

Diagnóstico, abordagem e desfecho de neoplasia de pequeno intestino

Higno Rafael Machado Martins

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
hignorafael@gmail.com

Carolina Andrade Pinto de Almeida

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
carolandrade620@gmail.com

Débora Côrtes Sálvio Pinheiro Santana

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
deborasantana.97@hotmail.com

Antônio Carlos de Castro Júnior

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
antoniocastrojr@gmail.com

Eliane Camargo de Jesus

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
eliane.jesus@foa.org.br

Rafael dos Santos Reis

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
rafaelsantosreis@hotmail.com

RESUMO

Dentre os tumores do trato gastrointestinal, os de intestino delgado são raros e mais prevalente em homens. Alguns fatores de risco podem ser imunodeficiência, polipose, Crohn, tabagismo e etilismo. As manifestações clínicas podem ser sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce. Objetivo: Apresentar um caso de tumor de intestino delgado e manejo. Paciente de 60 anos, sexo feminino, branca, casada, apresentando quadro de dor abdominal de forte intensidade e constipação intestinal. Nega comorbidades e uso contínuo de medicamentos. Ao exame apresentava bom estado geral, hidratada, normocorada e eupneica. Foi descartado quadro obstructivo. A paciente foi submetida à laparotomia exploradora, evidenciando uma tumoração colabando luz da alça ileal. O prognóstico está relacionado ao tumor primário. Sua taxa de sobrevida é cerca de 5 anos. Houve consentimento da paciente para estudo de seu caso, sem explicitar sua identidade, para fins de estudo, com devido TCLE. Aprovado em comitê de ética CAAE 30457714.1.0000.5237.

Palavras-chave: Neoplasias Intestinais. Intestino Delgado. Doenças do Íleo.

ABSTRACT

Among tumors of the gastrointestinal tract, small bowel tumors are rare and more prevalent in men. Some risk factors may be immunodeficiency, polyposis, Crohn's, smoking, and alcohol consumption. Clinical manifestations may be nonspecific symptoms, making early diagnosis difficult. Objective: To present a case of small bowel tumor and management. A 60-year-old female, white, married patient with severe abdominal pain and constipation. It denies comorbidities and continuous use of medications. On examination, she presented a good general, hydrated, normocorada and eupneic condition. Obstructive picture was discarded. The patient was submitted to exploitative laparotomy, evidencing a tumor pasting light from the ileal loop. Prognosis is related to the primary tumor. Its survival rate is about 5 years. The patient was informed to study her case, without explaining her identity, for study purposes, with due Informed Consent. Approved by ethics committee CAAE 30457714.1.0000.5237.

Keywords: Intestinal Neoplasms. Small Intestine. Ileal Diseases

1 CONTEXTO

Dentre os tumores do trato gastrointestinal, os tumores primários de intestino delgado são raros, correspondendo a apenas cerca de 1-5% (ROCHA et al., 2021)(MÉNDEZ et al., 2021). É mais prevalente em homens com idade média de 57 anos e esta baixa incidência pode ser correlacionada com a flora bacteriana de baixa potência carcinogênica, menor irritação da mucosa do intestino delgado devido à maior fluidez com conteúdo entérico e rápida peristalse, o que contribui para um período curto de contato da mucosa com possíveis carcinogênicos, porém são apenas hipóteses (MARTINS et al., 2001) (MÉNDEZ et al., 2021).

Alguns fatores de risco podem ser descritos como imunodeficiência, polipose adenomatosa familiar, doença de Crohn, câncer colorretal não polipoide, doença celíaca, dieta rica em gordura animal, carne vermelha e produtos defumados, anérgicos, tabagismo e etilismo (MARTINS et al., 2001) (MÉNDEZ et al., 2021) (JÚNIOR et al., 2014) e o local mais acometido é o íleo, cerca de 50% (MARTINS et al., 2001).

