

# Tumor carcinoide de intestino delgado

## *Carcinoid Tumor of small bowel*

Jefferson S. Araújo<sup>1</sup>, Renato Alves C. Júnior<sup>2</sup>,  
Gustavo A. M. Saliba<sup>3</sup>, Lucas T. Pisoler<sup>4</sup>, Arlete C.M. Dias<sup>5</sup>, Romana G. Ribeiro<sup>6</sup>

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar um caso de tumor carcinoide ileal, uma condição rara e maligna. Os autores apresentam um caso de tumor carcinoide do íleo terminal, diagnosticado pela clínica, estudos de imagem e exame histopatológico, em um paciente de 45 anos de idade. O paciente consultou a unidade de cirurgia reclamando de sintomas midintestinal suboclusiva. Durante o exame físico, observou-se abdome distendido e doloroso, com sinal fora de peritonite. Não se encontraram alterações laboratoriais, exceto para a PCR de 40 mg/mL. A paciente foi encaminhada para a unidade de imagem para realização de exames complementares (RX, ultrassonografia, TC), revelando retenção e dilatação do intestino delgado consequente a causa inflamatória inespecífica no íleo terminal. Após estudos de imagem, a laparotomia exploradora e ressecção íleo-cólon consequente direito foram executadas. O histopatológico confirmou o diagnóstico de tumor carcinoide. O diagnóstico correto é feito raramente antes da operação por radiologistas e cirurgiões, principalmente por causa da incapacidade de reconhecer essa entidade. Por conseguinte, é importante considerar essa lesão no diagnóstico diferencial, para evitar conduta equivocada.

**Palavras-chave:** Tumor Carcinoide; Intestino Delgado; Neoplasias; Relatos de Casos.

### ABSTRACT

*This study aims to report a case of an ileal carcinoid tumor, a rare and malignant condition. The authors present a carcinoid tumor case in the terminal ileum, diagnosed by clinic, image studies and histopathologic exam, in a patient of 45 year old. The patient consulted the surgery unit complaining of midintestinal subocclusive symptoms. During the physical examination was noted a distended and painful abdomen with out peritonitis sign's. No abnormalities were found laboratory tests except for a PCR of 40 mg/ml. The patient was referred to the image unit for realization of complementary examinations (XR, ultrasonographic, TC) revealing a retention and dilation of the small bowel consequent a inflammatory inespecific cause in terminal ileum. After image studies the exploratory laparotomy and consequent ileum-right colon resection was performed. The histopathologic confirmed the diagnosis of carcinoid tumor. A correct diagnosis is rarely made before operation by radiologists or surgeons primarily because of failure to recognize this entity. It therefore is important to consider this lesion in differential diagnosis to avoid mistaken conduct.*

**Key words:** Carcinoid Tumor; Intestine, Small; Neoplasms; Case Reports.

<sup>1</sup> Médico-Cirurgião Geral do Hospital Geral Semper, Belo Horizonte – MG, Brasil;

<sup>2</sup> Médico-Cirurgião Geral do Hospital Geral Semper, Belo Horizonte – MG, Brasil;

<sup>3,4</sup> Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Semper, Belo Horizonte – MG, Brasil;

<sup>5</sup> Residente de Clínica Médica do Hospital Geral Semper, Belo Horizonte – MG, Brasil;

<sup>6</sup> Residente de Cirurgia Geral do Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte – MG, Brasil.

Recebido em: 29/04/2008  
Aprovado em: 16/07/2008

Instituição:  
Centro de estudos do Hospital Geral Semper  
Belo Horizonte – MG, Brasil

Endereço para correspondência:  
Gustavo A. M. Saliba  
Alameda Ezequiel Dias, 389  
Centro, Belo Horizonte – MG, Brasil  
CEP: 30130-110  
E-mail: gust96@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

O tumor carcinoide de intestino delgado é raro, responsável por 0,3% dos tumores que acometem o ser humano.<sup>1</sup> Faz parte do grupo dos tumores neuroendócrinos, cujas células de origem são integrantes do sistema APUD (*amino precursor uptake and decarboxylation*), portanto, podem ser encontrados em qualquer parte do corpo humano.<sup>2</sup> É lesão maligna, de crescimento lento, que tem predomínio no gênero masculino, raça negra, com idade média de 56 anos, localizada mais frequentemente no trato gastrointestinal (60-80% dos casos), principalmente no intestino delgado.<sup>3</sup> O termo “carcinoide” foi descrito pela primeira vez por Oberndorfer, em 1907.

O presente trabalho descreve um tumor carcinoide do íleo terminal diagnosticado por meio da clínica, de exames de imagem e histopatológico da peça.

### Relato do caso clínico

M.A.C., gênero feminino, 45 anos, branca, casada, natural de Bom Despacho e procedente de Belo Horizonte-MG, foi atendida no setor de emergência do Hospital Geral Semper, com história de dor abdominal em cólica, principalmente em FID, associada a: parada de eliminação de fezes e flatos há sete dias. Referia dois episódios de vômitos de conteúdo alimentar no dia anterior. Queixava-se, ainda, de hiporexia e queda do estado geral.

