

RELATO DE CASO



Hematoquezia como Sinal Incomum de GIST de Reto: Relato de Caso

Rectal GIST as an Uncommon Cause of Hematochezia: Case Report

Leonardo Landim Fernandes^{1*}, Marcus Vinícius Castro de Oliveira Lopes¹, Lucas Gabriel da Cruz Leite¹, Luana de Araújo Bittencourt¹, Daniel Sadigursky Ribeiro¹, Yan Vitor Gomes Silva de Jesus¹, Joedson Dias Cruz¹, Bruna Querino Andrade Viana¹, Manoel de Castro Silva Netto¹

¹Serviço de Gastroenterologia do Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

Correspondence addresses:

Dr. Leonardo Landim Fernandes
leonardolandimfernandes@gmail.com

Received: March 22, 2024

Revised: May 26, 2024

Accepted: May 28, 2024

Published: June 30, 2024

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2024 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Introdução: os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são tumores raros, sendo os sítios mais comuns de acometimento: estômago (70%), intestino delgado (20%), cólon (7%) e reto em apenas 3%. Este relato evidencia um GIST de reto como causa incomum de hematoquezia. **Relato de caso:** paciente de 74 anos com relato de hematoquezia, realizou colonoscopia com evidência de lesão infiltrativa e estenosante de reto, com biópsia sugestiva de GIST. Submetida a terapia neoadjuvante com Imatinibe para redução de volume de doença, seguido de retossigmoidectomia com colostomia em terminal. Após recuperação clínica, realizou terapia adjuvante com novo ciclo de Imatinibe. Evoluiu com boa resposta ao tratamento, segue em acompanhamento com equipe multidisciplinar em oncologia. **Conclusão:** o GIST de reto é um tumor raro com bom potencial curativo em fases precoces com cirurgia R0. O uso de terapia neoadjuvante com Imatinibe pode reduzir o tamanho tumoral e possibilitar maior preservação de tecidos saudáveis. **Palavras-chave:** GIST; Imatinibe; Hematoquezia; Reto.

Introduction: gastrointestinal stromal tumors (GIST) are rare tumors, with the most common sites of involvement: stomach (70%), small intestine (20%), colon (7%) and rectum 3%. This case report highlights rectal GIST as an uncommon cause of hematochezia. **Case report:** a 74-year-old patient with complaints of hematochezia, underwent colonoscopy as initial investigation with evidence of an infiltrative and stenosing lesion in the rectum, with a biopsy suggestive of GIST. The patient underwent neoadjuvant therapy with Imatinib to reduce disease volume, followed by rectosigmoidectomy with terminal colostomy. After clinical recovery, she underwent adjuvant therapy with a new cycle of Imatinib. The patient evolved with a good response to treatment and continues to be monitored by a multidisciplinary oncology team. **Conclusion:** Rectal GIST is a rare tumor with good curative potential in early stages with R0 surgery. The use of neoadjuvant therapy with Imatinib can reduce tumor size and enable greater preservation of healthy tissues.

Keywords: GIST; Imatinib; Hematochezia; Rectum.

Os tumores estromais gastrointestinais (*gastrointestinal stromal tumor* – GIST) são considerados neoplasias mesenquimais. Possuem origem nas células intersticiais de Cajal que estão intimamente relacionadas com os movimentos peristálticos do trato gastrointestinal (TGI), atuando de maneira semelhante a

células de marca-passo, transmitindo os impulsos nervosos que desencadearão as contrações.¹ A base fisiopatológica se dá através de mutações do proto-oncogene c-Kit que induz uma ativação não controlada do receptor transmembrana de tirosinoquinase, gerando uma proliferação celular desordenada (característica neoplásica).¹

Dentre as neoplasias gastrointestinais, os GISTs podem ser considerados raros, correspondendo a cerca de 1-3% das neoplasias desse sistema.¹ Porém, dos tumores mesenquimais que afetam o TGI, o GIST representa cerca de 80% dos casos. Os sítios mais comuns de acometimento são estômago (70%), intestino delgado (20%), cólon (7%) e reto em apenas 3%.² Ou seja, de todos os tumores gastrointestinais, o GIST em reto é responsável por cerca de 0,03-0,09% dos casos.

