

# TUMOR CARCINÓIDE RETAL EM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - RELATO DE CASO

SIDNEY ROBERTO NADAL, TSBCP  
CARMEN RUTH MANZIONE, TSBCP  
VIVIANNE DE MOURA GALVÃO, FSBCP

NADAL SR, MANZIONE CR & GALVÃO VM - Tumor carcinóide retal em paciente portador da síndrome da imunodeficiência adquirida - Relato de Caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(1): 17-18

**RESUMO:** Relatamos um caso de tumor carcinóide retal. A neoplasia foi um achado ocasional durante retoscopia feita para a avaliação de queixas anorretais incomuns. Realizamos ressecção transanal, sob raqui-anestesia. O doente permanece sem evidência de recidiva local após seis meses de pós-operatório. Ao nosso conhecimento este é o primeiro caso de carcinóide retal em paciente HIV positivo, ampliando a lista de neoplasias que podem acometer o reto destes pacientes.

**UNITERMOS:** síndrome da imunodeficiência adquirida; neoplasma maligno do reto; tumor carcinóide

Os carcinóides são tumores que têm sua origem nas células de Kulchitsky das glândulas de Lieberkuhn<sup>(7)</sup>. Localizam-se em sua maioria no tubo gastrointestinal<sup>(7,9)</sup> e acometem o reto entre 12 e 55% dos casos<sup>(6,7)</sup>. O número de carcinóides retais vem aumentando devido a modernização dos recursos diagnósticos para doenças anorretais e maior indicação de avaliações profiláticas de rotina<sup>(6)</sup>.

Apesar dos pacientes HIV positivos apresentarem incidência aumentada de neoplasias pouco comuns<sup>(8,11)</sup>, os tumores carcinóides permanecem raros. Esse caso amplia a lista de neoplasmas malignos que podem acometer o reto nesses doentes.

## Descrição de caso

Trata-se de paciente masculino, com 27 anos, branco, casado e com sorologia positiva para HIV há três anos. Procurou o ambulatório da Proctologia queixando-se de prurido, abaulamento anal e dificuldade para evacuar há 15 dias. Como antecedentes pessoais relatou tratamento para pneumocistose pulmonar há nove meses e uso de AZT in-

terrompido há 10 dias após introdução de medicação específica para citomegalovirose ocular. Ao exame proctológico encontramos hemorroidas de primeiro grau e lesão séssil com 5 mm de diâmetro arredondada e com superfície rugosa, a 4 cm da linha pectínea, na parede anterior do reto. Praticamos polipectomia. No exame histopatológico observou-se neoplasia de aspecto monótono de pequenas células, com pouco citoplasma, escasso número de mitoses, de núcleos centrais arredondados ou ovalados, em arranjo glandular ou trabecular, característico de tumor carcinóide (Fig. 1). Devido ao acometimento das bordas, relatado à microscopia, optamos por ampliar as margens de ressecção. Os exames pré-operatórios revelaram contagem de leucócitos de 3.800/mm<sup>3</sup>, 1.558 linfócitos/mm<sup>3</sup>, menos que 50 linfócitos T CD4/mm<sup>3</sup> e 426 linfócitos T CD8/mm<sup>3</sup>. Retiramos um fuso de parede retal contendo o local da polipectomia e suturamos as bordas, sob raqui-anestesia (Figs. 2 e 3). A nova avaliação anatomopatológica mostrou tumor carcinóide residual restrito à submucosa e com margens livres. No 20º dia pós-operatório, o doente referiu estar assintomático e a retoscopia mostrou cicatrização completa. A dosagem urinária de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) foi 5,4 mg/dia (normal: 1 a 6 mg/dia). À ultra-sonografia abdominal observou-se hepatoesplenomegalia sem alterações focais evidentes. O doente permanece sem recidiva local após seis meses.

## DISCUSSÃO

O surgimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana) tem proporcionado o diagnóstico de neoplasmas malignos de incidência rara em vários locais do organismo humano, sendo o sarcoma de Kaposi e o linfoma não-Hodgkin os mais comuns<sup>(8)</sup>. Já na região anorretal, os mais frequentes são os carcinomas espinocelulares<sup>(8)</sup>. Embora o tumor carcinóide seja primário no reto em 55% dos casos, conforme citaram Jetmore et al.<sup>(6)</sup>, não encontramos, na literatura revista, descrição desse tipo de tumor no reto de pacientes HIV positivos. Nos dois únicos relatos de pacientes portadores de AIDS, os tumores localizavam-se no mediastino<sup>(11)</sup> e no abdome<sup>(1)</sup>. O caso presentemente descrito é o primeiro carcinóide de localização retal em doente HIV positivo descrito na literatura.

Os tumores carcinóides retais são geralmente alcançados pelo toque retal e pela retoscopia e o diagnóstico frequentemente é incidental, por ocasião de exame proctológico de rotina ou para avaliação de doenças anorretais benignas<sup>(6, 7)</sup>. Em nosso caso, o tumor foi um achado ocasional durante avaliação proctológica de doente com queixas anorretais incomuns. Nosso doente era jovem em relação à faixa etária predominante nessa neoplasia. Na casuística de Jetmore et al.<sup>(6)</sup> a idade média foi de 52 anos. O doente HIV positivo com tumor carcinóide em mediastino<sup>(11)</sup> e o outro com acometimento abdominal<sup>(1)</sup>, tinham respectivamente 29 e 35 anos. A ocorrência de tumores carcinóides em pacientes jovens HIV positivos, deverá ser esclarecida a medida que avaliações anorretais de rotina se tornem mais freqüentes nestes pacientes.

