

C 106

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

TUMORES CARCINÓIDES DO TUBO DIGESTIVO
Apresentação de 04 casos

* Francisco Clemente Scharf
* Demerval Florêncio da Rocha

* Sextanistas do Curso de Graduação em Medicina da UFSC
Internos do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão/SC

Tubarão, dezembro/1987

ÍNDICE

MENSAGEM	pág	02
AGRADECIMENTOS	pág	03
SUMMARY	pág	04
INTRODUÇÃO	pág	05/09
I-RESUMO	pág	10
II-MATERIAIS E MÉTODOS	pág	11
III-APRESENTAÇÃO DOS CASOS	pág	12/15
IV-REVISÃO DE LITERATURA	pág	16/19
CONCLUSÕES		
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		

MENSAGEM

"Embora o mundo possa não ser absolutamente infinito, a ninguém é dado concebê-lo como finito, pois a razão humana é incapaz de lhe assinar um termo..."

CARDEAL DA CUSA

AGRADECIMENTOS

- . Dr. JAIME CÉSAR DE SOUZA, preceptor do estágio em clínica cirúrgica no Hospital Nossa Senhora da Conceição, pela orientação e oportunidade sempre concedidas;
- . Dr. VOLNEI DAVID PEREIRA, pela disponibilidade e interesse na revisão de peças e lâminas;
- . Funcionária SCHIRLEI e demais do Laboratório de Anatomia Patológica de Tubarão;
- . Acadêmico de Medicina GILBERTO TEIXEIRA pela concessão da maior parte da bibliografia pesquisada, incluindo o próprio/trabalho;
- . Funcionárias do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Nossa/ Senhora da Conceição, pela paciência e acolhida indispensáveis;
- . Bibliotecárias ROSE e DULCE da biblioteca do Hospital Univer^sitário da ^Universidade Federal de Santa Catarina, pelo abnegado espírito de doação.

SUMMARY

The authors analyze 4 cases of carcinoid tumors of digestive tract found by revision of Pathology Laboratory's results in Tubarão - Santa Catarina/Brasil, in period of march/1980 to november/1987. All patients are female, white, between 13-67 years old. The site of the tumors were appendix(2 cases), ileum(1) and small intestine non-specific(1). The clinic presentation was acute appendicitis(1), occasional gross in abdominal operation(1) and acute gastroenteritis progressing to intestinal occlusion(2). Carcinoid syndrome can have occurred in a patient with cardiovascular and gastrintestinal symptoms. Lymphatic invasion and hepatic metastasis were found in two and one cases respectively. All patients left the hospital in very good conditions. Three patients are having follow-up and have not clinic and radiologic evidence of recurrence of illness.

INTRODUÇÃO

MERLING em 1838 forneceu a primeira descrição macroscópica de um tumor de apêndice, e LUBARCH em 1888 propiciou a primeira descrição completa do tumor em achados de autópsia de dois pacientes com tumores múltiplos do íleo, que ele diferenciou microscopicamente do adenocarcinoma; porém estava reservado para OBERNDORFER em 1907 introduzir o termo "carcinóide" para diferenciá-lo de carcinoma⁸.

Entre 1953 e 1954 três grupos descreveram independentemente a síndrome carcinóide e, logo depois, foram elucidadas / as anormalidades bioquímicas responsáveis pela síndrome.

Os tumores carcinóides são neoplasias relativamente incomuns, cuja secreção endócrina pode produzir efeitos sistêmicos³. Originam-se das células argentafins (Kulchitsky) nas críptas de Lieberkühn^{1,3,4,5,6,7,13}. Podem ser encontrados em todo o trato gastrintestinal desde o cárdia até o ânus. O apêndice é o local mais frequentemente acometido (46%), seguido pelo íleo / (28%). É ainda encontrado nos brônquios e já foi relatado em teratomas ovarianos e sacrococcígeos². Estes tumores estão presentes em 0,3 - 0,7% dos pacientes apendicectomizados³⁰.

Os carcinóides acometem preferencialmente pacientes de / 25 a 45 anos de idade⁴. Quanto ao sexo, observa-se um predomínio feminino¹⁷.

Ao exame macroscópico, a grosso modo, se apresentam como nódulos ligeiramente elevados, lisos, arredondados, com mucosa geralmente intacta e coloração amarelo-acinzentado ou castanho-anarelado².

