



TUMOR DE INTESTINO DELGADO

SMALL BOWEL TUMOR

Luiz Locks Júnior¹
João Carlos Ribas²
Lucas Benedetti³

RESUMO

Contexto: Tumores do trato gastrointestinal tem interesse especial de estudo para sua detecção cada vez mais precoce e tratamento mais eficaz. Podem acometer variadas áreas do trato gastrointestinal e em alguns casos existem afecções tumorais do intestino delgado e mesentério, sendo este último a primeira suspeita do caso em questão. Objetivo: Relatar um caso de tumor de intestino delgado desde sua investigação precoce até seu tratamento objetivo com ideia de guiar futuras prodepeúicas. Métodos: Trata-se de um relato de caso. Foram reunidos dados de prontuários, exames radiológicos e anatomopatológicos para definir a resolução e surgimento do tumor em questão. Resultados: Tumores de intestino delgado são potencialmente letais e podem acontecer em proximidade de regiões nobres como a artérias de alto fluxo, algo que torna seu manejo importante a ser estudado. Conclusão: A opção cirúrgica aberta teve êxito em remover e tratar o tumor de intestino delgado.

Descritores: Tumor. Intestino delgado. Cirurgia. Aparelho Digestivo.

ABSTRACT

Gastrointestinal tumor have a special interest on studying for its each time earlier detection and better treatment. They can affect different areas on the gastrointestinal tract and in some cases there are tumoral affections in the small bowel and mesenterium. Objective: Report a case of a small bowel tumor from its early investigation to its definitive treatment with the idea to guide future ones. Methods: This is a case report. Prontuary data, radiological and anatomopathologic exams were assembled to define the resolution and origin of the tumor in question. Results: Small bowel tumors are potentially lethal and can happen near noble structures such as high flow arteries, which can lead to a difficult conduct and thus important to be studied. Conclusion: The surgical option obtained success on removing and definitely treating the small bowel tumor.

Keywords: Tumor. Small Bowel. Surgery. Digestive System.

INTRODUÇÃO

Entre as neoplasias gastrointestinais, apesar do intestino delgado representar 75% da extensão e 90% da superfície do mesmo (1), constam como uma das mais raras afecções tumorais com números entre 2 a 3% dessas neoplasias (2). Em dados epidemiológicos existe uma predominância leve do sexo masculino e sem faixa etária específica. As principais causas de neoplasia de intestino delgado (NID) são em ordem decrescente GIST, adenocarcinomas, linfomas e carcinóides (1).

¹ Médico Endoscopista SOBED

² Médico Cirurgião do Imperial Hospital de Caridade de Florianópolis, SC

³ Acadêmico de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina



Na questão que tange os sintomas esses são geralmente ausentes, quando presentes podem variar entre: perda de peso, dispepsia, dor abdominal inespecífica, náusea, vômito, anorexia, febre e até complicações graves como obstrução intestinal aguda. (3-5). O diagnóstico pode ser suspeito pela anamnese e exame físico e confirmado por exames como a tomografia computadorizada de abdome (5) e como tratamento principal e curativo aponta-se a ressecção cirúrgica radical (6). O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de paciente portadora de uma neoplasia de intestino delgado, ressecada através de laparotomia.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos, branca, aposentada, procedente de Florianópolis, SC. Há 30 dias começou com quadro de dores no hipocôndrio esquerdo, incharacterística e sem outras queixas acompanhantes. Sem antecedentes e/ou familiares relevantes. Nega tabagismo ou alcoolismo. Ao exame físico apresentava apenas dor à palpação profunda do quadrante superior esquerdo do abdômen, sem massas palpáveis.

Na investigação diagnóstica apresentava:

TC de abdome. Lesão expansiva na raiz do mesentério com densidade de partes moles, medindo cerca de 3,7 x 3,5 mm, de diâmetro (FIGURA A), apresentando realce periférico pelo meio de contraste com infiltração de gordura e pequenos linfonodos adjacentes (FIGURA B)

RM. Lesão expansiva, com área de degeneração cística/necrose no seu interior, com impregnação periférica pelo meio de contraste, situada na raiz do mesentério, medindo 4,3 X 3,5 cm, em íntimo contato com a gordurosos e pequeno linfonodo adjacentes. (FIGURA X)

Diante do quadro clínico e dos exames complementares foi indicado ressecção cirúrgica através de laparotomia.