Segundo a revisão publicada por Jetmore et al.<sup>(6)</sup>, os tumores carcinóides retais com diâmetro inferior a 1 cm têm 3% de risco estimado de malignização e podem ser tratados por ressecção local. Os maiores que 2 cm têm risco elevado de metastatização, merecendo conduta mais agressiva. Aqueles entre 1 e 1,9 cm têm 13% de risco e necessitam avaliação pré-operatória cuidadosa para indicação terapêutica mais apropriada. Para esses casos, Fujishima et al.<sup>(5)</sup> propuseram ultra-som endoscópico para conhecer o grau de invasão da parede retal e realizaram polipectomia ou ressecção local nos casos de tumor restrito à submucosa com excelentes resultados e sem recidiva. Fujimura et al.<sup>(4)</sup>, usando o mesmo método diagnóstico, descreveram caso ressecado por via transanal com sucesso. Bhutani<sup>(2)</sup> relatou êxito com polipectomia endoscópica em lesão retal de 1 cm. Em nosso caso, apesar da polipectomia prévia, optamos por ampliar a área de ressecção por via transanal. O exame histológico da peça revelou tumor residual restrito à submucosa e margens livres de doença.

Os carcinóides anorretais, em alguma séries<sup>(3, 10)</sup>, estiveram associados com uma segunda neoplasia, tipicamente adenocarcinomas colônicos, em até 30% dos casos estudados. Embora no presente caso nenhuma outra neoplasia tenha sido detectada até o momento, esses dados, associados ao fato de que portadores de HIV positivo tem maior chance de desenvolver outros tumores, reforçam a idéia de que esse paciente deve ser submetido a rigoroso seguimento clínico.

Aboaf e Mehler<sup>(1)</sup> e Weitberg et al.<sup>(11)</sup> relataram que o aparecimento desse tumor, em pacientes mais jovens que a média esperada, é possibilitado pela existência de imunodepressão nos doentes soropositivos, associando-o à infecção pelo HIV. Discordamos dessa afirmação pois os poucos rela-

tos existentes não permitem concluir se o tumor carcinóide faz parte do rol de doenças que acompanha a infecção pelo HIV ou se essa associação ocorreu por mero acaso.

---

#### NADAL SR, MANZIONE CR & GALVÃO VM - A rectal carcinoid tumor in an AIDS patient - Case report.

**SUMMARY:** We describe an acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patient with a rectal carcinoid tumor that was occasionally found by rectoscope examination. This tumor was polypoid and had 5 mm in diameter. It was locally treated by transanal excision. No recurrence was detected after six months follow-up. Carcinoid tumors were rarely reported in AIDS patients. In fact, only two cases (one in the mediastinum and another in the abdomen) were previously related. To our knowledge this is the first rectal carcinoid diagnosed in an AIDS patient. This tumor adds to the list of neoplasms that can be seen in the rectum of these patients.

**KEY WORDS:** acquired immunodeficiency syndrome; rectum; tumors; carcinoid tumor

---

#### REFERÊNCIAS

1. Aboaf AP, Mehler PS. Large asymptomatic carcinoid tumor in an HIV-infected man. *South Med J* 1993; 86: 1418.
2. Bhutani MS. Curative endoscopic resection of a carcinoid tumor of the rectum. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 645.
3. Fenger C. Anal canal tumors and their precursors. In: Rosen PP, Fechner RE, eds. *Pathology Annual 1988, part I*, Norwalk CT. Appleton and Lange, 1988: 45-66.
4. Fujimura Y, Mizuno M, Takeda M, Sato I, Hoshida K, Uchida J, Kihara T, Mure T, Sano K, Moriya T. A carcinoid tumor of the rectum removed by strip biopsy. *Endoscopy* 1993; 25: 428.
5. Fujishima H, Misawa T, Maroka A, Yoshinaga M, Chijiwa Y, Nawata H. Rectal carcinoid tumor: endoscopic ultrasonographic detection and endoscopic removal. *Eur J Radiol* 1993; 16: 198.
6. Jetmore AB, Ray JE, Gathright Jr. JB, McMullen KM, Hicks TC, Timmcke AE. Rectal carcinoids: the most frequent carcinoid tumor. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 717.
7. Lockhart DC, Caushaj PF. Rare rectal tumors. In: Mazier WP, Levien DH, Luchtefeld MA, Senagore AJ. *Surgery of the colon, rectum and anus*. 1ª ed., Philadelphia, Saunders, 1995: 540-548.
8. Melbye M, Coté T, Kessler L, Gail M, Biggar RJ, and AIDS/Cancer Working Group. High incidence of anal cancer among AIDS patients. *Lancet* 343: 636, 1994.
9. Miszputen SJ. Carcinoid Syndrome. *Arq Gastroenterol* 1993; 30: 1.
10. Nauheim KS, Zeitels J, Kaplan EL, Sugimoto J, Shen KL, Lee CH, Strauss FH. Rectal carcinoid tumors - treatment and prognosis. *Surgery* 1983; 94: 670-676.
11. Weitberg AB, Mayer K, Miller ME, Mikolich DJ. Dysplastic carcinoid tumor and Aids related complex. *N Engl J Med* 1985; 314: 1455.

#### Endereço para correspondência:

Sidney Roberto Nadal  
Rua Dr. Virgilio de Carvalho Pinto, 381/23  
05415-030 - Pinheiros - São Paulo - SP