

## Neoplasias gástricas não adenocarcinoma: relato de quatro casos<sup>1</sup>

### *Stomach non-adenocarcinoma neoplasms: report of four cases*

Cirilo Luiz Pardo de Meo Muraro<sup>2</sup>  
José Luiz Braga de Aquino<sup>3</sup>  
Plínio Conte de Faria Jr.<sup>4</sup>  
Francisco Paulo Tibúrcio Lucena<sup>5</sup>  
Luís Frederico Gerbase de Oliveira<sup>6</sup>  
Tomaz de Azevedo Lomonaco Neto<sup>6</sup>

#### RESUMO

*Estudaram quatro pacientes, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino portadores de neoplasia não-adenocarcinoma do estômago, diagnosticados e tratados na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, a idade variou de 40 a 75 anos. O diagnóstico foi realizado basicamente pela esofagogastroduodenoscopia com biópsia, revelando dois deles como sendo portadores de linfoma, um de plasmocitoma e um de leiomiossarcoma. Em relação ao tratamento, dois deles foram submetidos à gastrectomia (um parcial e o outro total), os outros dois foram considerados irressuscitáveis durante a laparotomia. Um paciente faleceu no pós-operatório, um não retornou para acompanhamento e os outros dois estão realizando acompanhamento ambulatorial, após tratamento quimioterápico, sem sinais de recidiva tumoral.*

*Unitermos: neoplasias, estômago, linfoma, leiomiossarcoma, plasmocitoma*

#### ABSTRACTS

*The authors analyzed four patients, two men and two women from 40 to 75 years old, who had stomach non-adenocarcinoma neoplasm, diagnosed and treated at the Surgery Department of the Faculty of Medical Sciences at PUC-Campinas in the Discipline of Digestive System Diseases I. The diagnoses were based on the esophagogastroduodenoscopy with biopsy. Two of them were lymphoma, one plasmacytoma and the other leiomyosarcoma. These four patients represented 7.5% of stomach neoplasm diagnosed in our service;*

---

<sup>(1)</sup> Trabalho realizado na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I (Gastroenterologia Cirúrgica) do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

<sup>(2)</sup> Professor Titular e Coordenador do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

<sup>(3)</sup> Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

<sup>(4)</sup> Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

<sup>(5)</sup> Residente do 3º ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

<sup>(6)</sup> Residente do 2º ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas.

*most of the cases were adenocarcinoma (49 patients). Two patients underwent a gastrectomy (one partial and other total), and the other two were considered unresectable during the laparotomy. One patient died in the postoperative period, one did not return for the follow-up, and the other two are having the follow-up after chemotherapy, without recurrence until now. The authors emphasized the importance of correct diagnosis of stomach non-adenocarcinoma neoplasm to permit the ideal treatment.*

**Keywords:** neoplasms, stomach, lymphoma, leiomyosarcoma, plasmacytoma

## INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é a mais freqüente das neoplasias malignas do tubo digestivo, ocupando o segundo lugar entre as neoplasias malignas no homem e o quinto lugar nas mulheres. É mais freqüente no homem na proporção de 1,6:1. Quanto à faixa etária é maior entre 50 e 60 anos, sendo sua incidência maior no Japão, Chile e Finlândia, com baixas taxas nas Filipinas, Honduras e Estados Unidos<sup>3,11,12</sup>.

Embora a etiologia seja desconhecida, os estudos epidemiológicos demonstram a grande importância dos fatores dietéticos no seu desenvolvimento, sendo fatores de risco a ingestão de amido, carboidratos, alimentos defumados e conservas (teoria das nitrosaminas). A baixa quantidade ingerida de vegetais, frutas frescas, micronutrientes e proteínas é apontada, também, como fator de risco<sup>3,12,13</sup>.

Sob o ponto de vista histológico, os tumores de estômago são epiteliais (adenocarcinomas, tumores endócrinos, carcinossarcoma e carcinoma adenoescamoso) e mesenquimais (linfomas, tumores de células adiposas e musculares, tumores neurogênicos e alguns outros sarcomas). Os adenocarcinomas gástricos correspondem a 95% das neoplasias gástricas malignas, sendo os linfomas o segundo em freqüência<sup>12,13,16</sup>.

No tratamento das neoplasias não-adenocarcinomas, a quimioterapia tem um papel importante, configurando um grupo de neoplasias de melhor evolução do que os adenocarcinomas gástricos avançados, após a intervenção cirúrgica<sup>2,4,6,7,9,15,17,18</sup>.

