

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL DISTAL POR GIST DE
CÓLON SIGMOIDE - UM RELATO DE CASO**

LUIZA DA SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro - RJ

MARINHA DO BRASIL

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE DA MARINHA

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL DISTAL POR GIST DE
CÓLON SIGMOIDE - UM RELATO DE CASO**

**AUTORA: LUIZA DA SILVA BARBOSA
ORIENTADORA: ANA LUÍSA DE ARÊA LEÃO**

Rio de Janeiro - RJ

2025

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de um paciente atendido na emergência do Hospital Naval Marcílio, com diagnóstico de obstrução intestinal por GIST de cólon sigmoide. Um diagnóstico diferencial raro em pacientes com abdome agudo obstrutivo no contexto de uma emergência cirúrgica.

Método: Foram feitas análises do prontuário médico individual, dos laudos de exames radiológicos e laboratoriais, além de uma revisão da literatura atual, que contribuíram para a elaboração e descrição deste estudo observacional e descritivo.

Considerações Finais: Apesar da baixa incidência de GISTs em cólon e reto é de extrema importância que os mesmos entrem como diagnóstico diferencial em quadros de obstrução intestinal e investigação de tumores colorretais. Apesar de sua elevada taxa de recidiva, apresentam boa resposta ao uso do Imatinibe em associação com a ressecção cirúrgica. A conscientização do rastreio de CCR através da colonoscopia deve ser incentivada, visando diagnósticos precoces e melhores prognósticos.

Palavras-chave: Obstrução intestinal; Câncer Colorretal; GIST.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient treated in the emergency department of Hospital Naval Marcílio, diagnosed with intestinal obstruction due to GIST of the sigmoid colon. A rare differential diagnosis in patients with acute obstructive abdomen in the context of a surgical emergency.

Method: Analyzes of individual medical records, radiological and laboratory exam reports were carried out, in addition to a review of current literature, which contributed to the preparation and description of this observational and descriptive study.

Final Considerations: Despite the low incidence of GISTs in the colon and rectum, it is extremely important that they be used as a differential diagnosis in cases of intestinal obstruction and investigation of colorectal tumors. Despite their high recurrence rate, they respond well to the use of Imatinib in association with surgical resection. Awareness of CRC screening through colonoscopy should be encouraged, aiming for early diagnoses and better prognoses.

Keywords: Intestinal obstruction; Colorectal Cancer; GIST.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. RELATO DE CASO.....	10
3. DISCUSSÃO.....	12
4. CONCLUSÃO.....	14
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

Após a evolução da microscopia eletrônica e da imuno-histoquímica pode-se observar que alguns tumores mesenquimais apresentavam poucas características estruturais e imuno-histoquímicas com os tumores de tecido muscular liso, portanto sendo introduzido na literatura outra classificação, sendo definido como tumor estromal. (1,3)

Os tumores de células estromais (Gastrointestinal Stromal cell Tumors – GIST) são considerados tumores mesenquimais, que tem origem na parede de qualquer segmento do tubo digestivo, desde o esôfago até o reto. (2)

Sugere-se que os GISTs se originam das células intersticiais de Cajal, localizadas na camada muscular do trato gastrointestinal, as quais atuam na regulação da motilidade intestinal. Essa hipótese de sua origem é devido à similaridade estrutural e imuno-histoquímica entre esses tumores e estas células. (1,2)

Em relação a sua incidência, costumam ocorrer entre 60 e 70 anos de idade e afetam de forma igualitária ambos os sexos. Apesar de serem em sua maioria de forma esporádica, podem estar associados a síndromes hereditárias, como por exemplo na Neurofibromatose tipo I, com maior tendência em pacientes mais jovens e manifestando com múltiplos GISTs de intestino delgado e na Tríade de Carney, consistindo em GISTs sincrônicos ou metacrônicos, paragangliomas extrassuprarrenais e condromas pulmonares. (2)