Os tumores são múltiplos em 30 a 50% dos casos, mas raramente o são no apêndice^{2,4}.

Histologicamente o padrão típico é o de ninhos sólidos / de células separadas por uma rede delicada de tecido conjunti-

vo. As células individuais tem uma notável semelhança entre si, com uma uniformidade de tamanho e formas celular e nuclear.

Os núcleos são redondos e ovais e profundamente cromáticos com um fino pontilhado. Geralmente existem abundantes grânulos secretores citoplasmáticos que se coram em vermelho com a eosina, pardo-amarelado com sais de cromo e às vezes preto-metálico com sais de prata. A reatividade com sais de prata é um aspecto diferencial dos tumores de células endócrinas³⁴.

Segundo a literatura, os carcinóides do trato gastrin-testestinal dificilmente possuem diâmetro maior que 3cm. O tamanho do diâmetro se relaciona diretamente com o grau de metástase. Cerca de 80 a 90% dos tumores com mais de 3cm de diâmetro metastatizam^{2,6}. Apenas 3% dos carcinóides apendiculares metastatizam e 35% dos carcinóides ileais o fazem^{2,3,4,5,8}.

Os tumores pequenos e não infiltrantes geralmente são / assintomáticos. Cerca de 30% dos carcinóides de intestino delgado causam sintomas de obstrução, dor, sangramento. A síndrome / carcinóide ocorre em 10 a 15% dos tumores do intestino delgado¹⁴.

No apêndice vermiforme podem causar quadro agudo de obstrução intraluminal, levando o paciente à sala de cirurgia, com diagnóstico pré-operatório firmado de apendicite aguda³⁷.

Os tumores que provocam "síndrome carcinóide" são frequentemente múltiplos e se localizam no íleo predominantemente^{3,6}.

A sintomatologia da síndrome carcinóide envolve vários / órgãos e é desencadeada pela grande produção de serotonina, a partir do 5-hidroxi-triptofano^{2,3}.

Segundo outros autores, nos pacientes com a síndrome, / os níveis de histamina, prostaglandinas, calcitonina e bradici-nina estão elevados e, testes realizados demonstram que os episódios de rubor são causados por outras aminas e não por serotoninas⁶.

Clinicamente, na fase inicial, o paciente pode experimentar palpitações, edema, dor abdominal, diarréia. Mais tarde, surgem episódios de rubor cutâneo, acometendo a face, tórax e membros superiores, com tom cianótico, de aparecimento súbito,

acompanhados de hipotensão, dificuldade respiratória, seguido de cólicas intestinais e diarreia. Todos estes fenômenos podem ser desencadeados por emoções, exercícios, ingestão de álcool ou queijo⁶.

