

CÂNCER PRECOCE DE COTO GÁSTRICO: RELATO DE UM CASO¹

EARLY GASTRIC CANCER: CASE REPORT

Cirilo Pardo Meo Muraro²
José Luis Braga de Aquino³
Oswaldo Luiz Pinto⁴
Plínio Conte de Faria Júnior⁴
José Eduardo Lintz⁵
Hércio Azevedo de Vasconcelos Cunha⁶
Joaquim Simões Neto⁶

RESUMO

Os autores relatam o caso de um paciente submetido a gastrectomia parcial por úlcera duodenal sangrante há 29 anos, que após 24 anos da intervenção cirúrgica passou a apresentar sintomatologia dispéptica em decorrência de gastrite alcalina de refluxo, de leve intensidade. No início houve resposta ao tratamento clínico e posteriormente, com piora dos sintomas, foi submetido a exame endoscópico, no qual diagnosticou-se lesão elevada. Realizada biópsia cujo resultado revelou adenocarcinoma gástrico e, após tratamento cirúrgico, o estudo anatomopatológico da peça evidenciou câncer gástrico precoce, fato raro em nosso meio.

Unitermos: gastrectomia, coto gástrico, neoplasias gástricas.

ABSTRACT

The authors report a case of a patient who underwent a partial gastrectomy due to a duodenal ulcer that had bled for 29 years, and 24 years after surgical intervention started presenting dyspeptic symptomatology as a consequence of an alkaline gastritis of reflux of mild intensity. At first the patient responded to the clinical treatment but later, as the symptoms worsened, he was subjected to an endoscopic exam in which it was diagnosed a serious lesion. A biopsy revealed a gastric adenocarcinoma and, after surgical procedure, the anatomic-pathologic study evidenced early gastric cancer, a rare condition.

Keywords: gastrectomy, gastric stump, stomach neoplasms.

⁽¹⁾ Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

⁽²⁾ Professor Titular, Coordenador do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

⁽³⁾ Professor Titular, Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

⁽⁴⁾ Professores Assistentes do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

⁽⁵⁾ Residente do 3º ano de Cirurgia Plástica do Inca, Rio de Janeiro, RJ.

⁽⁶⁾ Residente do 2º ano de Clínica Cirúrgica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas.

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é o mais freqüente dos tumores malignos do aparelho digestivo, ocupando o segundo lugar entre todos os cânceres do homem (10%) e o quinto entre pacientes do sexo feminino (4%), sendo mais freqüente no sexo masculino na proporção de 2:1, com maior incidência entre a quinta e a sétima décadas, com média de 57 anos^{1,2,8,9,15,16}.

Tem ocorrido com maior incidência em países como o Japão, onde representa 40% das neoplasias malignas, com mortalidade de 45 casos em 100 mil habitantes, Chile, Finlândia e Islândia, sendo menos freqüente nas Filipinas, Honduras e Estados Unidos, onde os valores de incidência e mortalidade são de 5% e 8 casos por 100 mil habitantes respectivamente^{1,2,4,5,7,9}.

Fatores dietéticos, como a ingesta de amido, poucos vegetais e poucas frutas, muitos carboidratos, pouca proteína, alimentos defumados e poucos micronutrientes, muitos sais e condimentos e ausência de vitaminas cítricas e substâncias antioxidantes, a presença de *Helicobacter pylori*, e a presença de lesões predisponentes como a anemia perniciosa quando acompanhadas por pólipos adenomatosos e gastrite crônica atrófica, têm um papel importante na etiologia das neoplasias gástricas, embora a etiologia exata ainda seja desconhecida. Os gastrectomizados com reconstrução à Billroth II que desenvolvem gastrite crônica atrófica pelo refluxo alcalino no coto gástrico, também representam um grupo com predisposição para o desenvolvimento de neoplasia gástrica, atingindo uma incidência que varia de 1,2 a 4,7% na literatura^{9,12}.

O câncer gástrico precoce, também denominado câncer gástrico incipiente, pré-invasivo ou *in situ*, descrito pela primeira vez por Gutmann em 1939, é definido como a neoplasia maligna, cujo crescimento está limitado à mucosa ou submucosa do estômago, com ou sem metástases em linfonodos regionais, segundo definiu a Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva em 1962^{3,4,5,8,10,13,14,15}.

Nas casuísticas japonesas, o diagnóstico de câncer gástrico precoce entre as neoplasias malignas do estômago, é de mais de 60%, graças a realização de endoscopias digestivas em série, valores estes muito distantes dos ocidentais, que atingem, em média, apenas 10%. No Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital e Maternidade Celso Pierro encontramos o índice de 7,7%⁶.

Este trabalho visou o relato de um caso de um paciente submetido à gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II por úlcera duodenal sangrante

há 29 anos, que desenvolveu neoplasia no coto gástrico, restrita à submucosa, fato bastante raro.

RELATO DE CASO

L.F., 56 anos, masculino, branco, aposentado, natural da cidade de Rio Claro, estado de São Paulo, procedente de Campinas, SP, católico.

Queixa e duração: "Má digestão há 5 meses".

História pregressa da moléstia: Episódios de dor epigástrica em peso, sem irradiação, de fraca intensidade há 5 meses, acompanhada por "má digestão", plenitude gástrica pós prandial, eventualmente com náuseas. Nega vômitos ou emagrecimento.

- Antecedentes pessoais sem enfermidades e familiares com 2 irmãos com câncer gástrico e pai com câncer no intestino (sic). Paciente submetido no ano de 1968 à gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II por úlcera duodenal sangrante.

- Paciente submetido a esofagogastro-duodenoscopia (EGD) em 10/11/92 com diagnóstico de gastrectomia com reconstrução à Billroth II, gastrite enantemática moderada por refluxo enterogástrico e urease negativa, com biópsia revelando gastrite crônica de corpo de etiologia alcalina e *H. pylori* negativo. Instituído tratamento clínico com bloqueador H₂ e gastrocinético, ocorrendo melhora da sintomatologia.

- Posteriormente quando submetido a nova EGD em 20/02/95 para controle, o achado foi: estômago operado com reconstrução à Billroth II, gastrite moderada de coto gástrico por refluxo enterogástrico, urease negativa, estando o paciente assintomático.

- Em novo controle endoscópico em 29/05/96 o achado foi: estômago operado com reconstrução à Billroth II; gastrite por refluxo biliopancreático de moderada intensidade e lesão elevada gástrica (reação inflamatória? xantoma gástrico?), urease negativa, com biópsia indicando adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado em mucosa de antro gástrico, gastrite crônica de etiologia alcalina, gastrite crônica moderada de corpo com focos de metaplasia intestinal, seguido também por tratamento clínico.

- Foi submetido em 20/06/96 nova gastrectomia subtotal com reconstrução à *Y de Roux* pré-cólica, sem intercorrências.

- No anátomo-patológico da peça cirúrgica foi evidenciado adenocarcinoma intra mucoso (focal), áreas de carcinoma *in situ* e displasia grave de alto grau em transição gastrojejunal, gastrite crônica atrófica com focos de metaplasia intestinal. Margens cirúrgicas livres.

No acompanhamento pós operatório (três meses após intervenção cirúrgica), o exame endoscópico mostrou: pólipos esofágicos tipo Yamada IV a 37cm da ADS, lesão ulcerada gástrica e estômago operado com reconstrução à *Y de Roux*, com anátomo-patológico revelando gastrite crônica erosiva de corpo com focos de metaplasia intestinal, presença de metaplasia intestinal, *H. pylori* positivo e esofagite crônica ativa. Instituído tratamento com Omeprazol, Amoxicilina, Claritromicina e Cizaprida. O paciente, aproximadamente 18 meses após a cirurgia, encontra-se assintomático.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste trabalho os autores apresentam um caso de paciente gastrectomizado anteriormente por úlcera sangrante com queixa de dor epigástrica em peso, com plenitude gástrica, náuseas e vômitos eventuais, negando emagrecimento há 5 meses, queixas comuns em pacientes com síndrome dispéptica hipostênica, com substrato anátomopatológico de gastrite ou úlcera.