Sua localização, como citado anteriormente, pode ser evidenciada em qualquer segmento do tubo digestivo, porém existem regiões que seu achado é mais comum. Cerca de 2/3 dos casos são encontrados no estômago, seguidos do intestino delgado. Já no cólon e reto apresentam

incidência menor, sendo mais raros nesses segmentos. Apenas 10 a 20% são diagnosticados nessas localizações, sendo mais comum no reto. (2)

Os sintomas causados por esses tipos de tumores têm relação com a sua localização e tamanho. Dentre eles podemos destacar o sangramento e dor retal, dor abdominal, palpação de massas abdominais no exame físico ou achadas em exames complementares. Por apresentarem mais comumente um crescimento exoentérico e raramente um crescimento intraluminal importante, dificilmente evolui com quadro de obstrução intestinal. Apresentam crescimento lento e por esse motivo, com frequência, os pacientes só diagnosticam tal patologia de forma incidental durante investigações de outras doenças. Em exames de imagem podem ser descritos como uma massa mural bem-circunscrita e focal. (1,2,3)

A investigação de um paciente com suspeita de GIST de cólon ou reto se dá por meio da colonoscopia ou ultrassom transretal. Além desses exames, para realização de estadiamento tumoral e avaliação de viabilidade de ressecção cirúrgica, deve-se complementar a investigação com Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética. (1,2,5)

A avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica obtida através da biópsia tumoral é essencial para o diagnóstico e planejamento terapêutico. A análise histopatológica evidencia células com aparências fusiformes e tem coloração positiva para o antígeno CD117, marcador da oncoproteína KIT. Além disso, em 60 a 70% dos casos, exibem positividade para CD34, antígeno de células progenitoras hematopoiéticas e 30 a 40% apresentam imunopositividade para actina muscular (SMA). Mais raramente, em torno de 5% dos casos, há tumores com positividade para a proteína S-100 e em menor número de casos é negativo para a oncoproteína KIT. (1,2,3)

Uma forma que ajuda a diferenciar os GISTs de Leiomiomas, que são tumores mesenquimais originados do tecido muscular liso, é que estes apresentam coloração negativa para KIT e CD34, porém são imunopositivos para a diosmina, actina do músculo liso e S100. (1)

O tratamento de escolha para os GISTs devido a maior probabilidade de cura é a ressecção cirúrgica completa, com remoção em bloco do tumor e sua pseudocápsula, não havendo necessidade de grandes margens de ressecção, sendo suficiente pelo menos 1 cm e não havendo também necessidade de linfadenectomia, pois não é comum metástase linfonodal. As metástases ocorrem por via hematogênica, sendo mais frequentes no fígado, pulmão e ossos. (1,2)

Foi desenvolvida ainda uma droga com impacto positivo no tratamento de pacientes com GISTs. A droga quimioterápica é o Mesilato de Imatinib, um inibidor seletivo do receptor da tirosina quinase, que bloqueia a sinalização da oncoproteína KIT. Tem indicação tanto como terapia adjuvante, quanto em terapia neoadjuvante. (1,2)

Seu uso em tratamento adjuvante se dá quando não se consegue uma ressecção cirúrgica completa, nos casos de metástases ou em recidiva tumoral. Já como terapia neoadjuvante é indicado para pacientes com tumores grandes para uma ressecção cirúrgica inicial, com intuito de redução do tumor e posterior programação cirúrgica. Nesses casos, o Imatinib resultou em redução do tumor em até 50% dos pacientes. (2,4)

Mesmo após a excisão cirúrgica completa, a incidência de recidiva local ou metástases é elevada. Cerca de 50% dos pacientes apresentam recorrência da doença. Tem sido estudado o uso do Imatinib também como tratamento adjuvante em pacientes com tumores de elevado risco de recidiva. (1,2)

O prognóstico desses pacientes diagnosticados com GIST se baseiam em alguns fatores, dentre eles o tamanho do tumor e o índice mitótico. Podem ser classificados em lesões de risco muito baixo, intermediário ou alto, de acordo com o Quadro 1. Índice mitótico menor ou igual a 5 mitoses por 50 campos de aumento e tumores menores que 2 cm estão associados a um comportamento tumoral benigno. Tumores maiores que 10 cm estão relacionados a um pior prognóstico. (1,5,6)