Paciente não apresentava comorbidades ou cirurgias abdominais prévias.

Ao exame físico, detectaram-se abdome moderadamente distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, percussão timpânica, sem sinais de irritação peritoneal ou tumefações palpáveis. Os exames iniciais revelaram global de leucócitos de 5.190 (4% bastões, 70% SN, 1% M, 25% LT) e PCR de 40 mg/L. Os outros exames laboratoriais não evidenciaram alterações patológicas.

A radiografia de abdome exibia sinais de semiostrução intestinal que não respondeu ao tratamento clínico inicial, evoluindo com piora da dor abdominal, da distensão e dos vômitos no 4º dia de internação hospitalar.

O estudo ultrassonográfico apurou alças de intestino delgado difusamente distendidas, com peristaltismo aumentado e pequena ascite em cavidade abdominal e pelve. O estudo tomográfico relatou importante distensão líquida e gasosa das alças do intestino delgado, com área de redução focal do lúmen no íleo terminal, com plastrão de permeio – processo

inflamatório focal inespecífico com pequena ascite (Figura 1).

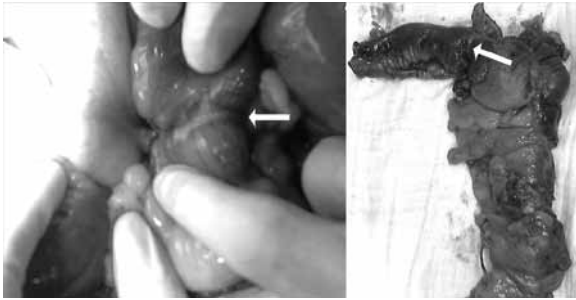


**Figura 1** - TC evidenciando importante distensão líquida e gasosa das alças do intestino delgado, com área de redução focal do lúmen no íleo terminal, com plastrão de permeio – processo inflamatório focal inespecífico (seta), com pequena ascite.

Diante dos achados, a equipe optou pela laparotomia exploratória. Após a abertura da cavidade coletou-se líquido ascítico para exame citopatológico e inspeção minuciosa dos órgãos intracavitários. Verificou-se no íleo terminal uma lesão constrictiva, anular, de aproximadamente 3,5 cm de diâmetro, amarelada, estendendo-se por toda sua parede, além de sinais de invasão do mesentério e lesões metastáticas no peritônio (Figura 2).

A conduta adotada foi a ressecção do íleo terminal e a hemicolectomia D com linfadenectomia retroperitoneal. O exame histopatológico da peça revelou: tumor carcinoide com características malignas, com padrão de crescimento do tipo insular predominante, medindo 2,5 cm em sua maior extensão, infiltrando todas as camadas da parede, atingindo o mesentério. Margens cirúrgicas livres de acometimento neoplásico. Apêndice sem alterações histopatológicas dignas de nota. A paciente recebeu alta no 4º DPO em bom estado geral, tolerando dieta VO, com evacuação sem alterações.

Após dois meses, ela foi submetida à ressecção de metástase peritoneal e atualmente encontra-se em tratamento quimioterápico até o momento sem queixas.



**Figura 2** - Evidência lesão constrictiva (seta), nodular, de aproximadamente 3,5 cm de diâmetro, amarelada, estendendo-se por toda a parede do intestino delgado. Peça cirúrgica contendo íleo terminal, cólon D e parte do transverso.

## DISCUSSÃO

Somente 1% dos tumores do corpo humano acomete o intestino delgado. Os tipos mais frequentes são adenocarcinoma (40%) e neuroendócrinos ou carcinoídes (30%).<sup>4</sup> Atualmente esse tumor tem gerado interesse, já que cerca de 90% dos casos evoluem com dificuldade diagnóstica pré-operatória, o que se justifica pela baixa especificidade dos exames habitualmente empregados para o estudo do intestino médio e pela apresentação sintomática inespecífica na maioria dos pacientes.

Os principais sítios acometidos são trato gastrointestinal (60-80%), respiratório, genitourinário e tecidos das partes moles.<sup>3</sup> Acreditava-se que o apêndice cecal era o principal sítio do tubo digestivo, entretanto, atualmente o intestino delgado é o mais afetado.<sup>3</sup> Outros locais são reto e estômago.<sup>5,6</sup>

O tumor pode apresentar-se com quadro clínico abrupto causado por obstrução intestinal ou sangramento digestivo; ou com quadro clínico insidioso caracterizado por secreção tumoral de hormônios vasoativos (síndrome carcinoide); ou também com sintomas diversos maldefinidos.<sup>7</sup>

O comportamento biológico desse tipo de tumor dificulta o prognóstico, uma vez estabelecido o diagnóstico histopatológico. Em 2004, Toth-Fejel e Pomier associaram a sobrevida ao retardo do diagnóstico clínico do paciente.<sup>1</sup>

