Diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal – GIST através de enteroscopia com duplo-balão: relato de caso

Diagnosis of gastrointestinal stromal tumor – GIST by double ballon enteroscopy: case report

EDUARDO MARQUES CORREA – Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva. Cogestor do Serviço de Endoscopia do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre.
IDÍLIO ZAMIN JUNIOR – Doutor em Hepatologia (FFFMPA). Médico Gastroenterologista e Endoscopista da Irmandade Santa Casa de Misericórdia.
BRUNO GALPERIM – Doutor em Hepatologia (FFFMPA). Médico Gastroenterologista e Hepatologista. Gestor do Serviço de Gastroenterologia do HMD.
FÁBIO LANTZ – Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva. Médico do HMD.

Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:
Eduardo Marques Corrêa
Rua Antenor Lemos 57/600
90850-100 Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3231-6266
emcterra@terra.com.br

RESUMO

O diagnóstico de tumores estromais gastrointestinais (GIST) de jejuno é raro, pois eles são, na maioria das vezes, localizados no estômago. Podem cursar de forma assintomática, ser encontrados acidentalmente (massa abdominal durante investigação com tomografia computadorizada) ou como etiologia de sangramento digestivo obscuro. O diagnóstico e tratamento de doenças localizadas no intestino delgado é um desafio à prática médica. Atualmente dispomos de um novo instrumento desenvolvido para este fim, o enteroscópio de duplo-balão (EDB), que está disponível no nosso meio. A indicação mais freqüente deste exame é na investigação de sangramento obscuro, cujos diagnóstico e tratamento podem ser realizados em várias ocasiões. Este artigo relata um caso de sangramento digestivo obscuro cuja etiologia foi GIST de jejuno, diagnosticado por enteroscopia utilizando o EDB.

UNITERMOS: GIST, Sangramento, Enteroscopia de Duplo-Balão.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST)of small bowel are infrequent and diagnosis could be troublesome. The majority of these uncommon tumors are located in stomach. GIST might be asymptomatic but usually present with non-specific gastrointestinal symptoms such as abdominal mass, pain, bleeding, anorexia and bowel obstruction. Double Balloon Enteroscopy is an endoscopic technique for visualization of the small bowel. It allows for visualization of the entire small bowel, for the application of therapeutics, for the sampling or biopsying of small bowel mucosa and for the resection of polyps of the small bowel. This article relates a GIST case of jejunum in which the Double Balloon Enteroscopy is the technique used to diagnose this disease by investigation of obscure gastrointestinal bleeding.

KEYWORDS: *GIST, Bleeding, Double Balloon Enteroscopy.*

INTRODUÇÃO

A investigação do intestino delgado tem sido um desafio à prática médica, pois os métodos diagnósticos existentes são pouco elucidativos. A principal indicação para investigação do intestino delgado tem sido pacientes com sangramento digestivo obscuro, quando a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia não detectam o local da hemorragia (1-3).

A utilização da cápsula endoscópica foi uma evolução para o diagnóstico. Limitada, não possibilita a realização de biópsias ou qualquer ação terapêutica (4, 5).

A enteroscopia de duplo-balão (EDB) desenvolvida por Yamamoto (6) é um método endoscópico que tem modificado a atuação médica, ao permitir diagnosticar, localizar e tratar lesões do jejuno e do íleo. Para a realização do procedimento, utiliza-se um enteroscópio de 200 cm, associado a um "overtube" flexível, e balões infláveis, os quais permitem a progressão do aparelho com a retificação adequada do mesmo e conseqüente diminuição de alças. Este procedimento pode ser realizado por via anterógrada (oral) ou retrógrada (anal) ou mesmo pela combinação das duas vias.

As causas mais comuns de sangramento digestivo oriundos do intestino delgado são as angiodisplasias (1-5). Os tumores digestivos também são relatados, nas séries realizadas, como causa de sangramento recorrente (2-5). Dentre esses, os GISTs, que são raros, provenientes de células intersticiais de Cajal (7), podem localizar-se em qualquer segmento do tubo digestivo; sua freqüência no intestino delgado ocorre em 17-39% das vezes (8,9).