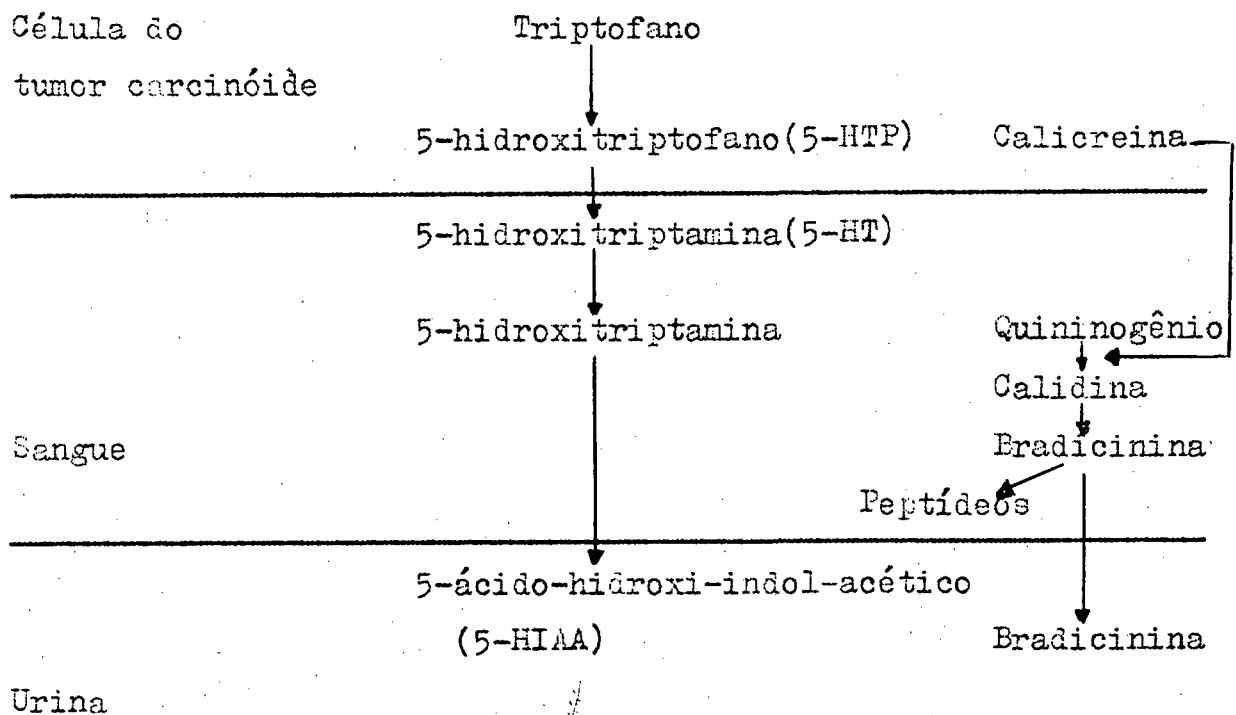
Ulteriormente pode surgir insuficiência cardíaca direta com fibrose subendotelial do coração e insuficiência valvular secundária; a pericardite carcinóide com derrame pode manifestar-se como uma característica clínica dominante^{8,13,23,31}.

O exame radiológico pode ser útil na demonstração de uma lesão polipóide, estenose da luz de uma alça ou invaginação⁶.

Não existe nenhuma relação constante entre os sintomas/individuais da síndrome e os níveis sanguíneos de serotonina/ou os níveis urinários de ácido 5-hidróxi-indol-acético (5-HIAA)⁸.

A formação de serotonina e sua principal via de degradação é mostrada no quadro que se segue:

QUADRO ILUSTRATIVO DA PRODUÇÃO E DEGRADAÇÃO DA SERCTONINA



Fonte: José Werneck Alencar Lima et al (32)

A dosagem urinária de 5-HIAA é um excelente método que auxilia no diagnóstico. Em pessoas normais a excreção urinária de 5-HIAA é de 10mg nas 24 horas, mas, nos tumores carcinóides pode se elevar acima de 1000mg^{6,27,28}.

Salientam os autores que um teste qualitativo negativo/ou quantitativo baixo não eliminam a hipótese de síndrome carcinóide, porque o 5-HIAA é um metabólito da serotonina, que é apenas um dos mediadores da síndrome⁴.

Os níveis de serotonina plasmática também podem ser pesquisados, sendo os valores normais de 0,04 a 0,2mg/ml.

Podem ainda ser usados testes estimuladores, mas a investigação laboratorial completa destes pacientes ainda está em fase de pesquisas⁴.

O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com as afecções que produzem rubor, entre elas a mastocitose sistêmica que é a principal a ser considerada quando a excreção de 5-HIAA não está elevada. O rubor também ocorre no período pós-menopausa e juntamente com outros tumores, particularmente o tumor medular da tireóide⁸.

Somente a extirpação completa do tumor e a ausência de metástases oferecem boa perspectiva de cura⁹.

A extirpação mais completa das metástases, se existirem tem especial interesse sintomatológico, mesmo que não haja interesse curativo sob o ponto de vista oncológico^{7,9}.

A manipulação cirúrgica do tumor pode desencadear crise serotoninica severa; para evitá-la, no pré-operatório os pacientes devem receber doses elevadas de maleato de metisergida/ou ciproheptadine. Os corticosteróides também poderão ajudar a minimizá-los⁶.

O tratamento clínico sintomático é realizado com drogas anti-serotoninicas. A metildopa tem sido usada para o controle de diarreia na dose de 250 a 500mg de 8/8 horas e os antihistamínicos podem melhorar as crises de rubor nos casos em que a histamina se encontra elevada^{6,7,9}.

Quando o rubor é associado a fibrilação de histamina, o tratamento combinado com antagonista(H1)(difenidramina) e (H2)(cimetidine) bloqueará a ação vasodilatadora da histamina.

