
LEIOMIOMA DO INTESTINO DELGADO. REVISÃO DE LITERATURA

JOSÉ MÁRCIO NEVES JORGE
ANGELITA HABR-GAMA, TSBCP
MAGALY GEMIO TEIXEIRA, TSBCP
HENRIQUE WALTER PINOTTI

JORGE JMN, HABR-GAMA A, TEIXEIRA MG, PINOTTI HW - Leiomioma do intestino delgado. Revisão de literatura. *Rev Bras Colo-Proct.*, 1990; 10(3): 106-109.

RESUMO: Os tumores do intestino delgado são de ocorrência rara, correspondendo a 1-6% dos tumores gastrintestinais; entretanto, essa hipótese deve ser sempre cogitada na exploração diagnóstica dos pacientes com hemorragia digestiva, após a exclusão das causas mais freqüentes através de exames complementares de rotina. Apesar dos leiomiomas representarem os tumores benignos mais comuns do intestino delgado, freqüentemente o diagnóstico não é realizado no pré-operatório. Além disso, dificuldades adicionais são encontradas na determinação do grau de malignidade. Os autores fazem a revisão da literatura e apresentam um caso de leiomioma do intestino delgado, cuja manifestação clínica foi caracterizada pela alternância de enterorragia e melena, e discutem os achados encontrados nos exames diagnósticos e a conduta empregada. Aspectos relacionados aos critérios atualmente utilizados na determinação do grau de malignidade e ao prognóstico são também enfatizados, através de revisão de literatura.

UNITERMOS: leiomioma; leiomiossarcoma; neoplasias intestinais; hemorragia gastrintestinal

Entre os tumores gastrintestinais, os primários de intestino delgado são de ocorrência rara, correspondendo a 1-6% (10). Entre estes, entretanto, os de linhagem muscular lisa são relativamente comuns, sendo o leiomioma o mais comum entre os benignos e o leiomiossarcoma o terceiro ou quarto mais comum entre os malignos (1, 9, 13, 17).

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia - FMUSP.

A manifestação clínica mais comum dos leiomiomas é a hemorragia gastrintestinal (15), seguindo-se de dor abdominal, massa palpável, obstrução intestinal, e, mais raramente, perfuração intestinal (2). Esses tumores caracterizam-se por crescimento insidioso, podendo ser assintomáticos por longos períodos, justificando-se assim sua maior incidência na faixa etária de 50 a 60 anos (15). Os exames radiológicos tradicionais dificilmente demonstram o leiomioma, requerendo para o seu diagnóstico exames mais invasivos como a arteriografia (11). Dificuldades adicionais também são encontradas pela maioria dos patologistas na definição de critérios para a determinação do grau de malignidade dos tumores de linhagem lisa, e, não raramente, essa determinação é impossível.

Nosso propósito, através desse trabalho, além da revisão de literatura, é o de relatar um caso de leiomioma do intestino delgado e discutir as dificuldades encontradas tanto com relação ao diagnóstico, como também na determinação do grau de malignidade.

Relato do caso

Paciente O.Z.T., RG.HC: 2610176-D, do sexo feminino, 39 anos, branca, com história de três episódios de hemorragia digestiva, com início dois anos antes de sua internação. O episódio inicial caracterizou-se por tontura e palidez, seguidas de melena, tendo sido realizada, na época, endoscopia digestiva, que revelou gastrite difusa sem sinais de sangramento ativo. Cerca de 15 meses após, apresentou episódio de palidez, distensão abdominal e tontura, seguidas desta vez de enterorragia, tendo sido submetida a colonoscopia, que evidenciou aumento do trauma vascular em ceco e sigmóide, porém sem caracterizar ectasias vasculares ou outras lesões.

Após 3 meses, apresentou outro episódio de melena, tendo sido então encaminhada ao nosso serviço. Em todos os três episódios houve repercussão hemodinâmica, com necessidade de transfusão sanguínea de 3.000 a 4.000 ml em cada internação.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, porém descorada. O exame do abdome e o proctológico eram normais. O hemograma revelou anemia (Hb: 7,8 g%, Ht: 28%) e os demais exames laboratoriais mostravam-se inalterados.

