



**XXIV**  
**Mostra**  
**de Iniciação**  
**Científica**

**SEMANA DO**  
**CONHECIMENTO**

A Universidade em movimento

De **7 a 10** de outubro de 2014



## **RELATO DE CASO**

### **GIST Gástrico Gigante**

**AUTOR PRINCIPAL:**

Rafael Rodriguez Dache

**E-MAIL:**

r.dache@gmail.com

**TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::**

Não

**CO-AUTORES:**

Mathias Antônio Poczyzts, Daniel Navarini

**ORIENTADOR:**

Daniel Navarini

**ÁREA:**

Ciências Biológicas e da Saúde

**ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:**

4.01.02.06-8

**UNIVERSIDADE:**

Universidade de Passo Fundo

**INTRODUÇÃO:**

O GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) é um neoplasma do trato gastrointestinal originado das células de cajal, presentes na muscular própria, representando 1% do total de tumores do TGI. Não apresentam predileção por sexo e sua incidência é de 2/100.000 pessoas, sendo mais comum na faixa etária de 50-70 anos. O sítio mais comum de aparecimento é o estômago (60% dos GIST), seguido por intestino delgado (20%). Os sintomas são inespecíficos (dor/desconforto abdominal vago, massa palpável, anemia). O principal diagnóstico diferencial de GIST são os leiomiomas, que podem ter uma aparência macro e microscópica muito parecida, sendo a diferenciação através de imunohistoquímica, onde o GIST apresente elevada expressão de receptores c-KIT e CD34. O prognóstico é dependente da taxa mitótica, tamanho e sítio do tumor.

**RELATO DO CASO:**

A.D.P. , feminina, branca, 81 anos, viúva, aposentada, natural e procedente de Passo Fundo. Em 2011 a paciente veio ao consultório do gastroenterologista, encaminhada pelo médico do CAIS, queixando-se de astenia com 60 dias de evolução, acompanhada de palidez mucocutânea, tonturas, dores em MMII e perda de peso (5kg). Na época fez EDA e colonoscopia, evidenciando teleangiectasias em duodeno e ceco. Recuperou-se após reposição de ferro VO e interrupção de AINES. Desde 2010 havia percebido nodulação móvel e indolor no epigástrico (mantida em sigilo), percebida no exame físico do abdome em 2011, porém sem confirmação por exame ecográfico da época. Em 2014 retorna ao gastroenterologista por orientação do médico do CAIS, para investigação de suposta anemia (Hb atual de 12), e tratamento de ITU. Atualmente sem queixas abdominais ou fadiga. Paciente é não etilista, não tabagista e não transfundida. Passado mórbido de HAS e cirurgia ortopédica em MIE. Em uso de Captopril 25mg, Nimesulida 500mg e butasona. Ao exame físico: LACO, MUCAA, fácies atípico, biótipo normolíneo, ausência de linfadenopatias, 65kg, 160cm, PA:140/80mmHG, F.C.: 60bpm, eupnéica e afebril. Exame físico respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome: Inspeção: plano, assimétrico (discreto abaulamento paraumbilical direito), cicatriz umbilical retraída e ausência de cicatrizes cirúrgicas ou traumáticas . Palpação: abdome flácido, sem hiperestésias. Sigmoide palpável, baço e ceco não palpáveis, fígado no RCD, bordo e consistência normais. Massa palpável em epigástrico, indolor, móvel, consistente, tamanho aproximado de um melão (em 2011 lembrava uma bola de tênis). Percussão : Traube livre . Ausculta : RHA + . Exames: Em 2001 apresentava hemoglobina de 7,5g/dL, TP: 11,3s e US de abdome total normal.

**RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:**

Em 2014: Hb de 12g/dL, leucócitos 2.900, Creatinina 0,64mg/dL, TP: 12,6s. TC demonstrava formação expansiva de aspecto indeterminado localizada em íntimo contato com a parede lateral direita do estômago, com densidade e realce pós-contraste EV heterogêneo, sugerindo o diagnóstico de GIST. Foi realizada opção pela cirurgia aberta para exérese da massa tumoral medindo 11,2x10,6x8 segundo tomografia; com margens cirúrgicas livres de 1cm, sem linfadenectomia, segundo os protocolos para tratamento de GIST, onde a cirurgia é mandatória, sendo recomendado o uso de terapia adjuvante com IMATINIB, decisão que pode ser guiada pelo prognóstico após análise do histopatológico.

**CONCLUSÃO:**

O GIST deve ser pensado como diagnóstico diferencial de massas palpáveis, normalmente móveis, acompanhadas de sintomas vagos e sem grandes repercussões sistêmicas, principalmente em pacientes idosos.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1)KANG, Y-K. et al. Clinical Practice Guideline for Accurate Diagnosis and Effective Treatment of Gastrointestinal Stromal Tumor in Korea. Journal Korean Medical Science. 2010. V.25 p.1543-1552
- 2)The ESMO. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology.2012. V.23

---

Assinatura do aluno

---

Assinatura do orientador