Este artigo relata um caso de sangramento digestivo obscuro, onde foi

Recebido: 7/11/2006 – Aprovado: 14/9/2007

14-53-diagnóstico_de_tumor_es.pmd 209 30/10/2007, 13:47

possível diagnosticar a etiologia do sangramento, GIST de jejuno, utilizando a EDB.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 57 anos, apresenta quadro recorrente de sangramento digestivo, manifestado por melena e anemia importante, há aproximadamente três anos. Em duas oportunidades necessitou de transfusão de sangue. Nesse período foram realizadas três endoscopias digestivas altas e duas colonoscopias que não identificaram a etiologia do sangramento. O paciente tinha história de hipertensão arterial sistêmica, controlada com o uso de anti-hipertensivos. O paciente negava o uso de antiinflamatórios e de ácido acetil salicílico. Apresentou novo episódio de sangramento, que motivou a internação hospitalar. Após avaliação do quadro foi indicada enteroscopia com duplo-balão, que foi realizada no Serviço de Endoscopia do Hospital Mãe de Deus.

O procedimento foi realizado com sedação conduzida por anestesiologista e com o auxílio de fluoroscopia.

Foi observada, a aproximadamente 200 cm do piloro, lesão elevada, com aspecto de tumor submucoso com 3 cm de diâmetro, com ulceração central, fundo com fibrina e bordos regulares (Figura 1). Foi realizada tatuagem com tinta-da-índia no local da lesão para orientar o cirurgião durante a cirurgia. O procedimento teve duração de 50 minutos.

A cirurgia, realizada na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto alegre, demonstrou o tumor em jejuno, com 3,5 cm, que se entendeu até o lúmen e com ulceração central (Figuras 2 e 3).

A avaliação anatomopatológica definiu o diagnóstico de neoplasia mesenquimal fusocelular, compatível com tumor estroma I gastrointestinal, ulcerado, na parede do intestino delgado. Estudo imuno-histoquímico confirmou positividade aos anticorpos CD117, S100, reforçando o diagnóstico anatomopatológico.

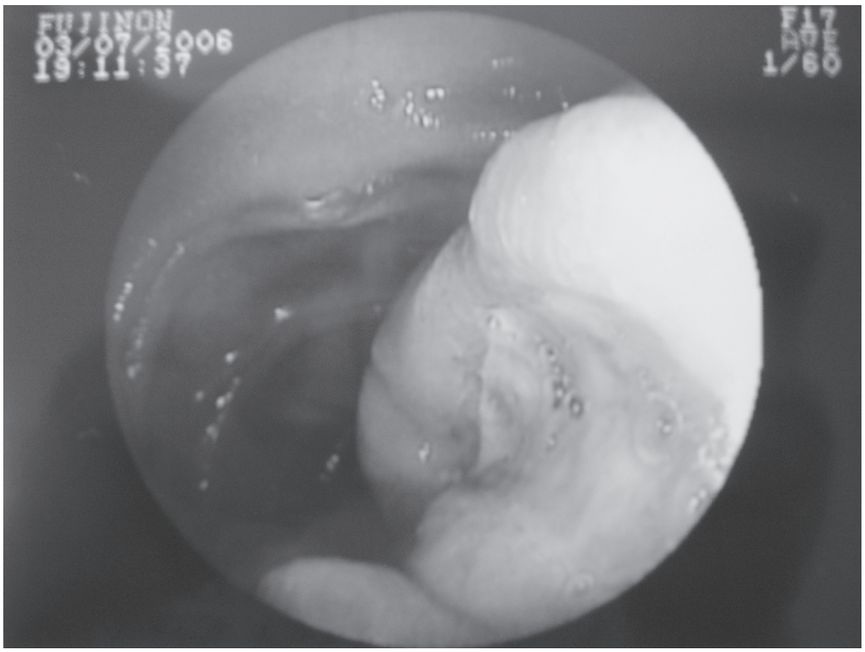


Figura 1 – Enteroscopia.