Quadro 1. Abordagem Proposta para Definir Risco de Comportamento Agressivo nos GISTs

	TAMANHO	ÍNDICE MITÓTICO
RISCO MUITO BAIXO	< 2 cm	< 5/50 HPF
RISCO BAIXO	2 – 5 cm	< 5/50 HPF
RISCO INTERMEDIÁRIO	< 5 cm	6 – 10/50 HPF
	5 – 10 cm	< 5/50 HPF
RISCO ALTO	> 5 cm	> 5/50 HPF
	> 10 cm	Qualquer índice mitótico
	Qualquer tamanho	> 10/50 HPF

Fonte: Shiu MH, et al. 1983. (7)

2. RELATO DE CASO

R.V.S.N., 58 anos, sexo masculino, hipertenso, diabético e obeso, procurou a emergência do Hospital Naval Marcílio Dias no dia 30/08/2023 com relato de dor abdominal, parada de eliminação de fezes e vômitos com evolução de 4 dias. Ao exame físico apresentava distensão abdominal importante, percussão evidenciando hipertimpanismo e dor difusa à palpação. Solicitados exames complementares incluindo exame laboratorial e Tomografia Computadorizada de abdome e da pelve.

Tomografia Computadorizada do abdome e da pelve evidenciava importante distensão de delgado e cólon descendente com densificação da gordura adjacente. Presença de grande lesão de aspecto sólido-cístico, multiloculada, medindo 15 cm em seu maior diâmetro, que determina obstrução a montante. Fígado e pulmão sem lesões sugestivas de metástase.

Devido a suspeita de abdome agudo obstrutivo, optou-se pela abordagem cirúrgica. Foi submetido então a laparotomia exploradora no dia 30/08/23 com identificação de tumor estenosante de sigmoide, sendo optado pela realização de Retossigmoidectomia à Hartmann. Peça cirúrgica que contemplava o cólon sigmoide foi encaminhada para biópsia (Figuras 1 e 2).



Figuras 1 e 2: Cólono sigmoide com tumor estenosante.

Resultado de laudo histopatológico de peça cirúrgica evidenciou neoplasia mesenquimal moderadamente celular com perfil imuno-histoquímico compatível com tumor estromal gastrointestinal (GIST) com tamanho de 3,0 x 2,0 cm e índice mitótico de 2 mitoses/5mm². Positividade para DOG1 e actina de músculo liso. Isolados 31 linfonodos livres de neoplasia.

Durante internação hospitalar foram realizados exames para estadiamento tumoral, incluindo Tomografias Computadorizadas de tórax, abdome e pelve com contraste e dosagem sérica do Antígeno Carcinoembrionário (CEA). Exames de imagem não evidenciando lesões sugestivas de metástases pulmonares, hepáticas ou linfonodais. CEA com valor de 0,77.

Caso apresentando em Comissão de Oncologia no dia 25/09/2023 e optado por seguimento clínico, sem necessidade de adjuvância devido às características encontradas no laudo histopatológico. Paciente mantém seguimento clínico rigoroso ambulatorialmente de acordo com o manejo de follow up de câncer colorretal, realizando exame físico proctológico, tomografias de tórax, abdome e pelve e exames laboratoriais de forma periódica.

3. DISCUSSÃO

Embora os GISTs representem, aproximadamente, apenas 0,1-3% dos cânceres colorretais, sendo considerados raros, podem aparecer nas grandes emergências, assim como descrito no caso clínico. Originam-se a partir das células de Cajal e células-tronco pluripotentes do mesênquima. Apresentam células fusiformes e costumam ter coloração positiva para o antígeno CD117 e CD34 em 60-70% dos casos, apesar do paciente em questão não ter apresentado tais positivities. Apresentou imunopositividade para DOG1 e actina de músculo liso, que também caracterizam o GIST, porém em menor incidência.