O prognóstico de sobrevida é determinado pelo tamanho tumoral no momento do diagnóstico e pelo grau de disseminação local ou à distância. Pacientes com tumor carcinoide localizado possuem sobrevida em cinco anos de 94%, que se reduz para 18% no caso de tumor disseminado.<sup>4</sup> Em tumores carcinoídes do

intestino delgado menores que 1 cm o potencial de metástase ao diagnóstico é de 18%, ao contrário de tumores com diâmetro entre 1-2 cm, quando esse potencial atinge 80%.<sup>9</sup> No apêndice cecal, carcinoídes menores que 1 cm possuem 2% de potencial de metástases ao diagnóstico e atingem 50% em tumores de 1-2 cm de diâmetro.<sup>9</sup>

Os tumores carcinoídes são essencialmente malignos.<sup>10</sup> Sua ressecção deve respeitar princípios oncológicos, particularmente as margens, para deixar as bordas livres do acometimento tumoral. O acometimento do intestino delgado deve ser acompanhado de dissecação do mesentério correspondente e, se necessário, ressecção ampliada se houver acometimento linfonodal. O acometimento mesentérico deve exigir atenção para a não interrupção do fluxo arterial da artéria mesentérica superior, o que pode levar à desvascularização de grande parte do intestino delgado e grosso.<sup>10</sup>

Nas lesões menores que 1 cm localizadas no apêndice cecal o tratamento preconizado é a apendicectomia (incluindo a ressecção do meso apêndicular). Lesões maiores que 1 cm de diâmetro nessa localização requerem exérese ileocecal ou hemicolectomia direita.<sup>10</sup>

A síndrome carcinoide acontece principalmente na vigência de metástases hepáticas e é controlada a partir da administração de octreotida, interferon alfa, I<sup>31</sup>, antidiarreicos, broncodilatadores e diuréticos.<sup>9</sup>

As metástases hepáticas restritas podem ser conduzidas com cirurgias curativas, elevando a sobrevida, em cinco anos, de 29 para 73%. Ressecções paliativas objetivando amenizar sintomas são indicadas se mais de 90% das lesões neoplásicas puderem ser excisadas.<sup>11</sup> A metástase hepática bilobar não é contraindicação para a ressecção paliativa.<sup>12</sup> A sobrevida em cinco anos excede 70% após ressecção, comparada a 29-50% na ausência de ressecção paliativa.<sup>12</sup>

Os derivados da somatostatina utilizados em casos avançados geram palição dos sintomas, ocasional regressão tumoral e maior sobrevida. Tratamentos coadjuvantes (radioterapia, quimioterapia e interferon alfa) ainda permanecem controversos.<sup>11</sup> Em relação à quimioterapia (5-FU e ciclofosfamida) e radioterapia, estas não demonstraram resultados satisfatórios, já que deterioram significativamente a qualidade de vida e não têm demonstrado aumento da sobrevida em longo prazo.<sup>4</sup>

A relevância do tema e o motivo para a sua descrição radicam não somente a dificuldade para sua

abordagem diagnóstica, mas para enfatizar a importância da inclusão em diagnósticos diferenciais para pacientes com sintomas suboclusivos sem história prévia de cirurgias abdominais, evitando-se condutas equivocadas.

## REFERÊNCIAS

1. Toth-Fejel S, Pommeir R. Relationships among delay diagnosis, extent of disease and survival in patients with abdominal carcinoid tumors. *Am J Surg.* 2004; 187:575-9.
2. Raut CP, Kulke MH, Glickman JN, Swanson RS, Ashley SW. Carcinoid tumors. *Curr Probl Surg.* 2006; 43(6):383-450.
3. Maggard M, O'Connell J, Clifford Y. Updated population-based review of carcinoid tumors. *Ann Surg.* 2004; 240:117-22.
4. Norton J, Randal R, Chang A. *Surgery: basic science and clinical evidence.* Willard OH: Springer; 2000. p. 636-37, 919-53.
5. Rangel MF, Oliveira CV, Nóbrega LP. Tumor carcinoide do reto. *Rev Col Bras Cir.* 2000; 28:156-8.
6. Valarini R, Hoeldtke E, Tefilli NL. Tumor carcinoide do estômago. *Rev Col Bras Cir.* 2005; 32:50-1.
7. García-Compean D, Gonzalez JA, Gonzalez EG, Perez LEC, Saldana G, Maldonado HG. Tumor carcinoide ileal manifestado por hemorragia gastrointestinal y diagnosticado por cápsula endoscópica: Reporte de un caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005; 70:164-8.
8. Medina-Villaseñor EA. Tumor carcinoide sincrónico del intestino medio. *Gac Mex Onc.* 2004; 3:46-54.
9. Sutcliffe R, Maguire D, Ramage J, Rela M, Heaton N. Management of neuroendocrine liver metastases. *Am J Surg.* 2004; 187:39-46.
10. Makridis C, Öberg K, Junhlin C. Surgical treatment of mid-gut carcinoid tumors. *World J Surg.* 1990; 14:377-83.
11. Fernandes LC, Pucca L, Matos D. Diagnóstico e tratamento de tumores carcinoides do trato digestivo. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48(1):87-92.
12. Boudreaux JP, Putty B, Frey DJ, Woltering E, Anthony L, Daly I et al. Surgical Treatment of Advanced-Stage Carcinoid Tumors: Lessons Learned. *Ann Surg.* 2005; 241(6):839-46.