Não há um esquema quimioterápico universalmente eficaz e nenhum erradicará os tumores carcinóides. Resultados paliativos tem sido obtidos com 5-fluorouracil, ciclofosfamida, estreptozotocina e desoxirrubicina usados isoladamente ou combinados. As metástases locais incômodas, por exemplo, no osso, podem ser erradicadas com radioterapia^{7,9}.

Estes tumores crescem lentamente durante meses e anos. A sobrevida geral após a ressecção do tumor no intestino delgado é de 70%; quarenta por cento dos pacientes com metástases inoperáveis e 20% dos com metástases hepáticas sobrevivem 5 anos ou mais.

Uma complicação do carcinóide avançado é o infarto intestinal devido a oclusão da artéria mesentérica superior por esclerose ao redor dos depósitos metastáticos no mesentério.

I - RESUMO

Analisamos quatro casos de tumor carcinóide do trato / gastrintestinal encontrados por meticulosa revisão dos laudos / histopatológicos emitidos pelo laboratório único de anatomia / patológica da cidade de Tubarão - SC, no período de março/80 a novembro/87. Todos os pacientes são brancos, do sexo feminino, com idades de 13, 34, 34 e 67 anos na ocasião do diagnóstico. O tumor estava localizado no apêndice cecal em dois casos, no íleo em um caso e no delgado (não especificado) em outro. A apresentação clínica foi de apendicite aguda, achado macroscópico / em laparotomia por salpingite crônica e quadro de gastrenterite aguda evoluindo para suboclusão intestinal em dois casos. A síndrome carcinóide foi suspeitada (na revisão dos casos) em um paciente, predominando clínica gastrintestinal e cardiovascular. Havia comprometimento dos glânglios regionais em dois casos e metástase hepática em um caso. Os quatro pacientes tiveram alta hospitalar após a cirurgia em boas condições. Três pacientes estão sendo acompanhados clínica e radiologicamente, e não demonstram evidência de metástase ou recidiva da neoplasia; perdeu-se contato com o outro paciente para follow-up.

Segue-se revisão de tratados e trabalhos acerca da entidade nosológica.

II - MATERIAIS E MÉTODOS

São analisados quatro casos de tumor carcinóide do trato gastrintestinal, coletados de ampla revisão dos laudos histopatológicos emitidos pelo serviço de anatomia patológica da cidade de Tubarão - SC, no período de março/80 a novembro/87.

Após apresentação e estudo dos casos faz-se uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

III - APRESENTAÇÃO DOS CASOS

CASO I

A.B., 34 anos, feminina, branca, natural e procedente de Tubarão - SC. No dia 24/06/78 foi internada no Hospital Nossa / Senhora da Conceição - Tubarão, referindo dor abdominal intensa "tipo cólica" em todo o abdome, náuseas e diarréia aquosa. Ao / exame apresentava hipotensão postural, sinais de desidratação e dor abdominal à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Ficou internada por 05 (cinco) dias, sendo / solicitados exames laboratoriais que não revelaram anormalida - des chamativas.

Com este mesmo quadro a paciente foi reinternada em mais duas oportunidades (02/07/78 e 09/11/80).

No dia 22/11/80 foi readmitida no mesmo hospital com qua dro de abdome agudo obstrutivo, apresentando dor abdominal in - tensa e vômitos fecalóides. Ao exame físico verificara-se que a paciente encontrava-se desidratada, com dor à palpação superfi - cial e profunda e, distensão abdominal. À palpação em fossa ilíaca direita (FID) notava-se a presença de massa não perfeitamente definida devido à dor intensa. Foi submetida a laparotomia e en - contrado tumor de delgado com invasão intraluminal e acometimen - to de gânglios regionais. Realizou-se resecção tumoral e entero - entero anastomose. A peça foi levada a estudo anatomopatológico / e feito o diagnóstico de tumor carcinóide.

O acompanhamento clínico e radiológico desta paciente es tá em dia e não revela anormalidades.

CASO II

T.L., feminina, branca, 13 anos, procedente de São Martinho - SC.