Foi realizado incisão mediana transumbilical. No inventário da cavidade foi encontrado lesão tumoral de aproximadamente 5 x 5 cm, localizada junto da raiz do mesentério, com íntima relação com a quarta porção duodenal, o jejuno inicial e os vasos mesentéricos superiores. O restante da cavidade e das vísceras apresentavam-se normais. Foi realizado ressecção total da lesão, rente aos vasos mesentéricos superiores, acompanhada da quarta porção duodenal e 20cm do jejuno proximal (FIGURA Z). A reconstrução do trânsito foi através de anastomose látero-lateral mecânica entre a terceira porção duodenal e o jejuno proximal.

Exame anatomopatológico: Adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, tipo macroscópico polipóide, medindo 1,2 x 0,7 cm (FIGURA Y). Margens cirúrgicas livres, distando 12 e 9 cm da neoplasia. Invasão tumoral até submucosa, com bordas de crescimento de padrão expansivo. Implante de adenocarcinoma pouco diferenciado em mesentério medindo 5 cm no maior eixo.



DISCUSSÃO

Apesar do intestino delgado representar a parte mais longa do aparelho digestivo, a neoplasia do intestino delgado (NID) é uma afecção rara, quando comparada a outras neoplasias como o cólon e estômago. *Zeeneldin et al.* em um estudo conduzido no Egito notou uma maior incidência dos NID com tipo histológico de adenocarcinoma, algo similar aos países industrializados, e uma menor incidência de linfoma diferentemente dos países em desenvolvimento (7,8). A idade mais comum de apresentação do NID é entre 50 e 70 anos com uma predileção pelo sexo masculino (9-12). A NID tem uma variação de valores entre 1 a 5% dos processos neoplásicos do sistema gastrointestinal, sendo o adenocarcinoma no sítio jejunal mais raro entre os NIDs (8,13). O quadro clínico da NID em sítio jejunal apresenta quadro clínico principalmente de dor abdominal (50-75%), náuseas/vômitos (33-72,5%), perda de peso (38-52,5%), obstrução intestinal (31,3-44%) e sangramento gastrointestinal (23-33%) (14-16). NIDs foram provados terem similaridades a certos genes colônicos com pequena diferença no tipo histológico e marcadores imunocitoquímicos por isso marcadores como CEA, CA 19-9 e p53 são de grande valia no screening dos mesmos (17-19). Na questão que tange o tratamento *Rose et al* acompanhou 79 pacientes com NIDs por 12 anos e concluiu que mesmo com metastase linfonodal a cirurgia permanece como melhor opção de sobrevida a esses pacientes, mostrando em pacientes com linfonodos negativos uma sobrevida em 5 anos de 60%, em pacientes com linfonodos positivos de 43%, e em pacientes que não realizaram procedimento cirurgico ou foram submetidos a métodos paliativos tiveram uma sobrevida nula em 5 anos (20). O diagnóstico diferencial dos NIDs é recheado pelo fato de seus sintomas em fases iniciais serem muito vagos, até quando causam obstrução intestinal. Nesses casos o diagnóstico diferencial faz-se com diversas moléstias como: obstrução intestinal por aderências, hérnia encarcerada, obstrução maligna intestinal, doenças inflamatórias intestinais, intussuscepção, situações congênitas como o divertículo de Meckel ou divertículos em geral, rotação intestinal, pâncreas anular e em alguns casos até tuberculose intestinal (21-23).

CONCLUSÃO

NIDs são relativamente raras e tumores do mesentério ainda mais, por falta de sintomas específicos e métodos de screening efetivos, isso dificulta o diagnóstico e piora o prognóstico dessa enfermidade. O fator prognóstico positivo principal e que pode levar a uma possível cura reside na ressecção do tumor primário o mais cedo possível, mas como mostrado tem efetividade tanto em casos localizados quanto localmente avançados. Mesmo em pacientes com doença metastática também provavelmente se beneficiarão da cirurgia pois evitam ou tratam complicações como a obstrução e sangramento. Ainda permanecem dados contrastantes na literatura quanto ao uso da quimioterapia



adjuvante e neoadjuvante, porém pode se incluir determinado tratamento de acordo com o tipo de apresentação da NID. No presente caso pode-se concluir que as medidas propedêuticas e a conduta cirúrgica estão de acordo com a literatura.

