

BARBOSA, CA; SACRAMENTO, RMM; SANTOS, MA; PIRES, MV; PACHECO, IF; FERREIRA, MA; LINHARES, E; ALBAGLI, RO.
SERVIÇO DE CIRURGIA ABDOMINO-PÉLVICA – Instituto Nacional de Câncer José de Alencar
INCA - Rio de Janeiro - Brasil

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos do estômago (TNEg) constituem um espectro de tumores raros, que têm origem a partir de células enterocromafins deste órgão (LATTA et al., 2012). Representam menos de 1% dos tumores de estômago e podem ser divididos em três tipos distintos, de acordo com o contexto em que se desenvolvem. Os tumores tipo I se apresentam como múltiplos pequenos pólipos, associados a gastrite atrófica e hipergastrinemia. Os tumores tipo II têm aspecto endoscópico semelhante, mas surgem em um contexto de hiperacidez gástrica, desencadeada por um Gastrinoma – Síndrome de Zollinger Ellison. Os tipo III, em geral, são tumores únicos, de maior tamanho, sem relação com aumento de gastrina (BURKITT e PRITCHARD, 2006).

OBJETIVO

Descrever o manejo dos tumores neuroendócrinos de estômago no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é descritivo, realizado com base em uma coorte retrospectiva, no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2017. A análise foi realizada com ficha de dados organizada pelos pesquisadores e com a utilização do programa SPSS v13.0. O projeto obteve apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, CAAE: 69722917.0.0000.5274.

RESULTADOS

Foram identificados 85 casos de TNEg que fizeram tratamento e acompanhamento no INCA, conforme Tabela 1. Neste grupo, 46 pacientes (54,1%) eram do sexo feminino. Dezesete casos foram tratados com cirurgia (20%), enquanto sessenta e oito (80%) foram conduzidos com ressecções endoscópicas. Foram registrados 5 óbitos (5,9%). A mediana de seguimento foi de 41,2 meses (mínimo 0,07; máximo 150,4).

Tabela 1: Descrição da população de estudo.

TNE g n=85			
SEXO	Masc	39	45,90%
	Fem	46	54,10%
IDADE		54,6	SD± 14,8
TIPO	I	44	78,60%
	II	-	-
	III	12	21,40%
CIRURGIA		17	20%
RES. ENDOSCÓPICA		68	80%
Tempo de Seguimento		41,2 meses	0,7 - 150,4

Fonte própria.

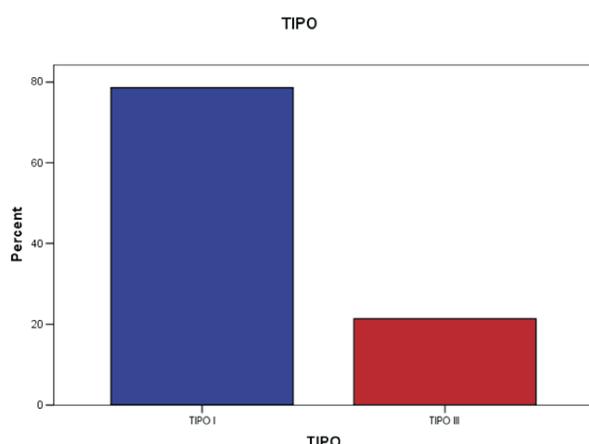


Figura 1: Gráfico em barra, Tipo de TNEg.

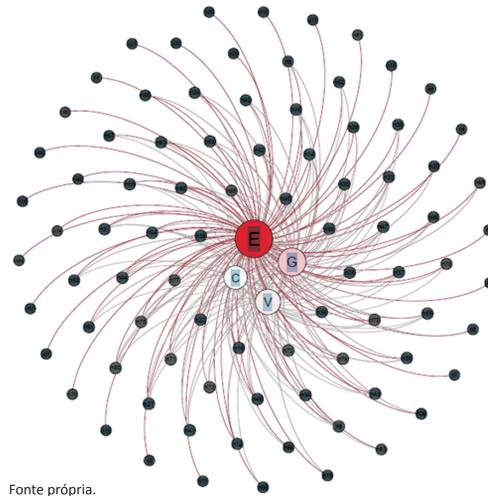


Figura 2: Gráfico em rede. Nós cinza em posição periférica indicando os casos; nós coloridos em posição central indicando os exames mais realizados para diagnóstico e liberação. E = Endoscopia (n=85); G = Gastrina (n=55); V = B12 (n=47); C = Cromogranina (n=41). GepHI0.9.1.