Foi admitida no Hospital de São Martinho no dia 17/08/81 com uma história de dor abdominal difusa há 03 dias, febre, diarréia, náuseas e vômitos. Ao Exame físico apresentava massa palpável em fossa ilíaca direita, sinal de irritação peritoneal e temperatura axilar de 39°C. Foi efetuado tratamento à base de hidratação, cloranfenicol e sintomáticos. Encaminhada para a cidade de Tubarão três dias depois, sendo apendicectomizada no mesmo dia da admissão e recebeu alta hospitalar no 14º dia de pós-operatório. O exame histopatológico do apêndice revelou presença de tumor carcinóide.

Esta paciente tem sido acompanhada com exames clínicos e radiológicos e evolui normalmente, sem quaisquer intercorrências.

CASO III

S.S.M., 34 anos, feminina, branca, procedente de Tubarão SC. Foi admitida no Hospital Nossa Senhora da Conceição em 28/10 81, referindo dores pélvicas agravadas com os fluxos menstruais, ao coito e à mobilização dos anexos; leucorréia crônica. Submetida a laparotomia, foi procedida a salpingectomia bilateral, histeropexia e ressecção cecoapendicular. O diagnóstico pré-operatório era de salpingite crônica, porém além desta afecção encontrou-se retroversão uterina e tumor cecoapendicular.

Evoluiu favoravelmente, tendo alta hospitalar três dias após. Encaminhada a paça para exame histopatológico, o laudo foi de carcinóide de apêndice.

O contato com esta paciente foi perdido.

CASO IV

G.L.A., 76 anos, feminino, branca, procedente de Laguna - SC.

Admitida em 14/09/83 no Hospital Nossa Senhora da Concei

ção (HNSC) com dispnéia, hipertensão arterial, arritmia cardíaca. Ao exame apresentava estertores subcrepantes de bases, / PA= 200/120 mm Hg e TA= 35°C. O ECG sugeriu zona inativa septal, sobrecarga ventricular esquerda e alterações difusas da / repolarização ventricular. Evoluiu com dor precordial e dispnéia superficial. Com um diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e angina pectoris foi conduzida com diurético de alça, digital, coronariodilatador e metildopa, recebendo alta no 4º / dia de internação.

Readmitida em 10/10/83 no HNSC com a seguinte sintomatologia: palidez, arritmia cardíaca, diarreia, náuseas, vômitos, astenia, emagrecimento e dores abdominais. Com exame parasitológico de fezes negativo e diagnóstico de gastrenterite aguda / foi tratada sintomaticamente, tendo alta em três dias.

Terceira internação em 11/02/84, com relato de dor abdominal difusa em cólica, diarreia, náuseas e vômitos. Foi tratada como gastrenterite aguda. O exame parasitológico de fezes / mostrou ovos de Trichuris trichiura e de Ancilostomídeos. Na evolução há referência de colecistograma com cálculos. Obteve alta no 4º dia de internação.

A quarta internação no HNSC, em 17/09/84, assinalava / dor abdominal intensa, distensão abdominal e emagrecimento. No dia seguinte o RX de abdome mostrou um padrão oclusivo. No quarto dia a paciente localizou a dor em fossa ilíaca esquerda e, com diagnóstico sintomático de suboclusão intestinal (cogitando-se as hipóteses de diverticulite e neoplasia de colon), foi solicitada avaliação por cirurgia geral, o qual aconselhou a realização de enema opaco. Este demonstrou apenas "signóide exuberante" e nada sugeriu. A pesquisa de sangue oculto nas fezes / foi positiva. Três parasitológicos de fezes foram negativos. O hemograma e o exame químico da urina foram normais. O ECG revelou o mesmo padrão da 1ª internação.

Persistindo diarreia, submeteu-se a paciente a exame retossigmoidoscópico, que nada observou de anormal até 15cm da / margem anal. Solicitado também exame ginecológico, o qual foi / normal. Por fim, no 14º dia de hospitalização, foi a paciente / submetida a laparotomia, encontrando-se tumor de delgado a

20cm da válvula ileocecal. Feita enterectomia e biópsia por congelação, que sentenciou carcinóide de íleo com invasão de linfonodos mesentéricos e múltiplas metástases hepáticas. A paciente teve alta no 8º dia pós-operatório, totalizando 27 dias de internação.

Após isso, registrou-se a última internação no HNSC, / por 07 dias, devido a fibrilação atrial paroxística, em 21/10/86. Teve alta em condições melhores, desde então perdeu-se o / contato com a mesma.