Com base nos dados apresentados e na raridade desse tipo de lesão, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de uma paciente submetida à retossigmoidectomia por tumor de reto distal, com achados histopatológicos e imunohistoquímicos compatíveis com GIST, correlacionando o caso com aspectos epidemiológicos, prognósticos e terapêuticos dessa patologia.

Relato de Caso

Paciente MGAC, 74 anos, sexo feminino, iniciou quadro de hematoquezia em 2022, sem outras queixas específicas, sendo submetida à investigação inicial com colonoscopia, com evidência de lesão em reto, infiltrativa, estenosante, vegetante, friável e com áreas de necrose, impedindo progressão de aparelho, aproximadamente 8cm da borda anal. Passado médico relevante para hipertensão arterial primária e doença arterial coronariana. Submetida a retossigmoidoscopia flexível no Hospital Santa Izabel, identificada lesão ocupando cerca de 50% da circunferência, sendo realizada biópsia da lesão (Figura 1). A anatomia patológica demonstrou proliferação fusocelular, atipia moderada, figuras de mitose 02/10 campos. Resultado da imuno-histoquímica sugestivo de tumor estromal

gastrointestinal (GIST), positivo para CKIT - CD117, CD34 e DOG-1, Ki67 5%.

Realizou exames de estadiamento, ressonância magnética da pelve e demonstrou formação expansiva nodular com envolvimento transmural da parede lateral direita do reto médio medindo cerca de 5,2x4,0x3,4 cm (Figura 2), iniciando a cerca de 7,0cm da borda anal ocupando parte da gordura do quadrante posterior do mesorreto, estimada em 0,5cm; ausência de linfonodomegalias pélvicas. A tomografia de tórax sem evidência de lesões suspeitas.

Apresentou quadro de oclusão intestinal aguda com dor abdominal e vômitos refratários e realizou colostomia em alça, sendo encaminhada para o serviço de oncologia clínica, onde realizou quimioterapia neoadjuvante com Imatinibe, iniciada, para posterior programação cirúrgica definitiva.

Submetida a retossigmoidectomia (Figura 3), houve instabilidade hemodinâmica, secundária à hemorragia pélvica de difícil controle, optando-se por confecção de colostomia terminal, além de ooforectomia direita devido a volumoso cisto ovariano, identificado no intraoperatório.

Paciente evoluiu com estabilidade clínica e hemodinâmica, sem necessidade de drogas vasoativas e suporte transfusional em pós-

Figura 1. Lesão estenosante vista em retossigmoidoscopia flexível.

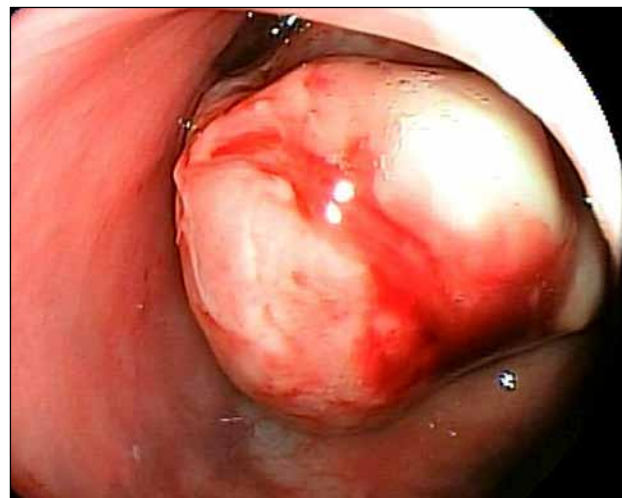


Figura 2A e 2B. Ressonância magnética da pelve corte axial T2 (esquerda) e sagital T2.



Figura 3. Peça cirúrgica.



operatório, mantendo parâmetros clínicos e laboratoriais estáveis, tendo recebido alta no dia 23/04/24 em boas condições clínicas.

Retorno ambulatorial com resultado de anatomia patológica com neoplasia fusocelular, 5,8cm, unifocal, margens livres (mais próxima a 0,2mm), linfonodos livres (0/15), índice mitótico de 1/5 mm². O estudo com imuno-histoquímica positivo para CD34, CKIT-CD117, DOG-1, Ki-67, actina de músculo liso, com baixo grau histológico.