A endoscopia digestiva alta, o exame ultra-sonográfico de abdome e o enema opaco não revelaram alterações. O estudo contrastado de intestino delgado também era normal. A paciente foi então submetida à pesquisa de sangramento com hemácias marcadas com pirofosfato de tecnécio. Embora este exame não tenha detectado sangramento gastrointestinal atual, foi observada área de acúmulo de radioisótopos no quadrante inferior do abdome, correspondendo a uma área hipervascularizada (Fig. 1). Seguiu-se a realização de estudo angiográfico das artérias mesentéricas superior e inferior, que evidenciou na FID área hipervascularizada bem delimitada, com locais de intenso acúmulo de contraste durante a fase capilar, além de enchimento venoso precoce. Os vasos que a irrigavam eram calibrosos e provenientes da artéria mesentérica superior (Figs. 2 e 3). O achado foi sugestivo de tumor de intestino delgado.

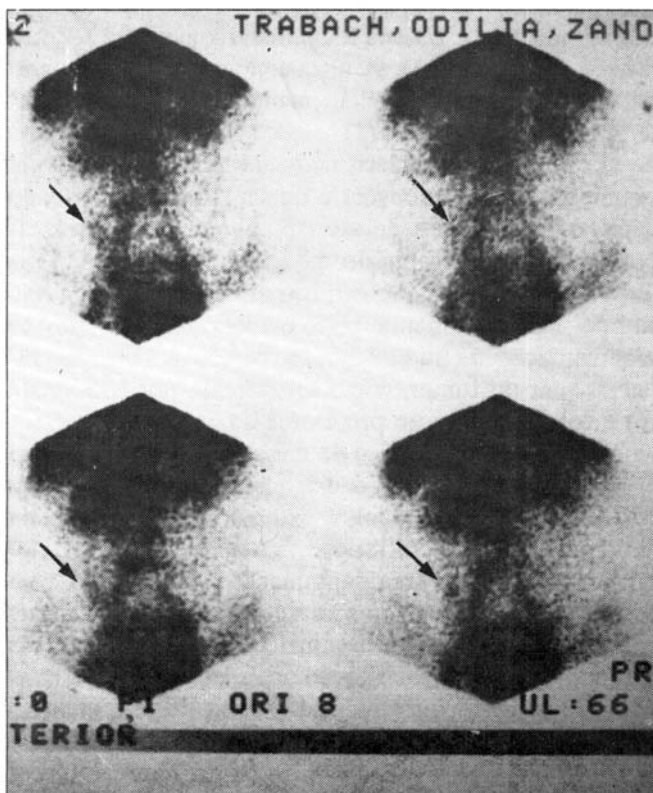


Fig. 1 - Cinilografia realizada com hemácias marcadas com tecnécio 99. A seta demonstra área de hiperemia intensa e persistente no quadrante inferior direito do abdome.

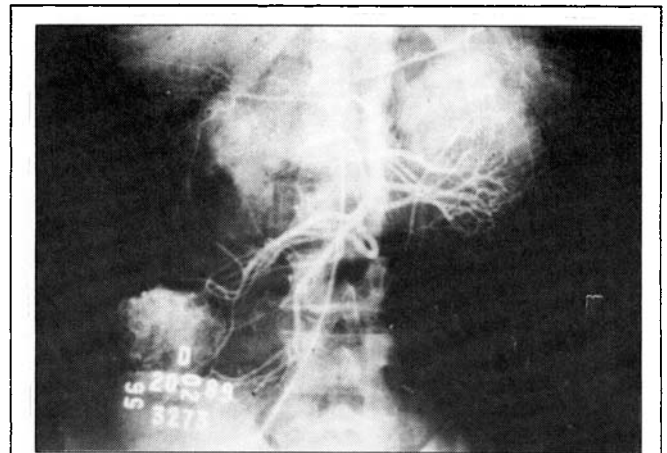


Fig. 2

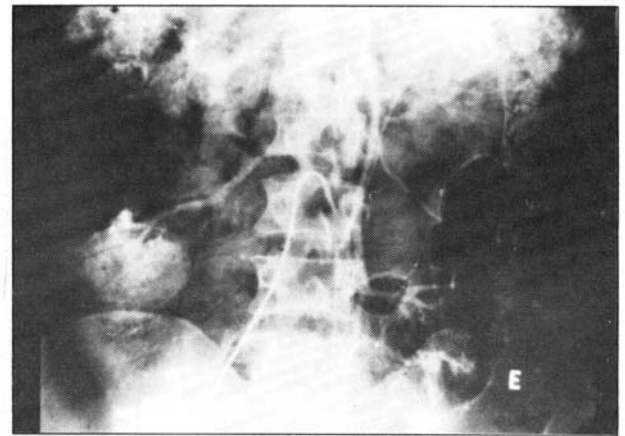


Fig. 3

Figs. 2 e 3 - Estudo angiográfico de artéria mesentérica superior, fases arterial (Fig. 2) e venosa (Fig. 3). Evidencia-se área hipervascularizada no quadrante inferior direito do abdome, com acúmulo intenso de contraste durante a fase capilar, além de enchimento venoso precoce e persistente.

