

Tumor Neuroendócrino no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica: Relato de Caso

Carcinoid tumor on post-operative late for bariatric surgery: case report

Ana Luísa Silva Souza*¹; Lara Vianna de Barros Lemos²; Shaytner Campos Duarte³

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos.

² Médica Gastroenterologista Doutora em Hepatologia; Professora da disciplina de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Campos.

³ Professor Doutor Faculdade Medicina de Campos.

RESUMO

As cirurgias bariátricas compõem um conjunto de técnicas cirúrgicas, com respaldo científico, com ou sem uso de órteses, destinadas à promoção de redução ponderal e ao tratamento de doenças que estão associadas e/ou que são agravadas pela obesidade. Tumores neuroendócrinos são neoplasias epiteliais com diferenciação neuroendócrina predominante. São neoplasias raras, de crescimento lento e se caracterizam pela capacidade de armazenar e secretar peptídeos e neuroaminas. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente que apresentou um tumor neuroendócrino estando este em seguimento clínico após ter realizado uma cirurgia bariátrica.

Descritores: tumor neuroendócrino; cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Gastric bypass comprise a set of surgical techniques, with scientific backing, with or without the use of orthotics, designed to promote weight reduction and treatment of diseases that are associated with and / or are aggravated by obesity. Neuroendocrine tumors are epithelial neoplasms with neuroendocrine differentiation predominant. They are rare neoplasms, with slow-growing and are characterized by the ability to store and secrete peptides and neuroaminas. This paper aims to report a case of a patient who presented a neuroendocrine tumor being in this clinical follow-up after bariatric surgery performed.

Keywords: neuroendocrine tumors; bariatric surgery.

* Autor de correspondência email: aluisa.med@gmail.com

Endereço: Avenida Alberto Torres, 217 - Centro - Campos dos Goytacazes / RJ

INTRODUÇÃO

A obesidade apresenta etiologia complexa e multifatorial que resulta de fatores ambientais, estilos de vida, fatores emocionais e interação de genes. De mesmo modo, o tratamento da obesidade é complexo e multidisciplinar¹. A cirurgia bariátrica (CB) é indicada quando houve falha de tratamento clínico e a obesidade é grave². O Ministério da Saúde preconizou critérios para que a cirurgia bariátrica fosse indicada como recurso no tratamento da obesidade e estes são válidos apenas para os adultos com idade entre 18 e 65 anos. Os critérios são:

- Adultos com IMC ≥ 40 kg/m² sem comorbidades;
- Adultos com IMC ≥ 35 kg/m² com uma ou mais comorbidades associadas;
- Resistência aos tratamentos conservadores realizados regularmente há pelo menos dois anos (orientação nutricional, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física);
- Motivação, aceitação e conhecimento sobre os riscos da cirurgia;
- Ausência de contraindicações.

Neoplasias neuroendócrinas são neoplasias epiteliais com diferenciação neuroendócrina predominante que podem surgir na maioria dos órgãos do corpo³.

Tumores neuroendócrinos gastro-entero-pancreáticos se originam no sistema difuso de células endócrinas; 60 a 70% têm localização no trato gastrointestinal e 20 a 40% se localizam no pâncreas. A incidência dos tumores neuroendócrinos de pâncreas está em ascensão, uma vez que tinha sido estimado em menos de 1 caso/100.000 habitantes, mas tem sido relatada atualmente em 4,4 casos/100.000 habitantes ao ano. Estes tumores podem ser benignos ou malignos, de acordo com a presença de metástases⁴.

Existem autores que especulam que a própria obesidade ou talvez os fatores inerentes a cirurgia bariátrica favoreçam o surgimento do tumor neuroendócrino⁵. O objetivo desse artigo foi relatar e discutir um caso de aparecimento de um tumor neuroendócrino em um paciente em seguimento clínico após ter realizado uma cirurgia bariátrica.

RELATO DO CASO

KRSCP, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural de Campos dos Goytacazes, professora aposentada. Paciente apresentava queixas dispépticas inespecíficas que motivou investigação pré-eliminar. Realizou-se então uma endoscopia digestiva alta (EDA) e uma ultrassonografia (USG) abdominal. A EDA não evidenciou alterações e a USG abdominal observou lesão sólida de aproximadamente 1 cm localizado no pâncreas de etiologia à esclarecer. A paciente foi encaminhada para especialista para condução do caso. Assim sendo, solicitou-se uma tomografia computadorizada (TC) de abdome que mostrou um nódulo pancreático sólido e vascularizado, confirmando o achado ultrassonográfico. Realizou-se uma USG endoscópica com punção/biopsia do nódulo para estudo histopatológico. História Patológica Pregressa: paciente realizou uma cirurgia bariátrica (Fobi-Capella) em 2008; presença de

comorbidades como HAS e dislipidemia. Outro exame realizado foi a Ecoendoscopia que por visão transmural, identificou uma lesão nodular, arredondada, sólida, hipoecoica e heterogênea, medindo 8mm situada na transição da cabeça distal para o istmo pancreático (Fig.1). Realizando-se duas punções ecoguiadas da lesão pancreática, coletou-se material para o estudo anátomo-patológico (Fig.2). LAUDO ECOENDOSCÓPICO: Lesão sólida da transição da cabeça distal para o istmo pancreático sugestiva de processo neoplásico primário (aventou-se a hipótese de tumor neuroendócrino). A conclusão microscópica pelo estudo citopatológico pela positividade imunohistoquímica para cromogranina e sinaptofisina corroboraram o diagnóstico de tumor neuroendócrino.