As manifestações clínicas podem ser retratadas como sangramento gastrointestinal devido a necrose ou ulceração da mucosa, obstrução intestinal intermitente, intussuscepção, dor abdominal, náuseas e vômitos, anorexia e perda de peso, desse modo, são sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce (RANGEL et al., 2000) (JÚNIOR et al., 2014) (MÉNDEZ et al., 2021).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de tumor de intestino delgado de avaliação e diagnóstico após quadro álgico e laparotomia exploradora de caráter emergencial. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 60 anos, sexo feminino, branca, casada, natural de Maceió (AL), residente em Volta Redonda (RJ) é atendida no Pronto-Socorro do Hospital São João Batista no dia 09 de março de 2022 apresentando quadro de dor abdominal de forte intensidade e constipação intestinal. Nega comorbidades e uso contínuo de medicamentos.

A paciente refere estar apresentando tais sintomas de maneira intermitente desde dezembro de 2021, associado à perda ponderal progressiva (totalizando cerca de 10 kg). No momento do atendimento, informa ainda um episódio de vômito e piora da dor na última semana, sendo necessário procurar a emergência médica com as mesmas queixas três vezes nos últimos cinco dias para analgesia.

Além disso, relata acompanhamento médico com gastroenterologista e realização de endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada a nível ambulatorial para investigação diagnóstica. A endoscopia digestiva alta realizada em dezembro de 2021 indicava esofagite, gastrite e bulbite. A tomografia computadorizada, realizada na data 09/02/2022, apontava laudo de: “moderada distensão líquida gasosa em alças de delgado, com formação de níveis hidroaéreos evidenciados até íleo distal, em região de fossa ilíaca direita, onde se observa área de aflamento abrupto, não sendo possível afastar processo suboclusivo”.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica, eupneica, afebril e orientada em tempo e espaço. ACV: RCR 2T BNF s/ EESS ou SS. AR: MVUA s/ RA. ABD: plano, peristalse presente, flácido, doloroso a palpação profunda em região periumbilical, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis.

O médico plantonista levantou a hipótese de aderências intestinais (bridas) com obstrução, portanto, solicitou tomografia de abdome com contraste, exames laboratoriais, internação hospitalar e prescreveu analgesia.

Após realização de exames, o caso clínico foi discutido pela equipe de cirurgia geral e radiologia, sendo descartado quadro obstrutivo. Optou-se pela realização de laparotomia exploradora para esclarecimento diagnóstico.

A paciente foi submetida à laparotomia exploradora no dia 13/03/2022 onde foi possível a identificação de pequena tumoração colabando luz da alça ileal aproximadamente a 30 centímetros da válvula íleo-cecal com massa linfonodal associada. Foi realizado enterectomia segmentar para ressecção da lesão tumoral e linfadenectomia com anastomose primária latero-lateral com síntese de mesocolon. O procedimento ocorreu sem intercorrências, foi solicitada biópsia da peça cirúrgica e paciente recebeu alta hospitalar após recuperação com retorno agendado para ambulatório de pós-operatório.

3 DADOS COMPLEMENTARES

A biópsia evidenciou segmento de 22 cm de comprimento por 2.9 cm de perímetro de intestino delgado com mucosa apresentando lesão estenosante, ulcerada de bordas elevadas medindo 2.0 x 1.8 cm, exibindo coloração amarelada e homogênea que dista 10.0 cm da margem proximal e infiltra até tecido adiposo. Notou-se ainda quatro lesões nodulares exibindo coloração amarelada e homogênea medindo a maior 1.5 x 1.0 cm e a menor 0.8 cm de diâmetro que dista 1.0 cm da margem proximal e infiltra até parede muscular, no restante o pregueamento é reduzido e a parede mede 0.2 cm de espessura.

O conjunto dos aspectos histopatológicos permitiu concluir:

1. Neoplasia maligna ulcerada invasiva, exibindo blocos de células com núcleos arredondados com citoplasma granuloso medindo 2.0 x 1.8 cm localizado em intestino delgado infiltrando até tecido adiposo adjacente;
2. Embolização angiolinfática detectada na amostra examinada;
3. Infiltração neoplásica perineural detectada na amostra examinada.

Foi recomendado estudo imuno-histoquímico complementar para definição diagnóstica, fatores preditivos e prognósticos.

4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pode ser feito através de tomografia computadorizada (TC), endoscopia digestiva alta (EDA), cápsula de vídeo de intestino delgado e enteroscopia por balão duplo, ressonância magnética (RM) e angiografia digital, podendo ser confirmada por exploração cirúrgica (RANGEL et al., 2000) (MARTINS et al., 2001) (JÚNIOR et al., 2014) (MÉNDEZ et al., 2021).