IV - REVISÃO DE LITERATURA

A raridade dos tumores carcinóides foi confirmada na literatura consultada. No período de 1970 - 1987 TEIXEIRA e outros revisaram todos os apêndices encaminhados a exame histopatológico nos hospitais de Caridade, Gov. Celso Ramos, Universitário e Casa de Saúde São Sebastião, Florianópolis - SC, e encontraram 09 casos de tumor carcinóide¹⁸.

No Hospital Nacional de Crianças de Costa Rica, foram achados 56 casos de tumores raros na infância, num período de 15 / anos, sendo que 04 eram carcinóides de apêndice³⁶.

Em 32 anos (1950-1982) no Instituto Nacional de La Nutricion Salvador Zubiran foram diagnosticados 32 casos de tumor / carcinóide do tubo digestivo¹¹, prevalecendo o estômago como o sítio mais frequente da patologia (7 casos), estando em desacordo com a grande maioria dos tratados e das casuísticas^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,15,17,32,34,35}.

No hospital dos Servidores do Estado - INAMPS-RJ foram diagnosticados no período de 1947 a 1982 dezoito casos de argentafinoma, com localização preferencial em apêndice (08 casos³³).

Quanto ao sexo, a maioria dos trabalhos nos mostra um / predomínio feminino em proporções variáveis^{17,18,19,20,21,25,26,29,33}. Uma distribuição igualitária foi encontrada em duas referências^{6,24}. Houve um ligeiro predomínio do sexo masculino no / estudo de JOHNSON¹⁶.

A seguir apresentamos uma tabela ilustrando as faixas / etárias e as idades médias, segundo vários autores pesquisados em que incidiram os tumores carcinóides.

TUMOR CARCINÓIDE

DISTRIBUIÇÃO QUANTO A IDADE MÉDIA E EXTREMOS

(Dados de Literatura)

FONTE BIBLIOGRÁFICA Nº	IDADE MÉDIA E EXTREMOS (ANOS)
06	1 ← (45) → 89
22	6 ← (41) → 80
23	19 ← (53,3) → 85
25	12 ← (30) → 82
29	31 ← (65,7) → 89
37	(30,8)

A apresentação clínica dos tumores carcinóides do tubo / digestivo varia de acordo com a localização e com o tamanho, bem como o grau de invasão tecidual¹⁴. ZACARIAI et al, avaliando um grupo de 32 pacientes com tumores carcinóides do apêndice encontraram apenas um caso sintomático, sendo o mesmo portador do único neoplasma que comprometia a serosa¹⁴.

HERNANDES-HERNANDES em seu estudo de neoplasias apendiculares, verificaram que 73,6% dos carcinóides se manifestaram como apendicite aguda³⁷, revelando ser esta a apresentação clínica mais comum desses tumores^{3,18,21}.

PECK et al, analisando tumores carcinóides do íleo, observaram que 44% dos pacientes eram assintomáticos, sendo o diagnóstico feito de forma casual²⁰.

É baixa a frequência de tumores carcinóides sintomáticos que exibem clínica compatível com a síndrome carcinóide^{18,20,31}. Foi relatada taxa de 22,8% de prevalência da síndrome (todos com evidência de enfermidade metastática)¹¹. Outro estudo flagrou / 10% de síndrome carcinóide¹⁴.

O diagnóstico dos argentafinomas é geralmente difícil, estando na dependência de vários fatores como localização, tamanho, complicações e metástases. Quando localizado no estômago o diagnóstico pré-operatório do tumor não funcionante é praticamente impossível³². Grande parte dos pacientes refere sintomas /

semelhantes a úlcera péptica e na endoscopia não raramente verifica-se a presença de lesões ulceradas^{7,32}.

Os tumores carcinóides do duodeno geralmente são sintomáticos, apresentando clínica semelhante a úlcera péptica e , na endoscopia podemos encontrar lesões polipóides^{7,32,33}. Todavia podem ser silenciosos e descobertos acidentalmente durante laparotomia²⁴.

Os carcinóides jejuno-ileais se manifestaram na maioria dos estudos com dor abdominal, diarréia ou quadro de oclusão / intestinal^{24,33}, sendo este o sítio que mais comumente expressa a síndrome carcinóide^{23,24,33} e que mais metastatiza para o fígado¹⁴, afirmação esta que não checa com outras casuísticas 20,31.

