

## CARCINÓIDE DE RETO Apresentação de um caso

Francisco Sérgio Pinheiro Regadas<sup>1</sup>

### RESUMO

*O autor tece comentário sobre a origem e incidência dos tumores carcinóides do tubo digestivo, descrevendo ainda o aspecto anatômico dos tumores no reto, meios diagnóstico e terapêutico além de apresentar um caso de carcinóide com localização retal.*

As células de Kultschitzky, localizadas nas criptas de Lieberkuhn, são cromafínicas, semelhantes às células da medula supra-renal e foram descobertas por *Nicholas Kultschitzky* em 1897<sup>1, 2, 3</sup>. *Masson* (1914) demonstrou grânulos citoplasmáticos nestas células que se coravam com sais de prata. Daí serem chamadas também de células argentafínicas. Já em 1928 o próprio *Masson* descreveu que os tumores carcinóides derivavam de tais células e que secretavam o 5-hidroxitriptamina (serotonina), substância responsável pelo aumento do peristaltismo, constrição brônquica e aumento da pressão arterial pulmonar.

Os carcinóides foram vistos inicialmente por *Merlin* (1808), *Berger* (1822), *Langhans* (1857) e assim denominados por *Obendorfer* em 1907, devido ao seu aspecto invasor localmente mas sem detectar metástases a distância como nos demais tipos de carcinoma<sup>4</sup>.

Os tumores carcinóides podem acometer qualquer segmento do tubo digestivo, sendo no entanto mais comum no grosso intestino devido à sua alta

incidência no apêndice. Segundo *Spain* (in 4), em 509 casos no aparelho digestivo, 67% tiveram localização no apêndice, 15% no íleo, 3% no reto. Com relação à incidência no reto, a literatura nos traz grandes variações: *Jackman* (1954) descreveu uma incidência de 39,3% em 112 casos, *MacDonald* (1956) referiu 3,1% enquanto *William* e *Welbourn* (1969) já apresentaram 10% (in 3). Não existe preferência na incidência quanto ao sexo, idade e/ou raça.

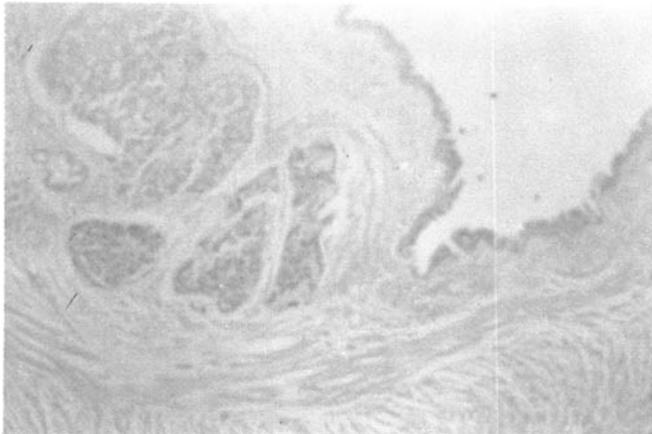
O carcinóide retal apresenta-se como um nódulo isolado, dimensão variável, recoberto por uma mucosa normal ou que pode apresentar-se levemente ulcerada ou com aspecto mamelonado.

O diagnóstico é portanto realizado fundamentalmente pelo exame físico através do toque retal e confirmado naturalmente pela histopatologia, após a ressecção da peça cirurgicamente: A biopsia realizada em ambulatório não traz grande auxílio devido à lesão assestar-se ao nível da submucosa.

Os carcinóides retais raramente vêm acompanhados da síndrome carcinóide que se caracteriza basicamente pelo aparecimento da diarreia devido ao aumento dos movimentos peristálticos, vermelhidão ao nível do tronco e sintomas de insuficiência cardíaca.

Trabalho realizado na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital Geral de Fortaleza do INAMPS

<sup>1</sup> Cirurgião Assistente da Clínica de Colo-Proctologia do HGF (INAMPS), Chefe da Unidade de Colonoscopia da mesma clínica, Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associado da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Fundador da Regional Norte-Nordeste de Colo-Proctologia.



O tratamento portanto consiste na ressecção cirúrgica local a não ser nos casos de lesões muito extensas ou naqueles em que se suspeita de metástases a distância.

Segundo *Haynes*<sup>2</sup>, de 29 carcinóides de reto ressecados localmente, não houve recidiva num período de seguimento de 1 a 9 anos.

#### Descrição do caso

F.A.P., 22 anos, sexo masculino, queixando-se que há cinco anos vinha apresentando dor no reto, de pequena intensidade, principalmente manifestada antes da evacuação. Referia ainda disquesia, às vezes, e ultimamente apresentava prolapso. Sem queixas de sangramento, perdas de muco e/ou peso.

O diagnóstico do tumor foi realizado pelo toque retal que apresentava-se como um nódulo de aproximadamente 4,0 cm na parede posterior do reto, com discreta mobilidade lateral, consistência firme embora não muito dura e superfície sugerindo a presença de um pequeno polipo séssil.

Realizada biópsia — processo inflamatório inespecífico.

Procedemos então a ressecção cirúrgica localmente, ocasião em que constatamos se tratar de

duas lesões, tendo uma as dimensões de 4,5 x 3,0 x 0,6 cm, firme, parcialmente revestida por epitélio róseo-acinzentado e apresentando em uma das extremidades um nódulo subepitelial com 1,0 cm de diâmetro máximo.

Microscopia (Lam. AP1985/84) — Carcinóide não argentáffnico, adenopapilar (**Fig. 1**).

Apresentou pós-operatório sem complicação e encontra-se atualmente assintomático, 10 meses após a intervenção cirúrgica.

#### SUMMARY

*The author comments the origin and incidence of carcinoides of the digestive tract., describing the anatomic appearance in the rectum, the ways used for diagnosis and treatment and also presents one case of rectal carcinoid.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOLLIGHER JC — Surgery of anus, rectum and colon, 4th edition, Baillière Tindall, London, 1980.
2. HAYNES LL et al. — Carcinoid tumours of the rectum. A report of three cases. *Surgery*, 3(4): 567-578, 1953.
3. LIMA JWA et al. — Tumores carcinóides do tubo digestivo. *Rev Ass Med Brasil*, 19(4), 1973.
4. CARVALHO & TORRES — Síndrome carcinóide. *O Hospital*, 66(6): 9-53, 1964.