaz para demonstrar a fonte do sangramento (cerca de 77%)¹⁰.

O achado mais frequente da Cápsula Endoscópica nos casos de hemorragia de origem obscura são as lesões vasculares do intestino delgado (achado em cerca de 70%)¹⁰, mas não podemos esquecer dos tumores do intestino delgado como o GIST (que constitui cerca de 1% de todos os tumores gastrointestinais).

DISCUSSÃO

A investigação de doenças do intestino delgado sempre foi um desafio à prática médica. A Cápsula Endoscópica foi considerada uma grande evolução para o diagnóstico de doenças do intestino delgado.

Sua realização tem, como principal indicação, a hemorragia digestiva de origem obscura, quando a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não encontram o sítio do sangramento, usualmente causado por sangramento do intestino delgado e que representa aproximadamente 5,0% de todos os casos de hemorragia gastrointestinal⁶.

O GIST pode ocorrer do esôfago ao ânus, sendo mais comum no estômago (40 a 60 %) e no intestino delgado (25 a 30 %)⁷, e metastatizam para fígado e peritônio e raramente para linfonodos. Alguns pacientes com GIST são assintomáticos e os tumores são descobertos incidentalmente.

CONCLUSÃO

A Cápsula Endoscópica é um método muito útil no diagnóstico de doenças do intestino delgado (como no caso já relatado acima), principalmente em pacientes que apresentam hemorragia digestiva de origem obscura quando a endoscopia digestiva e colonoscopia não demonstram o local do sangramento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miettinen M, Sarlomo-Rikada M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors – definition, clinical, histological immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch* 2001;438:1.
2. Miettinen M, Sarlomo-Rikada M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: recent advances in understanding of their biology. *Hum Pathol* 1999;30:1213.
3. Rubin BP, Fletcher JA, Fletcher CD. Molecular Insights into the Histogenesis and Pathogenesis of Gastrointestinal Stromal Tumors. *Int J Surg Pathol* 2000;8:5.
4. Reith JD, Goldblum JR, Lyles RH, Weiss SW. Extragastrintestinal (soft tissue) stromal tumors: an analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. *Mod Pathol* 2000;13:577.
5. Medeiros F, Corless CL, Duensing A *et al.* Kit-negative gastrointestinal stromal tumors: proof of concept and therapeutic implications. *Am J Surg Pathol* 2004;28:889.
6. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointestinal Endosc* 2010;72(3):471-479.
7. De Matteo RP, Lewis JJ, Leung D *et al.* Two hundred gastrointestinal stromal tumor: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000;231:51.
8. Pink D, Schoeler D, Lindner T, *et al.* Severe hypoglycemia caused by paraneoplastic production of IGF-II in patients with advanced gastrointestinal stromal tumors: a report of two cases. *J Clin Oncol* 2005;23:6809.
9. Nowain A, Bhakta H, Pais S, Kanel G, Verma S. Gastrointestinal stromal tumors: Clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:818-824.
10. Saul C, Torresini R J S. Obscure gastrointestinal bleeding: results with the use of the capsule endoscopy. *GED* 2006;25:71-75.