No apêndice, conforme mencionado anteriormente, o carcinoma é mais frequentemente achado histológico casual de peças ressecadas por quadro de apendicite aguda.

A incidência de tumor carcinóide nos apêndices ressecados é mostrada no quadro abaixo, conforme vários autores:

OCORRÊNCIA DE TUMOR CARCINÓIDE EM APÊNDICE

AUTOR	APENDICECTOMIAS	CARCINÓIDE	
		nº	%
Mc Carty e Mc Grath	8.039	40	0,50
Norment	45.000	65	0,14
Moore	10.229	10	0,10
Ariel	5.745	02	0,03
Porter e Whelan	26.384	72	0,27
Harryman	24.849	15	0,06
Pearson e Fitzgerald	47.479	28	0,06
Weiss	13.374	28	0,21
Foreman	12.000	19	0,16
O'Sullivan e Bowe	-	28	0,32
Buchberger e Demmer	15.077	24	0,16
Collins	71.000	489	0,69
Farringer e Taradisis	12.947	13	0,10
Benbanaste	11.371	08	0,07
Presente estudo *	34.505	109	0,32

Tumor metastático do apêndice (dando outras manifestações clínicas) é raro, sendo que foram relatados apenas 46 casos até 1981³⁰.

No colon e reto as manifestações de dor abdominal, diarreia e perda de peso são descritas como frequentes^{24,29}. No reto raramente o tumor (embora seja o sítio mais frequente do intestino grosso^{23,24}) propicia síndrome carcinóide, porém é geralmente o mais letal²⁹.

A dosagem sérica de serotonina e seu metabólito urinário de alta positividade na síndrome carcinóide, mui raramente é solicitada em nosso meio, dadas as dificuldades técnicas, além das / circunstâncias de diagnóstico, frequentemente casual. Vários estudos atestam a pertinência deste elemento diagnóstico^{20,29,33}.

Uma vez adequadamente ressecados por boa técnica cirúrgica, os tumores carcinóides de modo geral têm boa sobrevida, comumente acima de 20% em 5 anos, segundo vários autores^{14,23,29}.

Os carcinóides do apêndice são os que têm evolução mais favorável após a cirurgia^{21,30}. Porém, os carcinóides gastrintestinais com invasão de serosa, ou além dela têm sobrevida mais precária / (5%) do que os intramurais (85%) após a cirurgia ampla¹⁴. A sobrevida se reduz ainda mais quando há comprometimento hepático ou ósseo ou quando há níveis significativos de 5-HIAA urinário¹⁴.

CONCLUSÕES

1. Os argentofinomas são neoplasias de rara ocorrência.
2. Os tumores carcinóides acometem preferencialmente o sexo feminino.
3. Sua localização predominante é apêndice, íleo e reto.
4. A maioria dos diagnósticos são casuais.
5. As metástases ocorrem com maior frequência nos tumores localizados no íleo.
6. A síndrome carcinóide ocorre em 10 a 15% dos tumores carci-nóides do tubo digestivo, principalmente naqueles localiza-dos no íleo.
7. Níveis urinários aumentados de 5-HIAA auxiliam no diagnóstico.
8. A extirpação completa do tumor, na ausência de metástases , oferece boa perspectiva de cura.
9. Em nossa amostragem dois pacientes apresentaram quadro de / apendicite aguda e os dois restantes complicaram com abdome agudo obstrutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KRUPP, CHATTON, WERDEGER. Diagnóstico e Tratamento. ATHENEU 1987
2. SCHWARTZ, S. Princípios de Cirurgia. GK, 4ªed.1985
3. ANDERSON & KISSANE. Patologia. Vol. 2, GK 7ª ed.1982RJ
4. DUNPHY & WAY. Diagnóstico e Tratamento em Cirurgia. 3ªed. GK 1979 RJ
5. GALVÃO, L. Cirurgia do Aparelho Digestivo. GK 1978 RJ
6. DANI & CASTRO. Gastroenterologia Clínica. Vol. 1 GK 1981
7. HARRISON. Medicina Interna. Vol. 1 10ª ed. GK 1984
8. SABISTON. Tratado e Cirurgia. Vol. 1 - 11ª ed. 1977 INTERAMERICANA RJ
9. DANI, CASTRO, PÉREZ, ARABEHETY. Gastroenterologia. GK 1978
10. ASHLEY, D.J.B. Evans' Histological Appearances of Tumors. 3ª ed. CHURCHILL LIVINGSTONE 1978 N.Y.
11. DIAS, ANGEL et al. Tumores Carcinóides do Tubo Digestivo. Experiência en el Instituto Nacional de la Nutricion Salvador Zubiran; Rev. Invest Clin 37(1)5-10, ene mar 1985
12. BOGLIOLO, L. Patologia. 3ª ed. GK 1981 RJ
13. NETO, S GOODSITT. Tumores do tipo carcinóide e a síndrome; A folha médica, jan/71 vol 62 nº1 pp 35 a 46
14. ZAKARIAI et el. Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract Cancer March 1975
15. KISSANE and ANDERSEN. Pathology. Vol two
16. JOHNSON et al. Carcinoids: the association of histologic growth pattern and survival; Cancer march 1983
17. Systemic Pathology. Vol 3 2ªed., BY 38 authors Churchill Livingstone. New York 1978
18. TEIXEIRA, GUBERT, CUNHA. Tumor Carcinóide do Apêndice Cecal. Análise de 09 casos *