A paciente foi submetida a laparotomia, tendo sido encontrada tumoração subserosa, pediculada, medindo 6,5 cm de diâmetro localizado em íleo, a 150 cm da válvula ileo-cecal. Chamava atenção a presença de vasos calibrosos que, provenientes do meso, atravessam a serosa intestinal para suprir o tumor localizado na borda contramesentérica (Fig. 4). Não havia adenomegalias ou outros sinais de malignidade. Procedeu-se a ressecção de segmento ileal de 8 cm de comprimento e anastomose término-terminal em plano extra-mucoso. A evolução pós-operatória foi boa.

Ao exame macroscópico da peça, constatou-se tumor bem encapsulado, de localização subserosa, apresentando pequena área de ulceração (1 cm) em mucosa ileal. À superfície de corte o aspecto era predominantemente sólido, com área de necrose central de 1,5 cm de diâmetro (Fig. 5). O exame microscópico constatou células alongadas, agrupadas em feixes com escasso tecido conjuntivo. Não foram observadas mitoses (Fig. 6).

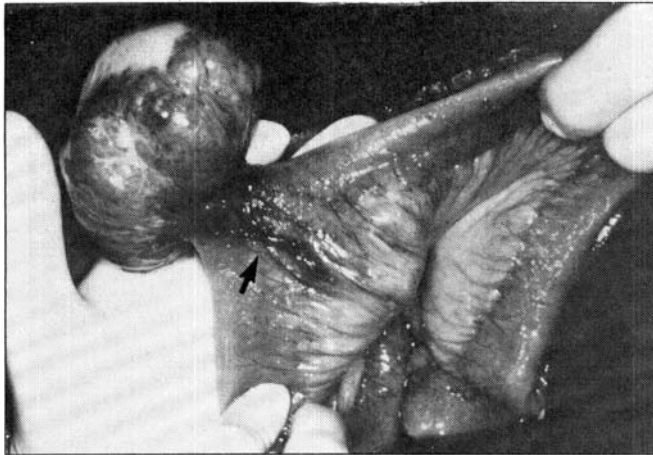


Fig. 4 - Aspecto intra-operatório do tumor. A seta demonstra a presença de vasos calibrosos provenientes do mesentério nutrientes do tumor.

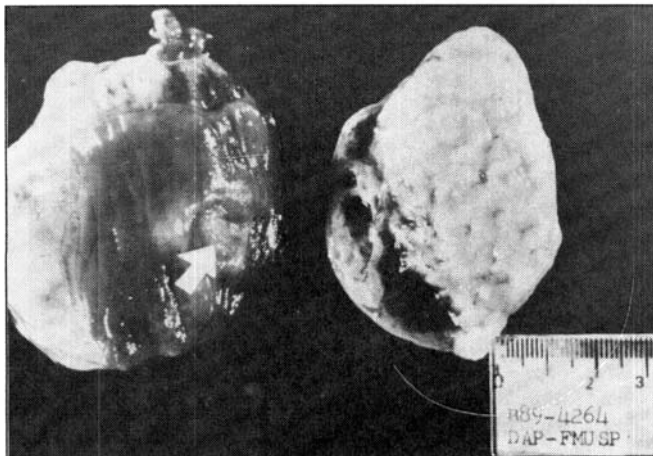


Fig. 5 - Aspecto macroscópico do tumor. A seta demonstra, à esquerda, ulceração em superfície mucosa do íleo após abertura do segmento de alça ressecado. À direita, nota-se a superfície de corte, exibindo áreas de necrose.

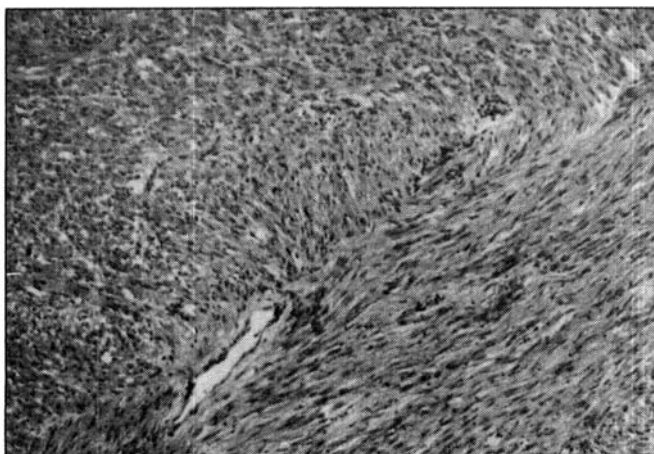


Fig. 6 - Aspecto microscópico do leiomioma.