Tais pacientes com essas queixas, constituintes da grande massa de pacientes que procuram os ambulatórios e consultórios médicos, principalmente gastroenterologistas, por vezes, deixam de ter seu diagnóstico preciso com exame endoscópico e tratamento à altura. Nesses casos, podem passar despercebidas lesões neoplásicas.

No caso descrito, o paciente referia como antecedentes o uso de anti-ácidos pela dispepsia, e intervenção cirúrgica prévia há 24 anos por úlcera duodenal sangrante (sic), tendo sido realizada gastrectomia com reconstrução à Billroth II.

O câncer gástrico vem apresentando redução de sua incidência nos últimos decênios, apesar de ainda continuarem elevados os índices de mortalidade pela moléstia^{6,8,9}.

Todos os autores são unânimes quanto a importância do diagnóstico precoce da doença, a fim de que se realize a cirurgia adequada para que aumentem os níveis de sobrevivência^{6,8,9,11,16}. Tais considerações, entretanto não correspondem a verdade nos países ocidentais, onde os índices de diagnóstico precoce atingem baixos valores, em torno de 8 a 10%. Alguns países orientais, principalmente o Japão, apresentam valores que ultrapassam 60%, a partir de métodos de investigação em massa (*Stomach Mass Survey*), possíveis graças ao desenvolvimento tecnológico e situação socioeconômica⁶.

No Brasil, a exemplo dos países ocidentais e países em desenvolvimento, o diagnóstico precoce da doença representa aproximadamente 10%, sendo por

volta de 8%, o valor encontrado em nosso serviço. Tais números estariam relacionados com a falta de orientação nos serviços de saúde, havendo subestimação em relação às queixas dispépticas que representam mais de 90% da sintomatologia básica, número de exames endoscópicos insuficiente e procura tardia de orientação médica.

Em termos epidemiológicos, os gastrectomizados representam um grupo que merece cuidados especiais no pós operatório, visto que a lesão pelo refluxo alcalino pode predispor ao aparecimento da neoplasia.

Submetido a esofagogastroduodenoscopia (EGD) que mostrou gastrite enantemática moderada por refluxo enterogástrico, urease negativa (biópsia: gastrite de etiologia alcalina), o paciente foi medicado com bloqueador H_2 , havendo melhora da sintomatologia. Após 3 anos, voltando a apresentar sintomatologia dispéptica foi submetido a nova EGD esofagogastroduodenoscopia que mostrou persistência da gastrite alcalina sem sinais de malignidade na biópsia. Porém, persistindo os sintomas, após três meses, em novo exame, foi encontrada lesão elevada na área correspondente a linha anastomótica, com anátomo-patológico revelando adenocarcinoma pouco diferenciado restrito a mucosa.

Realizados exames de estadiamento que mostraram-se normais, foi submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução à *Y de Roux*, com anátomo-patológico revelando adenocarcinoma focal intra mucoso, peça com margens cirúrgicas livres.

O paciente vem sendo acompanhado ambulatorialmente, com uso de Omeprazol, Claritromicina e Amoxicilina para tratamento do *H. pylori* evidenciado em EGD, realizada três meses após a cirurgia, assintomático.

Trata-se de paciente com diagnóstico precoce de neoplasia de coto gástrico, propiciado pela realização de esofagogastroduodenoscopies repetidas no acompanhamento pós operatório de gastrectomia com reconstrução à Billroth II. Neste caso, o paciente apresentava-se como qualquer caso de síndrome dispéptica hipostênica, o que motivou o cirurgião a requerer tais exames endoscópicos com frequência, com realização de biópsias.