O paciente teve boa evolução hospitalar, com alta em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

O GIST é um raro tumor mesenquimal, com provável origem nas células intersticiais de Cajal. Localiza-se na maioria dos casos no estômago, sendo o intestino delgado o segundo sítio (17-39%); em menos de 10% dos casos acometem o esôfago, o cólon e o reto (8,9). A maior incidência ocorre entre a 5ª e a 7ª década de vida. Tem distribuição similar entre homens e mulheres (7).

A apresentação clínica, muito variada, depende da localização do tumor. Muitos casos cursam assintomáticos, com diagnósticos ocasionais obtidos por métodos radiológicos e ou endoscópicos. As manifestações clínicas podem ser diversas: massa abdominal, desconforto abdominal inespecífico, anemia ferropriva, hemorragia digestiva ou emagrecimento (7).

O diagnóstico histopatólogico tem como base a identificação de possíveis padrões celulares fusiformes, epitelióides e mistos. Os estudos imuno-histoquímicos com expressão de c-kit (CD117) são característicos para o diagnóstico (7, 10).

O prognóstico depende principalmente do tamanho do tumor, da presença de metástases e da atividade mitótica presente (10, 11). O tratamento cirúrgico é indicado sempre que possível. O uso de Amatinib, um inibidor de tirosinocinase, está indicado nos casos mais avançados (7).

Vários estudos, em diferentes centros, analisam o uso da EDB nas doenças de intestino delgado. Heine *et al.* (4) avaliaram 275 pacientes, sendo que a principal indicação do procedimento, em 168 pacientes, foi a presença de hemorragia digestiva com presumível origem no intestino delgado. Foram encontradas lesões em 123 pacientes (73%), a maioria angiodisplasias (52%). Nesta série foram encontradas oito lesões neoplásicas, sendo então realizada tatuagem, para facilitar a localização durante a cirurgia. Outra causa importante foi a doença celíaca refratária, identificada em 25 pacientes, diagnosticando-se linfoma em seis (24%).

14-53-diagnóstico_de_tumor_es.pmd 210 30/10/2007, 13:47

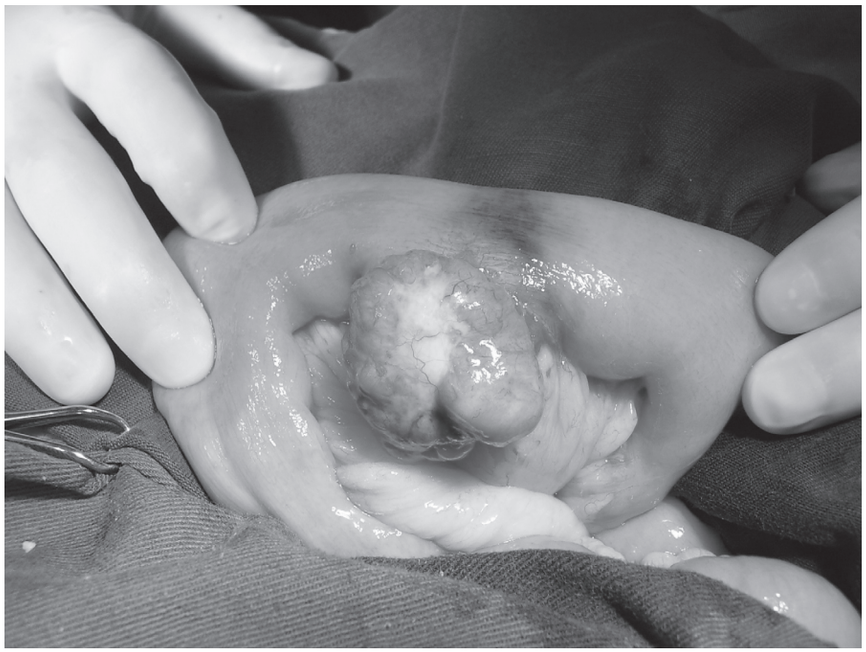


Figura 2 – Transoperatório.