DISCUSSÃO

O trato gastrointestinal é a terceira localização mais comum de leiomiomas, após o útero e a pele (14). No tubo gastrointestinal os leiomiomas podem ocorrer em qualquer segmento, porém são mais comuns no estômago, intestino delgado e esôfago. Numa revisão de literatura de 342 casos de leiomiomas de intestino delgado, Skandalakis (15) observou maior incidência em jejuno (36,6%), seguido de íleo (31,7%) e duodeno (25,3%). Em 41% a localização foi indeterminada (jejuno/íleo) e em 2,3% o tumor estava localizado em um divertículo de Meckel.

A hemorragia digestiva, manifestação mais comum dos leiomiomas, pode se exteriorizar de forma insidiosa como anemia, ou de forma mais aguda e grave como melena ou mesmo hematêmese nos casos de localização mais alta. No caso relatado, é interessante notar, além da gravidade dos episódios de sangramento intestinal, a alternância de melena com enterorragia, traduzindo uma localização mais baixa do tumor. A presença de enterorragia grave somada aos achados de hipervascularização em ceco e sigmóide detectados pela colonoscopia sugeriram inicialmente o cólon como sítio de sangramento.

O estudo contrastado do intestino delgado frequentemente não evidencia a lesão, uma vez que mais de 50% dos leiomiomas e 2/3 dos leiomiossarcomas são de localização subserosa (15). A ultra-sonografia e a tomografia computadorizada podem evidenciar, ocasionalmente, grandes tumorações (2).

O estudo com hemácias marcadas com tecnécio é um exame muito útil na vigência de sangramento, podendo detectar hemorragias de até 0,5 ml/min, caracterizadas por áreas de hipercaptação móveis devido à progressão intra-luminal do sangue extravasado contendo o radioisótopo. Mais raramente, pode evidenciar áreas fixas de hipercaptação de radioisótopos devido à natureza hipervascular do tumor, como foi referido por McDonald (6) e como ocorreu no presente caso.

O estudo arteriográfico da mesentérica superior é um exame eficaz tanto para o diagnóstico etiológico, como para evidenciar o tamanho, extensão e localização da lesão (11). O aspecto arteriográfico mais comum do leiomioma é o de uma área densamente vascularizada, com acúmulos de contraste que caracterizam os shunts arteriovenosos, além de vasos nutrientes calibrosos. Áreas maiores e com vascularização mais escassa correspondendo a necrose intratumoral podem sugerir malignidade (5).

Apesar dos diversos métodos propedêuticos disponíveis, o diagnóstico pré-operatório do leiomioma dificilmente é realizado. Em revisão da literatura, Skandalakis (15) encontrou apenas 4 diagnósticos corretos no

pré-operatório, dentre 100 operados. Recentemente, diferentes tipos de enteroscópicos têm sido desenvolvidos para examinar todo o intestino delgado, distalmente ao ângulo de Treitz, que poderão contribuir para o diagnóstico destes tumores (3, 4).

Macroscopicamente, os leiomiomas são tumores bem circunscritos, arredondados ou lobulados, podendo ser subserosos, intramurais ou, mais raramente, submucosos. Geralmente, quando descobertos, apresentam-se menores que 5 cm, embora tumores maiores que 20 cm já tenham sido relatados. Áreas de necrose e, mais raramente, calcificações podem estar presentes. Microscopicamente, são caracterizados por feixes de células musculares lisas e entremeadas por tecido conjuntivo. O estudo imuno-histoquímico permite detectar antígenos de linhagem muscular lisa, nos casos em que o estudo microscópico inicial não consegue definir a origem celular específica desta neoplasia mesenquimal (8).