19. NÉEL et coll. Réflexions à propos d'une série de 50 tumeurs carcinoides de l'appendice; Chirurgie, 1986-112, p290-96
20. PECK et al. Carcinoid tumors of the ileum. The American Journal of Gurgery, vol.146 July 1983
21. BOWMAN and ROSENTHAL. Carcinoid tumors of the appendix. The American Journal of Gurgery, vol.146 december 1983
22. MCERTEL et al. Carcinoid tumors of the vermiform appendix. Cancer. February 1968, vol.21
23. WAREING and SAWYERS. Carcinoids and the carcinoid syndrome. The American Journal of Gurgery. Vol.145 June 1983
24. DAWES et al. Carcinoid Tumors. ARCH SURG, vol.119 April 1984
25. ANDERSON and WILSON. Carcinoid tumors of the appendix. . BR J SURG 1985 vol.72 July, 545-46
26. L.B.SVENDSEN and BULOW. Carcinoid Tumors of the Appendix in Young Patients; ACTA CHIR SCAND 146: 137-39 1980
27. SOGA and TAZAWA. Pathologic Analysis of Carcinoids. Histologic Reevaluation of 62 cases. Cancer. October 1971 vol.28
29. ROSENBERG and WEICH. Carcinoid Tumors of the colon. A study of 72 cases
30. THIRLBY et al. Metastatic Carcinoid Tumor of the Appendix. Report of a case and review of the Literature. Dis col & Rect January 1981 vol.27 nº1

* Não publicado. Apresentado na IV Jornada Sul Brasileira de Cirurgia em setembro/1987 - Florianópolis/SC.

31. COUTOIC, BARATTA, H. Síndrome Carcinóide. JBM agosto 1980
32. LIMA e col. Tumores Carcinóides do Tubo Digestivo. Rev. Ass. Méd. BRASIL, vol.19 nº4
33. FREITAS e col. Tumores Carcinóides do Tubo Digestivo. Apresentação de 18 casos. HSE/RJ 1947 a 1982.
34. HOBBS, COTRANI, KUMAR. Patologia Estrutural e Funcional. 3ªed. INTERAMERICANA, 1986 RJ
35. CECIL. Tratado de Medicina Interna. 16ªed. INTERAMERICANA 1984 RJ
36. FRANCISCO, L.S. et al. Tumores Malignos, poco frecuentes en el niño. Aspectos clínicos y epidemiológicos. Bol Med Hosp In - fant MEX 42(11):670-6 nov/1987

37. HERNANDEZ et al. Carcinoide del apendice cecal. Rev Gastroen
teral MEX 47(4):217-22 1982
28. * OATES, SJOERDSMA. Gastric Carcinoid Secretion of 5-Hydroxy
tryptophan. American Journal of Medicine, vol.32 March
1962

* Houve esquecimento no número de ordem.

TCC
UFSC
CC
0106

N.Cham. TCC UFSC CC 0106
Autor: Scharf, Francisco
Título: Tumores carcinóides do tubo dige



972800601

Ac. 252938

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM