

REFERÊNCIAS

1. Arezzo A, Verra M, Morino M. Transanal endoscopic microsurgery after neoadjuvant therapy for rectal GIST. *Digestive and Liver Disease* 43 (2011) 921–924.
2. Blay JY, Bonvalot S, Casali P, et al. GIST consensus meeting panellists: Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumours. Report of the GIST Consensus Conference of 20–21 March 2004, under the auspices of ESMO. *Ann Oncol* 2005;16:566–78.
3. Fiore M, Palassini E, Fumagalli E, Pilotti S, Tamborini E, Stacchiotti S, Pennacchioli E, Casali PG, Gronchi A. Preoperative imatinib mesylate for unresectable or locally advanced primary gastrointestinal stromal tumors (GIST). *Eur J Surg Oncol*. 2009 Jul;35(7):739-45. Epub 2008 Dec 24.
4. Hamada M, Ozaki K, Horimi T, Tsuji A, Nasu Y, Iwata J, Nagata Y. Recurrent rectal GIST resected successfully after preoperative chemotherapy with imatinib mesylate *Int J Clin Oncol* (2008) 13:355–360.
5. Lo SS, Papachristou GI, Finkelstein SD, Conroy WP, Schraut WH, Ramanathan RK. Neoadjuvant imatinib in gastrointestinal stromal tumor of the rectum: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1316–1319.
6. Machlenkin S, Pinsk I, Tulchinsky H et al (2011) The effective of neoadjuvant imatinib therapy on outcome and survival after rectal gastrointestinal stromal tumour. *Colon Dis* 13:1110–1115.
7. Mandalà M, Pezzica E, Tamborini E, Guerra U, Lagonigro SM, Forloni B, Barni S. Neoadjuvant imatinib in a locally advanced gastrointestinal stromal tumour (GIST) of the rectum: a rare case of two GISTs within a family without a familial GIST syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007 Aug;19(8):711-3.
8. Nahas, SC, Nahas, CS, Marques CF, Dias AR, Pollara WM, Cecconello I. Transanal endoscopic microsurgery (TEM): a minimally invasive procedure for treatment of selected rectal neoplasms. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2010, vol.23, n.1, pp. 35-39.
9. Salazar M, Barata A, André S, Venâncio J, Francisco I, Cravo M, Nobre-Leitão C. First report of a complete pathological response of a pelvic GIST treated with imatinib as neoadjuvant therapy. *Gut*. 2006 Apr;55(4):585-6.
10. Wang JP, Wang T, Huang MJ, Wang L, Kang L, Wu XJ. The role of neoadjuvant imatinib mesylate therapy in sphincter-preserving procedures for anorectal gastrointestinal stromal tumor. *Am J Clin Oncol*. 2011 Jun;34(3):314-6.

ABCDDV/1092

ABCD Arq Bras Cir Dig
2015;28(1):89-90
DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100023

Carta ao Editor

HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) GÁSTRICO COM COLOCAÇÃO DE "ENDOLOOP"

Endoscopic hemostasis of a bleeding gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST) with endoloop placement

Felipe Alves **RETES**, Bruno da Costa **MARTINS**,
Maurício Paulin **SORBELLO**, Cezar Fabiano Manabu **SATO**,
Fabio Shiguehissa **KAWAGUTI**, Fauze **MALUF-FILHO**,
Ulysses **RIBEIRO-JUNIOR**

Trabalho realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Correspondência:

Maurício Paulin Sorbello

E-mail: sorbello.mauricio@gmail.com Recebido para publicação: 21/01/2014

Aceito para publicação: 09/12/2014

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva decorrente de neoplasia gástrica representa condição de difícil manejo e pode levar à situações dramáticas. Na maioria dos casos, a terapia endoscópica promove controle temporário do sangramento. Com frequência, as más condições clínicas e o estágio avançado da doença, remetem estes pacientes ao tratamento clínico paliativo exclusivo. Assim, intervenções cirúrgicas são frequentemente contraindicadas, seja por falta de condições clínicas ou devido ao alto risco de mortalidade decorrente do trauma operatório. Para estes casos, técnicas endoscópicas alternativas, com propostas minimamente invasivas, têm sido descritas visando o controle do sangramento de origem tumoral.

RELATO DO CASO

Homem de 79 anos de idade com GIST gástrico, recebendo Imatinib para tratar metástase hepática múltipla (Figura 1), metástases pulmonares e ósseas, foi internado no Instituto do Câncer da Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil depois apresentar hematêmese maciça, seguida de síncope.

Foi indicada endoscopia digestiva alta. O exame revelou sangue fresco na câmara gástrica e lesão ulcerada submucosa de 4 cm, parcialmente coberta com coágulos aderentes na região da cárdia. Uma vez que não havia hemorragia contínua, a terapia endoscópica não foi realizada nessa altura. No entanto, após a discussão multidisciplinar, foi decidido tentar hemostasia endoscópica, devido ao elevado risco envolvido no uso de anestesia para realizar ressecção cirúrgica. Um endoloop foi colocado na base da lesão em posição de retroflexão (Figura 2).

Uma semana mais tarde, um exame endoscópico de avaliação foi realizado, demonstrando o procedimento hemostático bem sucedido (Figura 3).

O paciente foi então encaminhado para cuidados paliativos e morreu dois meses depois, sem mais sangramento.



FIGURA 1 - Metástases hepáticas múltiplas

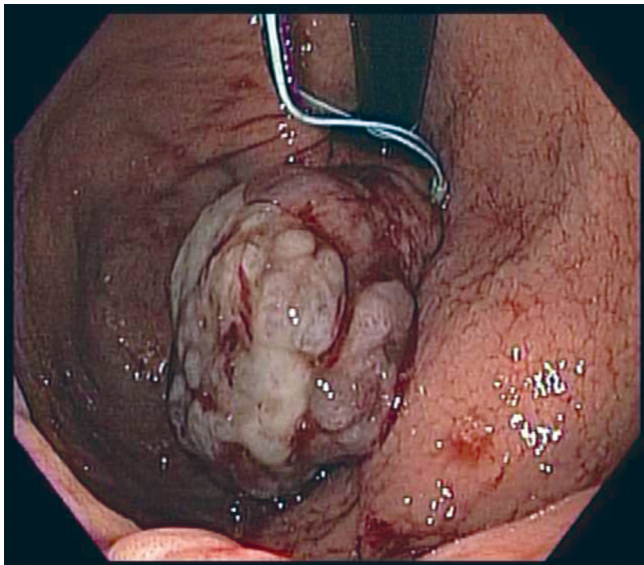


FIGURA 2 - Reflexão endoscópica: sangramento do GIST e colocação do endoloop

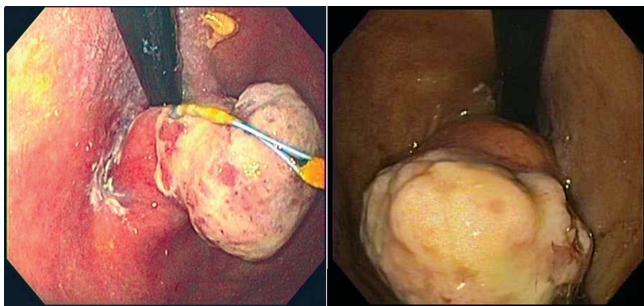


FIGURA 3 - Seguimento endoscópico: endoloop posicionado no GIST, com aparência isquêmica e necrose