5 TRATAMENTO

O tratamento de primeira escolha é a ressecção tumoral com margem saudável de segurança de aproximadamente 5 cm, associada à linfadenectomia locorregional (RANGEL et al., 2000). Outros possíveis procedimentos são polipectomia quando se trata de uma lesão polipoide menor do que 2cm, duodenopancreatectomia quando há comprometimento periampular e hemicolectomia direita em casos de localização tumoral no íleo terminal (RANGEL et al., 2000).

6 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Paciente retornou ao ambulatório de cirurgia para retirada dos pontos e revisão da ferida operatória, foi orientada a buscar resultado de biópsia dentro de 30 a 45 dias após cirurgia, porém não o fez até o momento da realização desse relato.

7 DISCUSSÃO

Após busca nas bases de dados Pubmed, Scielo e Google acadêmico, sobre a temática de neoplasia ileal, utilizando os termos: “intestinal neoplasms”, “ileal cancer”, “cancerileogastric”, “ileal diseases”, “small intestines” e “small intestine cancer”; foi levantado informações junto a literatura para leitura, interpretação e embasamento das informações clínicas levantadas no caso. É importante destacar que os casos de neoplasia de pequeno intestino (intestino delgado) são entendidos como raros. O adenocarcinoma é o tipo mais comum deste tipo de câncer, sendo responsável por 3% de todos os cânceres do Trato Gastrointestinal (TGI). Segundo a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), nos EUA, a taxa de malignidade tem se elevado em 1,8% desde 2006 a 2015, ao contrário da malignidade dos demais cânceres gástricos, que tem diminuído. Em 2019, a NCCN estabeleceu o primeiro conjunto de guidelines para os cânceres de pequeno intestino (PRINTZ, 2020).

Nesse sentido, as neoplasias de pequeno intestino podem englobar lesões benignas e malignas. No caso das malignas existem adenocarcinomas, tumores neuroendócrinos, sarcomas e linfomas, estando os adenocarcinomas no ápice dessa lista. Dentre os sítios anatômicos do pequeno intestino (intestino delgado), as localizações mais comuns são duodeno, seguido de jejuno, somente como menos frequente a porção ileal. O que evidencia a raridade de acometimento do caso relatado. Além disso, 10% desses tumores possuem origem não conhecida. Em homens a incidência de neoplasia maligna de intestino delgado é de 0,5 a 1,5 para cada 100.000 pessoas; no caso das mulheres, a incidência de lesões malignas é de 0,2 a 1,0 para cada 100.000. É mais prevalente na América do Norte e Europa Ocidental; mais comum em populações de etnia negra para ambos os gêneros, ao contrário da paciente relatada no caso (REYNOLDS; HEALY;MCNAMARA, 2014).

Com base nos poucos estudos e carências de informações, anteriormente o manejo e tratamento dessas neoplasias eram os mesmos dos cânceres colorretais. Nesse contexto, novos estudos mostram as relevantes diferenças desses métodos, assim evidências mais atuais apontam os benefícios de novas drogas, como os taxanos, responsável por interromper a mitose e inibir o crescimento celular; em contrapartida à desenfaturação do uso de drogas como inibidores de fatores e crescimento EGFR, pois esses não demonstram benefícios pertinentes para a melhora clínica. Somado a isso, a NCCN implementa um novo guideline para a detecção de fatores genéticos predisponentes para auxiliar no diagnóstico precoce, por meio de aconselhamento genético e testagens de painel multigênico. Além disso, ainda é estabelecido uma média de screening de risco em indivíduos na faixa dos 50 anos de vida (PRINTZ, 2020).