A incidência ocorre na 6ª e 7ª década de vida e afeta ambos os sexos igualmente, estando o paciente próximo à faixa etária descrita. São de crescimento lento e, com frequência, são um achado incidental. Os sintomas mais comuns são hematoquezia e dor abdominal. Vale destacar o quadro clínico atípico apresentado, em que GISTs não costumam cursar com obstrução intestinal.

Apesar da sua investigação ser por meio da colonoscopia, em contexto de emergência como o apresentado, em um quadro sugestivo de obstrução intestinal, o exame de escolha seria a Tomografia Computadorizada. A Tomografia Computadorizada do abdome e da pelve e Ressonância Magnética são utilizadas também para o estadiamento e avaliação de viabilidade de ressecção cirúrgica.

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica, devendo ter margem de pelo menos 1 cm. Não há necessidade de linfadenectomia. O Imatinib pode ser utilizado como terapia adjuvante nos casos em que não se consegue uma ressecção cirúrgica completa e em doença metastática e atua na diminuição do risco de recidiva. Pode ser utilizado também como terapia neoadjuvante nos casos de tumores inicialmente irresssecáveis com intuito de redução do volume. A recidiva e

metástase podem chegar a 50% dos casos. No caso em questão, pelo índice mitótico ter sido baixo e pelo tamanho reduzido do tumor, dois fatores prognósticos importantes, foi optado pela não realização do Imatinib como terapia adjuvante.

4. CONCLUSÃO

O GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal) do cólon sigmoide é considerado raro e pode se manifestar de múltiplas maneiras, tornando seu diagnóstico desafiador. O relato de um caso específico contribui para o conhecimento médico ao fornecer informações sobre a manifestação clínica, diagnóstico, tratamento e evolução da doença.

O objetivo do relato foi ajudar a aumentar a conscientização sobre a possibilidade de GIST em locais menos comuns, como o cólon sigmoide, onde frequentemente não são considerados inicialmente no diagnóstico diferencial por serem raros nesta topografia, principalmente gerando quadro de obstrução intestinal, que é ainda menos comum.

A análise de casos também pode fornecer dados importantes sobre a resposta ao tratamento e o prognóstico, auxiliando outros profissionais de saúde no manejo desses pacientes.

Portanto, o relato de caso sobre GIST do cólon sigmoide é uma contribuição importante para a prática clínica, orientando profissionais de saúde sobre a importância do conhecimento dos diagnósticos diferenciais, mesmo aqueles considerados raros, para o melhor manejo dos pacientes. Além disso, contribuir ainda para a conscientização do rastreio do câncer colorretal através da colonoscopia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos FG, Fillmann HS, Martinez CAR, Regadas FSP, editores. Tratado de coloproctologia: uma obra dos membros da Sociedade Brasileira de Coloproctologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2024.
2. Steele SR, Hull TL, Hyman N, Maykel JA, Read TE, Whitlow CB. Manual ASCRS de cirurgia de cólon e cirurgia retal. 3ª ed. [S.l.]: [s.n.]; 2020.
3. Silva FE, Ascoly MH, Scofano V, Arakaki JR N, Reis O, Sá MAGS. Tumores estromais gastrointestinais (GIST): relato de um caso. Rev Bras Coloproct. 2004;24(2):159-64.
4. Neto PRF, Ramos LAG, Silva LC, Fernandes CKM, Lacerda-Filho A. Uso neoadjuvante do mesilato de imatinibe no tratamento de GIST retal volumoso: relato de caso. [S.l.]; 2011 abr 14.
5. ESMO / European Sarcoma Network Working Group. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. [S.l.]: 2014;25(Suppl 3):iii21-iii26.
6. Oliveira RPB, Pannain VL, Portari Filho PE, Salomão AR, Iglesias AC, Basilio de Oliveira CA. Tumor estromal gastrointestinal: análise de fatores relacionados ao prognóstico.
7. Shiu MH, Farr GH, Egeli RA, Quan SH, Hadju SI. Myosarcomas of the small and large intestine: a clinicopathologic study. J Surg Oncol. 1983;24:67-72.