Discussão

Os tumores estromais do trato gastrointestinal (GISTs) são tumores mesenquimais originados das células intersticiais de Cajal, responsáveis pela motilidade do trato gastrointestinal e que se localizam na camada muscular da mucosa e na camada muscular própria, respectivamente, a segunda e a quarta camadas vistas na ultrassonografia endoscópica, por conta disso, muitas vezes se apresentam como uma lesão recoberta por mucosa íntegra.¹

O diagnóstico é feito através da análise de exames de imagem endoscópicos, que podem ser associados à ultrassonografia endoscópica para punção e biópsia da lesão suspeita.³ Para GISTs em reto, é preferível o uso de ressonância magnética em detrimento da tomografia computadorizada em virtude da melhor caracterização das estruturas pararetais e de metástases hepáticas.

A análise histológica poderá variar, mas, em geral, demonstra a presença de células fusiformes. A imuno-histoquímica pode demonstrar positividade para os marcadores CD117 (c-KIT), CD34, DOG-1, PKC-theta, proteína S100, desmina e actina de músculo liso.⁴

O padrão-ouro para abordagem terapêutica dessa patologia é a ressecção a R0 (com margens

livres) associado ou não à terapia adjuvante com um inibidor de tirosina quinase (Imatinibe).⁵ Tumores em que não é possível a ressecção com margens livres ou que se apresentam em localização onde a realização da cirurgia a R0 seja excessivamente mórbida, como, por exemplo, lesões que acometem o esfíncter anal ou estão muito próximas dele, devem ser submetidos a terapia neoadjuvante com imatinibe por 6 a 12 meses.

Uma metanálise demonstrou que o uso de imatinibe neoadjuvante em GISTs de reto foi associada a uma maior sobrevida global e um aumento das ressecções com margens livres, assim permitindo o downstaging do tumor e possibilidade de ressecções menos agressivas, entretanto, não houve diferença estatística no tempo livre de doença na comparação entre pacientes submetidos à ressecção a R0 ou ao uso de terapia neoadjuvante.⁶

O risco de metástases, recorrências e prognóstico desses pacientes é detalhado por diversos modelos, o mais utilizado é o modelo da Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) que leva em consideração o índice mitótico, tamanho do tumor e sítio primário. No presente estudo, o paciente apresentava lesão em reto, de cerca de 5 cm de tamanho a 8 cm da borda anal, sendo optada pela realização de terapia neoadjuvante com imatinibe por 6 meses, seguida de ressecção da lesão e posterior terapia adjuvante, também com imatinibe.

Conclusão

Os GIST de reto são neoplasias raras, uma causa incomum de sangramento digestivo, sendo a análise imuno-histoquímica dos fragmentos de biópsia essencial na definição diagnóstica. A cirurgia curativa com ressecção R0 associada à terapia adjuvante com imatinibe é o tratamento padrão-ouro, com a possibilidade de terapia neoadjuvante com imatinibe em casos selecionados para redução de volume tumoral, maior preservação de tecidos saudáveis e melhor resultado cirúrgico.

Referências

1. Zhao X, Yue C. Gastrointestinal stromal tumor. *J Gastrointest Oncol.* 2012 Sep;3(3):189-208.
2. Nahas CSR et al. Gastrointestinal Stromal Tumor Of The Rectum Treated With Neoadjuvant Imatinib Followed By Transanal Endoscopic Microsurgery. *Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):87-9.
3. Casali PG et al. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018 Oct 1;29.
4. Zifeng Y et al. Transanal versus nontransanal surgery for the treatment of primary rectal gastrointestinal stromal tumors: a 10-year experience in a high-volume center. *Ann Transl Med.* 2020;8(5):2.
5. Hitoshi K et al. Management of rectal gastrointestinal stromal tumor. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018;3.
6. Zhen L et al. Comparison of prognosis between neoadjuvant imatinib and upfront surgery for GIST: A systematic review and meta-analysis. *Front. Pharmacol.* 2022;13:966486.