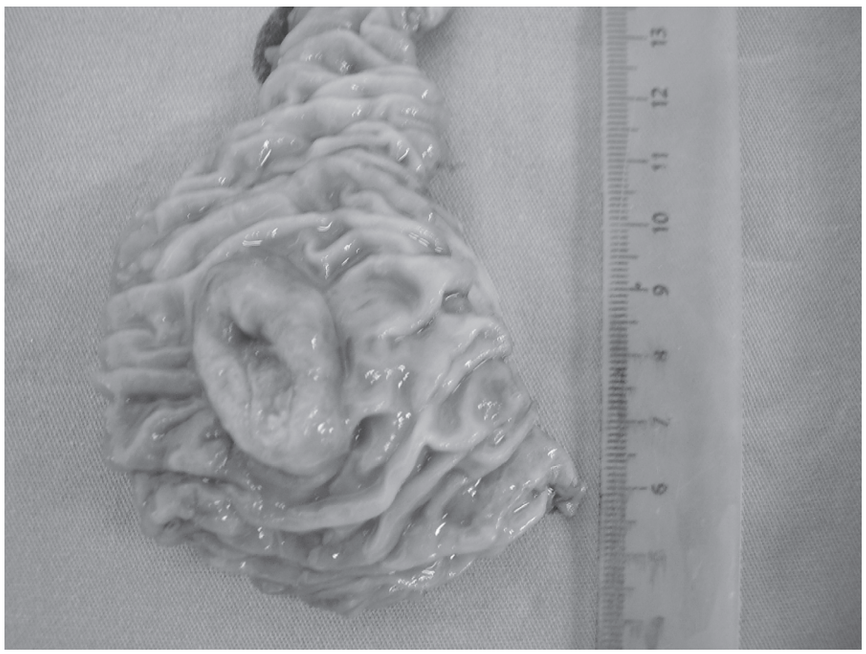


Figura 3 – Peça macroscópica.

Estudo, avaliando 44 pacientes, dos quais 33 haviam sido submetidos ao exame da cápsula endoscópica antes da enteroscopia, relatou que a indicação mais freqüente para o exame foi a de sangramento digestivo presumível (32 pacientes), sendo o diagnóstico mais comum o de angiodisplasia (19 pacientes), que foi tratada com coagulação com plasma de argônio, com boa resposta (2).

No caso apresentado, a indicação da investigação foi por hemorragia digestiva. Para avaliação da possível causa do sangramento, foi realizada diretamente a EDB, que possibilita a investigação endoscópica do intestino delgado, de forma completa, em 45 a 86% das tentativas (3, 12).

Alguns trabalhos comparam a eficácia da cápsula endoscópica com a enteroscopia com duplo-balão no sangramento, com provável origem no intestino delgado. Hadithi *et al.* (13) compararam a sensibilidade de ambas, encontrando como diagnósticos 28 de 35 exames com a cápsula e 21 de 35 exames com a enteroscopia. Em estudo preliminar, avaliados 32 pacientes, Nakamura *et al.* encontraram diagnósticos em 59% e 43%, respectivamente (12).

A complicação mais comum da enteroscopia com duplo-balão é a dor abdominal, ocorrendo em até 20% dos procedimentos, na maioria das vezes com duração menor que 24 horas. Uma complicação potencialmente grave do exame é a pancreatite aguda, sendo descrita em, aproximadamente, 1% dos pacientes (4). Perfuração tanto com o procedimento diagnóstico como com os procedimentos terapêuticos são possíveis, apesar de várias séries não a descreverem (1-4).