FIGURA 1 – Lesão sólida hipoecoica heterogênea na transição cabeça distal/ istmo pancreático.



FIGURA 2 – Idem figura 1. Visão em maior aumento.

DISCUSSÃO

Apesar de serem raras na população geral, as neoplasias neuroendócrinas apresentam maior incidência na população obesa⁶. Por isso, deve-se pesquisar e procurar o diagnóstico precoce, tendo em vista que os pacientes obesos são mais susceptíveis, evidência esta mostrada em diversos relatos. Por serem assintomáticos, a descoberta e o diagnóstico dos tumores neuroendócrinos comumente é um achado ao acaso e sua apresentação clínica pode ser bastante variável⁷. A paciente do relato recebeu o diagnóstico sem apresentar sintomas dessa entidade clínica, corroborando os dados de estudos que afirmam que a maioria dos pacientes são assintomáticos. Existem métodos de imagem que auxiliam no diagnóstico, como a endoscopia digestiva alta, o ultrassom endoscópico, a tomografia computadorizada e a cintilografia⁷. O mesmo ocorreu com a paciente do relato, que teve a lesão suspeitada através de uma ultrassonografia e em seguida realizou-se uma tomografia computadorizada que confirmou a suspeição ao identificar o nódulo sólido e vascularizado. A ultrassonografia endoscópica foi realizada no intuito de confirmar o diagnóstico através da punção/biopsia do nó-

dulo para estudo histopatológico que corado com a cromogranina A e outros marcadores fechou o diagnóstico de tumor neuroendócrino. O tratamento cirúrgico requerido foi a realização de uma duodenopancreatectomia, a cirurgia de Whipple⁸. Na paciente do caso, procedeu-se dessa maneira, realizando esse procedimento. O prognóstico dos pacientes irá depender do órgão acometido, do subtipo de tumor e da extensão da doença⁷. A paciente segue sem recidiva e assintomática.

CONCLUSÃO

A investigação de tumores neuroendócrinos ou carcinóides em pacientes obesos deve ser realizada de modo precoce, principalmente nos candidatos a cirurgia bariátrica e os que estão em follow-up clínico pós-cirúrgico. Para auxiliar no diagnóstico, destaca-se a importância de exames como a endoscopia digestiva alta. A correlação entre os tumores neuroendócrinos e a obesidade é recente e é necessário que haja uma adequada abordagem clínica, principalmente preventiva através do rastreamento com métodos de imagem, visando o diagnóstico e terapêutica precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Abeso.org.br [site na internet] Brasil: Diretrizes brasileiras de obesidade.; 2009 - [atualizada em 2009, acesso em 2013, maio 5]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
- ² Sbcbm.org.br [site na internet] Brasil: Consenso Bariátrico.; 2008 [atualizada em 2008, maio 14, acesso em 2013, maio 5]. Disponível em: http://www.sbcbm.org.br/membros_consenso_bariatrico.php.
- ³ David S.K., Irvin R.M., Domenico C., Ricardo V.L., Saul S. The Pathologic Classification of Neuroendocrine Tumors. *Nanets Guidelines*. 2010; 39:767-774.
- ⁴ Varas M., Gornals J., Ponseti J.M., Alastruè A., Durán C., Llevoria C. Pancreatic endocrine tumors or apudomas. *Rev. esp. enferm. dig.* 2011; 103:184-190.
- ⁵ Obaid A., Mustafa S., Nabeel A. Gastric carcinoid and obesity: association or coincidence? Report of two cases and literature review. *Case Reports in Gastrointestinal Medicine*. 2013; doi: 10.1155/2013/848075.
- ⁶ Crea N., Pata G., Di Betta E., Titi A., Mittempergher F. High incidence of appendix carcinoid tumors among candidates for bariatric surgery: diagnostic and therapeutic implications. *Obesity Surgery*. 2011; 21:151-156.
- ⁷ Mottin C., Cruz R., Thomé G. Carcinoid tumors and morbid obesity. *Obesity Surgery*. 2009; 19:247-249.
- ⁸ Swain J.M., Adams R.B., Farnell M.B., Que F.G., Sarr M.G. Gastric and pancreatoduodenal resection for malignant lesions after previous gastric bypass - diagnosis and methods of reconstruction. *Obesity Surgery*. 2010; 6:670-675.