Com exceção dos casos em que a malignidade pode ser definida pela presença de metástases hepáticas ou para outros órgãos, freqüentemente os patologistas têm dificuldades para distinguir o leiomioma do leiomyosarcoma. Vários critérios anatomopatológicos têm sido relatados procurando estabelecer a malignidade desses tumores, tais como: tamanho maior que 9-10 cm, áreas de necrose, ulceração da mucosa, hiperplasia celular, atipia celular e o número de mitoses (5 ou mais mitoses/10 campos de maior aumento). Entre esses critérios, o número de mitoses parece ser o indicador mais útil de malignidade (12). No caso relatado, embora tenha sido encontrada área de necrose e ulceração de mucosa, na microscopia não foram observadas atipia celular ou mitoses freqüentes. O conhecimento deste achado é importante, pois em um grande grupo de tumores de linhagem muscular lisa o grau de malignidade não pode ser estabelecido com exatidão, apenas em critérios anatomopatológicos.

A ressecção é o tratamento de escolha dos leiomiomas. Ressaltamos a importância da exérese do segmento intestinal contendo a lesão e não apenas a simples excisão em "V" ou enucleação, tanto pela presença de vasos calibrosos e anômalos remanescentes, próximos à base de implantação do tumor, podendo ocasionar hemorragias pós-operatórias catastróficas, como também pela possibilidade de malignidade (7). Além disso, Starr (16) observou recidiva em 5,7% dos leiomiomas histologicamente classificados como benignos. Assim, salientamos que a ressecção completa de um leiomioma, mesmo sendo considerado benigno, não dispensa a necessidade de um rigoroso acompanhamento pós-operatório.

JORGE JMN, HABR-GAMA A, TEIXEIRA MG, PINOTTI HW -
Leiomyoma of the small intestine. Literature review.

SUMMARY: One case of leiomyoma which clinical presentation was gastrointestinal hemorrhage is reported. Ancillary methods and their accuracy are reviewed. Difficulties encountered on anatomopathological assessment of malignancy and in the therapeutic management and prognosis are also emphasized.

KEYWORDS: leiomyoma; leiomyosarcoma; intestinal neoplasms; hemorrhage gastrointestinal

REFERÊNCIAS

1. Croom RD, Newsome JF. Tumors of the small intestine. *Am Surg* 1975; 41: 160-7.
2. Elle L, Lyng KM. Leiomyomas of the small intestine: a rare cause of abdominal emergency. *Acta Chir Scand* 1987; 153: 391-3.
3. Foutch PG, Sanowski RA, Kelly S. Enteroscopy: a method for detection of small bowel tumors. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 887-90.
4. Hashmi MA, Sorokin JJ, Levine SM. Jejunal leiomyoma: an endoscopic diagnosis. *Gastrointest Endosc* 1985; 31: 81-3.
5. Kaude J, Silseth CH, Tylén U. Angiography in myomas of the gastrointestinal tract. *Acta Radiol Diagn* 1981; 12: 691-704.
6. McDonald KL. Technetium-99m RBC scintigraphy in the evaluation of small bowel leiomyoma. *Clin Nucl Med* 1987; 12: 131-3.
7. McGrath PC, Neifeld JP, Lawrence Jr W, Kay S, Horsley JS, Parker GA. Gastrointestinal sarcomas. Analysis of prognosis factors. *Ann Surg* 1987; 206: 706-10.
8. Miettinen M. Gastrointestinal stroma tumors. An immunohistochemical study of cellular differentiation. *Am J J Clin Path* 1988; 89: 601-10.
9. Miles RM, Crawford D, Duras S. The small bowel tumor problem: an assessment based on a 20 years experience with 116 cases. *Ann Surg* 1979; 189: 732-40.
10. Norberg K, Emäs S. Primary tumors of the small intestine. *Am J Surg* 1981; 142: 569-73.
11. Ramer M, Mitty HA, Baron MG. Angiography in leiomyomatous neoplasms of the small bowel. *Am J Roentgenol* 1971; 113: 263-8.
12. Ranchod M, Kempson RL. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneum. A pathologic analysis of 1,000 cases. *Cancer* 1977; 39: 255-62.
13. Silberman H, Crichlow RW, Caplan HS. Neoplasms of the small bowel. *Ann Surg* 1974; 180: 157-61.
14. Simmang GL, Reed K, Rosenthal D. Leiomyomas of the gastrointestinal tract. *Milit med* 1989; 154: 45-7.
15. Skandalakis JE, Gray SW, Shepard D. Smooth muscle tumors of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1964; 42: 172-90.
16. Starr GF, Dockerty MG. Leiomyomas and leiomyosarcomas of the small intestine. *Cancer*, 1955; 8: 101-11.
17. Zollinger Jr RM, Sternfeld WC, Schreiber H. Primary neoplasms of the small intestine. *Am J Surg* 1981; 142: 654-8.