Vista a recente utilização deste método, protocolos mais adequados deverão ser estabelecidos. No momento, as indicações mais comuns seriam para sangramento com provável origem no intestino delgado e para avaliação de doença celíaca refratária. O diagnóstico da doença de Crohn, a realização de polipectomia ou o rastreamento em síndromes de polipose hereditária seriam outras indicações possíveis.

Nos casos em que outros exames complementares, como os radiológicos contrastados ou a enteróclise com tomografia computadorizada, identificam alguma lesão, o uso da enteroscopia como próximo passo da investigação parece ser o caminho natural. Nos casos em que esses exames não encontram achados diagnósticos, a cápsula endoscópica pode ser uma opção. A

14-53-diagnóstico_de_tumor_es.pmd 211 30/10/2007, 13:47

utilização da cápsula e da enteroscopia parecem ser complementares. Alguns autores sugerem primeiro o uso da cápsula e, em seguida, do enteroscópio. Entretanto, a experiência adquirida através da prática poderá mudar esse conceito, como no caso apresentado, no qual a enteroscopia com duplo-balão, isoladamente, diagnosticou e indicou o procedimento a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaffes AJ, Koo JH, Meredith C. Double-balloon enteroscopy in the diagnosis and the management of small-bowel diseases: an initial experience in 40 patients. Gastrointest Endosc; 63(1):81-6, 2006.
2. Pérez-Cuadrado E, Más P, Hallal H. *et al,* Double-balloon enteroscopy: a descriptive study of 50 explorations Rev Esp Enferm Dig; 98(2):73-81, 2006.
3. May A, Nachbar L, Christian E. Double-ballon enteroscopy (push-and-pull enteroscopy) of the small bowel: feasibility and diagnostic and therapeutic yield in patients with suspected small bowel disease. Gastrointest Endosc; 62(1):62-70, 2005.
4. Heine GD, Hadithi M, Groenen MJ, Kuipers EJ, Jacobs MA, Mulder CJ. Double-balloon enteroscopy: indications, diagnostic yield, and complications in a series of 275 patients with suspected small-bowel disease. Endoscopy; 38(1):42-8, 2006.
5. Monkemuller K, Weiht J, Treiber G, *et al*, Diagnostic and therapeutic impact of double-balloon enteroscopy. Endoscopy; 38(1):67-72, 2006.
6. Yamamoto H. Double-balloon endoscopy Clin Gastroenterol Hepatol; 3 (7 Suppl 1):S27-9, 2005.
7. Muñoz T, Cristián ST, Samuel NR. *et al*, Tumores del estroma gastrointestinal (GIST): revisión de la literatura Gastroenterol. latinoam;17(1):43-51, 2006.
8. Li CF, Chuang SS, Lu CL, Lin CN. Gastrointestinal stromal tumor (GIST) in southern Taiwan: a clinicopathologic study of 93 resected cases. Pathol Res Pract. 201 (1):1-9, 2005.
9. Chan KH, Chan CW, Chow WH. *et al,* Gastrointestinal stromal tumors in a cohort of Chinese patients in Hong Kong. World J Gastroenterol; 12(14):2223-8, 2006.
10. Miettinen M, Makhlouf H, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the jejunum and ileum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 906 cases before imatinib with long-term follow-up. Am J Surg Pathol; 30(4):477-89, 2006.
11. Koay MH, Goh YW, Iacopetta B. *et al,* Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): a clinicopathological and molecular study of 66 cases. Pathology; 37 (1): 22-31, 2005.
12. Nakamura M, Niwa Y, Ohmiya N. *et al*, Preliminary comparison of capsule endoscopy and double-balloon enteroscopy in patients with suspected small-bowel bleeding. Endoscopy;38(1):59-66, 2006.
13. Hadithi M, Heine GD, Jacobs MA, Van Bodegraven AA, V Bodegraven AA, Mulder CJ. A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol; 101 (1):52-7, 2006.

14-53-diagnóstico_de_tumor_es.pmd 212 30/10/2007, 13:47