Os autores relatam o caso no intuito de motivar a realização de exames endoscópicos em pacientes gastrectomizados com quadro dispéptico⁶.

Portanto, não se subestimar as queixas dos pacientes dispépticos, não sabidamente neoplásicos, visto que estas não diferenciam-se de enfermidades não neoplásicas. O acompanhamento pós operatório de

pacientes submetidos a gastrectomias com reconstrução principalmente à Billroth II deve ser feito dentro dos padrões indicados pela literatura. Sendo necessária à realização de exames endoscópicos apropriados, pode auxiliar no aumento da incidência de diagnóstico de neoplasias precoces, elevando a taxa de sobrevivência dos pacientes para níveis de mais de 90%, em cinco anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIGA, K. Stomach Mass: survey in Japan. In: CONGRESSO PANAMERICANO DE GASTROENTEROLOGIA, 12., Dez. 1971, Punta Del Este, Uruguai. *Anais...*, Punta Del Leste, 1971. p. 26.
2. ECKERT, M.W. et al. Early gastric cancer and *H. pylori*: 34 cases of experience at Charity Hospital in New Orleans. *Am Surg*, Baltimore, v.64, n.6, p.545-550, 1998.
3. EVERETT, S.M., AXON, A.T. Early gastric cancer in Europe. *Gut*, London, v.41, n.2, p.142-150, 1997.
4. FIELDING, W.L. et al. Natural history of early gastric cancer: results of a 10 year regional survey. *Br Med J*, London, v.281, p.965-967, 1980.
5. HABU, H. et al. Results surgery in patients with gastric cancer extending to the adjacent organs. *Hepatogastroenterology*, Stuttgart, v.37, p.417-424, 1990.
6. KANEKO, E. et al. Outcome of gastric carcinoma detected by gastric mass survey in Japan. *Gut*, London, v.18, p.626-630, 1977.
7. KODAMA, Y. et al. Grow patterns and prognosis in ear gastric cancer. *Surgery*, St. Louis, v.107, n.5, p.489-495, 1990.
8. KORENAGA, D. et al. Clinicopathological features of mucosal carcinoma of the estomach with lymph node metastasis in eleven patients. *Br J Surg*, Guildford, v.73, n.6, p.431-433, 1986.
9. LEHNERT, T. et al. Early gastric cancer. *Am J Surg*, Newton, v.157, n.2, p.202-207, 1989.
10. MURARO, C. P. M. Gastrite alcalina de refluxo. *Rev Col Bras Cir*, Rio de Janeiro, v.6, n.15, p.345-348, 1988.
11. MURARO, C.P.M. et al. Carcinoma gástrico precoce: análise de 18 casos. *Anais - Gastro*, v. 9 (sup. 2), p.43, 1994.
12. MURARO, C.P.M. et al. *Recidiva de câncer gástrico em gastrectomizado por câncer gástrico precoce*: relato de 1 caso. Apresentado no Centro de Estudos da Santa Casa de Campinas, 1994. 4p. (Mimeografado).
13. NAKADAIRA, A. *Diagnóstico diferencial de lesões ulceradas do estômago pela gastrofotografia*. São Paulo, 1971. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da USP, 1971.
14. NAKADAIRA, A. *Diagnóstico diferencial de lesões ulceradas do estômago pela gastrofotografia*. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*, São Paulo, v.27, n.3, p.93-106, 1972.
15. NUGUÉ, P.B., LISA, R.B.I., LEMOS, S. Câncer gástrico: estudo dos fatores predisponentes e raciais em colônia japonesa distante do litoral. *Acta Oncol Bras*, São Paulo, v.4, p.6-12, 1984.
16. ZENI NETO, C. et al. Câncer gástrico precoce: apresentação de três casos e revisão da literatura. *GED*, São Paulo, v.15, n.4, 1996.

Recebido para publicação em 8 de abril e aceito em 9 de outubro de 1998.