FOTOS

FIGURA A (TC)





FIGURA B



FIGURA X (RM)

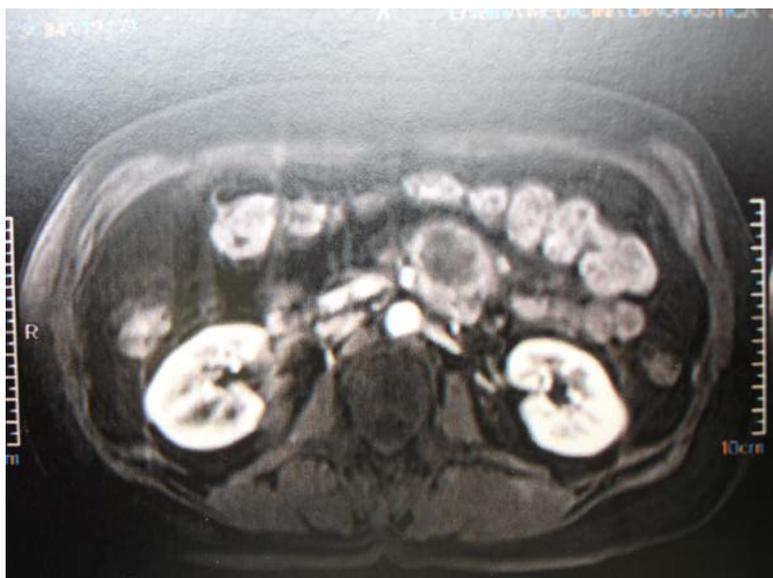




FIGURA Y (AP)