Fonte própria.



Fonte: Serviço de Endoscopia - INCa/ Serviço de Anatomia Patológica - INCA

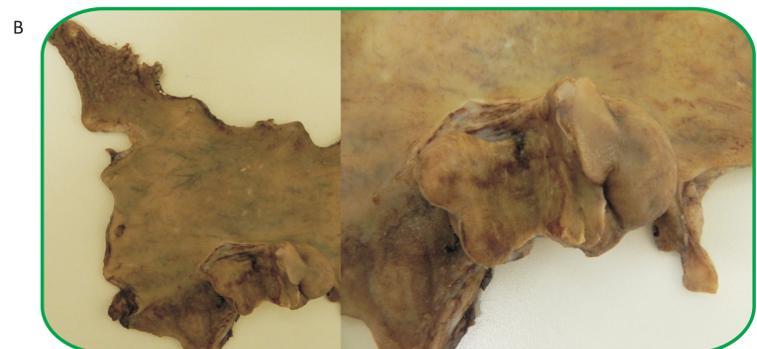


Figura 3: A) TNEg tipo I- aspecto endoscópico; múltiplos pequenos nódulos, gastrite atrófica; B) TNEg Tipo III –peça cirúrgica; lesão única.

CONCLUSÃO

A associação de anamnese detalhada, com endoscopia digestiva alta e histopatológico apresentam papel central para diagnóstico e classificação dos TNEg. Dosagens séricas de Gastrina, Cromogranina A e Vitamina B12 nem sempre se encontram disponíveis para realização em instituições públicas, reforçando a importância da avaliação morfológica. Os tumores tipo I apresentam excelente prognóstico e baixo potencial metastático, estando este último diretamente relacionado com tamanho de lesão inferior a 1,0cm. Neste contexto, o seguimento endoscópico anual é adequado para ressecção de tumores e identificação de lesões de maior risco. Não houve tumores tipo II na amostra estudada, com confirmação de Gastrinoma e Síndrome de Zollinger Ellison. Contudo, em dois casos, houve suspeita de NEM tipo 1. Os tumores tipo III apresentam comportamento mais agressivo, indicando a necessidade de tratamento semelhante ao proposto para Adenocarcinoma. Ainda assim, quando diagnosticados em estadios iniciais, são passíveis de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURKITT MD, PRITCHARD DM. Review article: pathogenesis and management of gastric carcinoid tumours. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:1305–20.
BRITNEY, Corey; CHE, Herbert. Neuroendocrine Tumors of the Stomach. *Surg Clin N Am* 97 (2017) 333–343.
KIDD M, GUSTAFSSON B, MODLIN IM. Gastric carcinoids (neuroendocrine neoplasms). *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:381–97.
LAZARTE, Raúl; PONIACHIK, Jaime; SMOK, Gladys; CONTRERAS, Jorge; GUTIÉRREZ, Luis; CSENDES, Attila. Tumores neuroendócrinos gástricos: presentación clínica, endoscópica y alternativas de tratamiento. *Rev. méd. Chile*, Santiago, v. 130, n. 9, p. 985-992, sept. 2002.
LATTA E, ROTONDO F, LEITER LA, et al. Ghrelin- and serotonin-producing gastric carcinoid. *J Gastrointest Cancer* 2012;43:319–23.
MAKUUCHI, Rie; TERASHIMA, Masanori; KUSUHARA, Masatoshi; NAKAJIMA, Takashi; SERIZAWA, Masakuni; HATAKEYAMA, Keiichi; OHSHIMA, Keiichi; URAKAMI, Kenichi e YAMAGUCHI, Ken. Comprehensive analysis of gene mutation and expression profiles in neuroendocrine carcinomas of the stomach. *Biomedical Research (Tokyo)* 38 (1) 19–27, 2017.
MASSIRONI, Sara; ZILLI, Alessandra; CONTE, Conte. Somatostatin analogs for gastric carcinoids: for many, but not all. *World J Gastroenterol* 2015 June 14; 21(22): 6785-6793.
Nikou GC, Angelopoulos TP. Current concepts on gastric carcinoid tumors. *Gastroenterol. Res Pract* 2012;2012:287825.
SATO Y; HASHIMOTO S.; MIZUNO K.; TAKEUCHI M.; TERAI, S. Management of gastric and duodenal neuroendocrine tumors. *World J Gastroenterol* 2016 August 14; 22(30): 6817-6828.
TAN, Huangying. Advances in the diagnosis and treatment of gastric neuroendocrine neoplasms. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 2016.