A paciente em questão não apresenta lesões expandidas ou difundidas, o que favorece a ausência de metástases, porém nos casos de metástase presente, na fase de elucidação diagnóstica, com o uso de métodos de imagem já se consegue detectar as lesões em outras estruturas, o que fala em favor de estágio mais avançado da doença. Nesses casos, a abordagem por tratamento paliativo mostra evidências de melhores desfechos para pacientes acometidos, em paralelo às quimioterapias sistêmicas quando possíveis de serem aplicadas, mesmo em localizações previamente abordadas pelo tratamento cirúrgico (REYNOLDS; HEALY; MCNAMARA, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados levantados neste estudo, é possível estabelecer um entendimento sobre a temática das neoplasias do pequeno intestino, porção ileal, bem como estabelecer parâmetros e dados clínicos, com base neste descrito, que se apresentem disponíveis para discussão e entendimento de novos casos. Em paralelo, fica evidente a necessidade de novas informações e mais bases científicas, assim como o surgimento de novas pesquisas para elucidação dessa patologia.

Desse modo, o objetivo é estabelecido ao apresentar e divulgar um caso de tumor de intestino delgado, assim como sua avaliação e diagnóstico. Concomitantemente, os dados levantados contribuem para explorar uma neoplasia rara de baixa prevalência, porém com incidência crescente.

Por fim, as neoplasias de pequeno intestino, bem como os demais acometimentos neoplásicos, são melhores manejadas, possuem desfecho mais favoráveis e maiores taxas de sobrevida ao serem diagnosticados precocemente, seguindo o manejo adequado, esclarecendo uma fisiopatologia ainda menos alterada e mais facilmente abordada.

9 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Mulher de 50 anos é trazida ao serviço de pronto-atendimento do Hospital São João Batista com um quadro que vem evoluindo há aproximadamente uma semana. Iniciou com dor abdominal periumbilical em cólica, súbita e intensa, de maneira intermitente há quase um ano, que está mais intensa e, agora, com picos menos frequentes. HPP: Perda ponderal progressiva de 10 Kg. Tem leve distensão abdominal, 1 episódio de vômito, ausência da eliminação de gases e fezes desde ontem, RHA presentes durante os picos de dor. Ao exame físico: PA 130/80, FC 88 e FR 18. Em bom estado geral, com abdome doloroso a palpação profunda em região periumbilical. Blumberg negativo. Após quadro clínico descrito, cite quais exames complementares poderiam ser solicitados para elucidação diagnóstica e as hipóteses diagnósticas levantadas para o caso.

2. Um item importante para auxílio do diagnóstico que não foi questionado pela equipe médica durante o atendimento da paciente foi:

- a) História de tabagismo;
- a) História familiar de câncer ou de polipose intestinal;
- a) Medicamento de uso contínuo;
- a) Cirurgias prévias.

3. Para confirmação do diagnóstico e realização do tratamento mais adequado, o procedimento a ser realizado é:

- a) Videolaparoscopia;
- a) Laparotomia exploradora com biópsia;
- a) Histeroscopia diagnóstica;
- a) Ileocolonoscopia.

REFERÊNCIAS

JÚNIOR, A. B. C. et al. Tumor maligno primário de intestino delgado: relato de caso. **GED gastroenterol. endosc. dig.**, vol. 33, n. 4, p. 151-155, 2014.

PRINTZ, C. National Comprehensive Cancer Network guidelines for small intestine cancers reflect new findings. **Cancer.**, v. 126, n. 2, p. 241, 2020. doi: 10.1002/cncr.32687. PMID: 31917474.

MARTINS, A. C. A. et al. Neoplasias do intestino delgado: experiência de cinco anos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, vol. 28, n. 5, p. 1-5, 2001.

MÉNDEZ, J. E. P. et al. Características clínico-patológicas y manejo de tumores primarios de intestino delgado de localización yeyuno-ileal. **Rev. de Gastroenterol Peru.**, vol. 41, n. 4, p. 215-220, 2021.

RANGEL, M. F. et al. TUMORES MALIGNOS DO INTESTINO DELGADO. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias.**, vol. 27, n. 6, p. 385-387, 2000.

REYNOLDS, I.; HEALY, P.; MCNAMARA, D.A. Malignant tumours of the small intestine. **Surgeon.** v. 12, n. 5, p. 263-70, 2014. doi: 10.1016/j.surge.2014.02.003. Epub 2014 Mar 14. PMID: 24637026.

ROCHA, C. T. M. et al. Tumor neuroendócrino de intestino delgado: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review.**, vol. 4, n. 5, p. 18779-18793, 2021.