DISCUSSÃO

Hemostasia endoscópica de lesões tumorais é situação desafiadora, uma vez que nenhuma terapia endoscópica tem sido provado ser superior³. A escolha será ditada pela aparência do tumor e experiência pessoal do endoscopista. Os relatos mostram que hemoclips têm sido aplicados com sucesso² e fracassos⁴ tentando alcançar a hemostasia. No presente caso, o tumor parecia ser friável e tentativa de aplicar hemoclips poderia ter levado a mucosa a sangramento recorrente. Endoloop nessas lesões tem sido descrito para tratar tumores em sangramento e também para ressecção de lesões em pacientes considerados candidatos não-cirúrgicos, através de necrose isquêmica¹. Embora a abordagem cirúrgica seja considerada o tratamento de escolha para tais lesões, a técnica de endoloop é alternativa útil, viável, barata e segura para pacientes considerados inadequados para cirurgia ou como medida temporária para estabilizar pacientes antes do tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Arezzo A, Verra M, Miegge A, Morino M. Loop-and-let-go technique for a bleeding, large sessile gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Endoscopy*. 2011;43 Suppl 2 UCTN:E18-9.
2. Cheng AW, Chiu PW, Chan PC, Lam SH. Endoscopic hemostasis for bleeding gastric stromal tumors by application of hemoclip. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2004;14:169-71;

3. Savides TJ, Jensen DM, Cohen J, Randall GM, Kovacs TO, Pelayo E, Cheng S, Jensen ME, Hsieh HY. Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: endoscopic findings, treatment, and outcome. *Endoscopy*. 1996;28:244-8;
4. Seya T, Tanaka N, Yokoi K, Shinji S, Oaki Y, Tajiri T. Life-threatening bleeding from gastrointestinal stromal tumor of the stomach. *J Nihon Med Sch*. 2008;75:306-11;

ABCDDV/1093

ABCD Arq Bras Cir Dig

2015;28(1):90-92

DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000100024

Carta ao Editor

REPARAÇÃO LAPAROSCÓPICA NA OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA CRÔNICA RECORRENTE E HÉRNIA TRANSDIAFRAGMÁTICA INTERCOSTAL

Laparoscopic repair in simultaneous occurrence of recurrent chronic traumatic diaphragmatic hernia and transdiaphragmatic intercostal hernia

Murat **YILDAR**¹, Ismail **YAMAN**², Hayrullah **DERICI**³

Trabalho realizado no Department of General Surgery, Balikesir University Faculty of Medicine, Balikesir, Turkey

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Correspondência:

Murat Yıldar

Email: muratyildar@hotmail.com

Recebido para publicação: 04/02/2014

Aceito para publicação: 11/12/2014

INTRODUÇÃO

Hérnia diafragmática traumática desenvolve-se em associação com lesões toracoabdominais fechadas ou penetrantes. Os níveis de incidência observados estão entre 0,8% e 42%, dependendo do local da lesão^{1,9,12,13}. Hérnia diafragmática traumática é entidade rara. Ela ocorre tanto devido às lesões diafragmáticas relacionados ao trauma que causam lacerações nos músculos intercostais entre as costelas fraturadas, como devido à recorrência de hérnia diafragmática em que o reparo anterior foi realizado utilizando abordagem transtorácica¹.

Lesões diafragmáticas traumáticas são geralmente assintomáticas, quando isoladas, e frequentemente não podem ser detectadas radiologicamente sob condições agudas¹³. Quando acompanhada de outras lesões em órgãos que necessitam de exploração cirúrgica, o diagnóstico é feito durante a operação, e podem ser tratados simultaneamente. Reparação laparoscópica é geralmente preferida em lesões agudas diafragmáticas isoladas, enquanto os casos crônicos e recorrentes são tradicionalmente reparados usando toracotomia por causa de aderências densas. Com o aumento da experiência de cirurgia minimamente invasiva, nos últimos anos, tem sido referido que casos crônicos e recorrentes, também podem ser tratados por laparoscopia.

Nenhum caso de reparo laparoscópico na hérnia simultânea recorrente crônica traumática do diafragma e hérnia diafragmática traumática foram relatados até o momento. Aqui, é descrito o reparo laparoscópico desta associação.