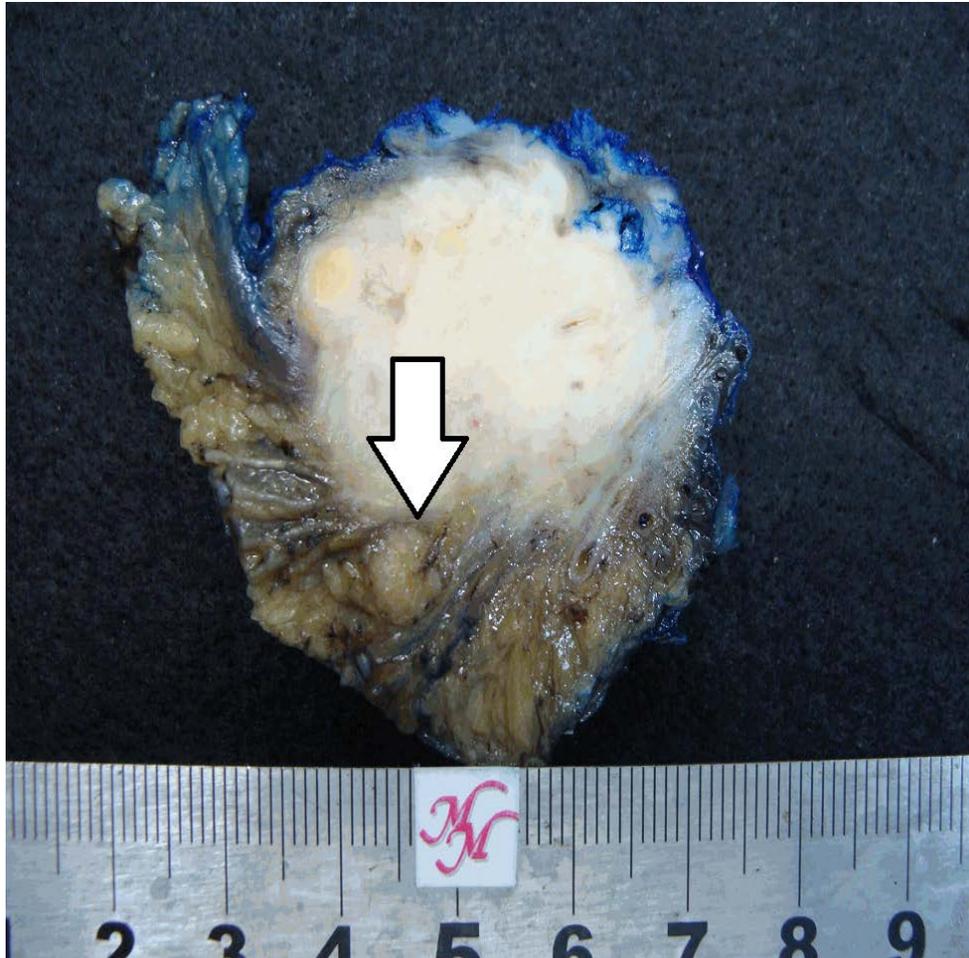


FIGURA Z (TRANSOP)**REFERÊNCIAS**

1. Negoii I, Paun S, Hostiuc S, Stoica B, Tanase I, Negoii RI, Beuran M. Most small bowel cancers are revealed by a complication. *Einstein* 2015;13(4):500-5
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(1):5-29
3. Yoshioka Y, Nozawa H, Tanaka J, Nishikawa T, Tanaka T, Kiyomatsu T et al. Small bowel adenocarcinoma arising in a patient with hereditary hemorrhagic telangiectasia: A case report. *Oncology Letters* 2016; 11:2137-9
4. Eltweri AM, Bowrey D, Taylor M. Small bowel adenocarcinoma: a case of atypical CT scan appearance. *BMJ Case reports* 2012; doi:10.1136/bcr.02.2012.5915
5. Basir N, Bickle IC, Telisinghe PU, Abdullah MS, Chong VH. Signet Ring Cell Lymphoma of the Small Bowel: A case report. *Oman Med J.* 2012; 27(6):491-3.



6. Sun K, Wu X, Liu G, Qian H, Shen X. Primary adenocarcinoma of the small intestine presenting as superior mesenteric artery syndrome: A case report. *Oncology Letters* 2016; 11:1903-6.
7. Zeeneldin AA, Saber MM, El-Din IAS, Frag SA. Small intestinal cancers among adults in an Egyptian district: A clinicopathological study using a population-based cancer registry. *J Egypt Natl Canc Inst* 2013; 25:107-14
8. Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, Mukherjee R, Arber N. The epidemiology of cancer of the small bowel. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1998;7(3):243-51
9. Howe JR, Karnell LH, Menck HR, Scott CC. Adenocarcinoma of the small bowel: review of the National Cancer Data Base. *ACoS-CoC* 1999;86:2693-706
10. Ryder NM, Ko CY, Hines OJ, Gloor B, Rober Ha. Primary duodenal adenocarcinoma: a 40-year experience. *Arch Surg* 2000;135:1070-4
11. Ito H, Peres A, Brooks DC, Osteen RT, Zinner MJ, Moore FD, et al. Surgical treatment of small bowel cancer: a 20-year single institution experience. *J Gastrointest Surg* 2003;7:925-30
12. Cunningham JD, Aleali R, Aleali M, Brower ST, Aufses AH. Malignant small bowel neoplasms: histopathological determinants of recurrence and survival. *Ann Surg* 1997;225:300-6
13. Dabaja BS, Suki D, Pro B, Bonnen M, Ajani J. Adenocarcinoma of the small bowel: presentation, prognostic factors, and outcome of 217 patients. *Cancer* 2004;101:518-26
14. Talamonti MS, Goetz LH, Rao S, Joehl RJ. Primary cancers of the small bowel: analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Arch Surg* 2002;137:564-70
15. Agrawal S, McCarron EC, Gibbs JF, Nava HR, Wilding GE, Rajput A. Surgical management and outcome in primary adenocarcinoma of the small bowel. *Ann Surg Oncol* 2007;14:2263-9
16. Abrahams NA, Halverson A, Fazio VW, Rybicki LA, Goldblum JR. Adenocarcinoma of the small bowel: a study of 37 cases with emphasis on histologic prognostic factors. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1496-502
17. Park SH, Kim YI, Park YH, et al. Clinicopathologic correlation of p53 protein overexpression in adenoma and carcinoma of the ampulla of Vater. *World J Surg* 2000;24(1):54-9
18. Vaidya P, Yosida T, Skakura T, et al. Combined analysis of expression of c-erbB-2, Ki-67 antigen and tenascin provides a better prognostic indicator of carcinoma of the papilla of Vater. *Pancreas* 1996;12:196-201
19. Blackman E, Nash SV. Diagnosis of duodenal and ampullary epithelial neoplasms by endoscopic biopsy: A clinicopathologic and immunohistochemical study. *Hum Pathol* 1985 16:901-10
20. Rose DM, Hochwald SN, Klimstra DS, et al. Primary duodenal adenocarcinoma: A ten-year experience with 79 patients. *J Am Coll Surg* 1996;183:89-96
21. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis: experiences with 300 cases. *Am J Gastroenterol* 1977;67:324-37



22. Bhansali SK, Sethna JR. Intestinal obstruction: a clinical analysis of 348 cases. *Indian J Surg* 1970;32:57-70

23. Gill SS, Eggleston FC. Acute intestinal obstruction. *Arch Surg* 1965;91:589-91