O objetivo deste trabalho foi de analisar pacientes com estes tipos de neoplasias malignas do estômago, pela baixa incidência das mesmas.

## RELATO DE CASOS

Foram analisados quatro casos de neoplasias gástricas malignas não-adenocarcinomas, de um total de 53 casos de neoplasias gástricas malignas, no período de 1992 a 1995, na Disciplina de Moléstias do Aparelho

Digestivo I do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas. Dois pacientes eram portadores de linfomas, um de plasmocitoma e um de leiomiossarcoma, todos confirmados pelo exame anatomo-patológico. Dois pacientes eram do sexo masculino e dois do sexo feminino. A idade variou de 40 a 75 anos, com média de 59,2 anos.

• HF, 65 anos, masculino, branco. O paciente procurou o Ambulatório devido a uma síndrome diarreica e linfonomegalia cervical bilateral com compressão traqueal. A biópsia revelou linfoma não-Hodgkin de baixo grau, sendo submetido à radioterapia cervical (3.100 cGy) para alívio dos sintomas. O estadiamento da doença revelou tumoração em corpo gástrico e duodeno, com a biópsia endoscópica demonstrando tratar-se de linfoma não-Hodgkin de baixo grau (MALT) e infiltração da medula óssea. A tomografia computadorizada de abdome revelou esplenomegalia e massa epigástrica de contornos bocelados (14,3x8,4cm) e linfonomegalia adjacente. Após o diagnóstico, o paciente iniciou acompanhamento no Serviço de Oncologia, realizando dois ciclos de quimioterapia. Durante o segundo ciclo, desenvolveu quadro de abdome agudo perfurativo, sendo realizada laparotomia de urgência e detectando-se perfuração no antro gástrico. Foi então submetido à gastrectomia subtotal, com reconstrução à Billroth II, pré-cólica. O estadiamento intra-operatório revelou micronódulos em segmentos hepáticos 6 e 7. No quinto dia de pós-operatório o paciente veio a falecer devido a complicações cardiorrespiratórias.

• PRS, 57 anos, masculino, branco. O paciente iniciou acompanhamento ambulatorial com queixa de epigastralgia por quatro meses; na esofagogastroduodenoscopia foi visualizada neoplasia gástrica Bormann V, do corpo até o piloro, em paredes anterior e posterior, sendo a biópsia compatível com linfoma. O estadiamento demonstrou acometimento por contigüidade do lobo esquerdo do fígado, sem outros sítios de neoplasia. Foi então submetido à laparotomia, durante a qual verificou-se invasão por contigüidade do lobo esquerdo e do ângulo esplênico pela massa tumoral principal. Constatada a irressecabilidade do tumor, o paciente foi encaminhado ao Serviço de Oncologia, e após ciclos de quimioterapia foi submetido a nova laparotomia, seis meses após a primeira. Foi detectada

regressão parcial do tumor, mas ainda com infiltração hepática, sem ressecabilidade. Hoje ainda mantém acompanhamento. Dois anos após o início do acompanhamento, sem evidências de tumor ao exame tomográfico, e com a esofagogastroduodenoscopia mostrando lesão ulcerada em antro, cuja série de biópsias evidenciaram lesão péptica crônica.

• AFS, 75 anos, feminina, branca. A paciente foi internada com história de hematemese (1 episódio) 30 dias antes, encontrando-se descorada na ocasião (Hb: 8,3 d/dl). A esofagogastroduodenoscopia revelou neoplasia gástrica tipo Bormann V, em corpo e fundo gástricos, com biópsia positiva para plasmocitoma comprovada pela imuno-histoquímica. A ultrassonografia demonstrou apenas espessamento concêntrico da parede gástrica sem outras anormalidades. Durante esta internação, desenvolveu quadro de hemorragia digestiva alta moderada, sem resposta ao tratamento clínico e endoscópico, sendo submetida à laparotomia com gastrotomia, cauterização e gastrorrafia. No intra-operatório detectou-se invasão tumoral do esôfago abdominal. A paciente recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório, não retornando ao hospital para acompanhamento.

• IAA, 40 anos, feminina, branca. A paciente deu entrada com queixa de dor epigástrica tipo queimação, relacionada à ingesta alimentar, não específica, acompanhada de náuseas e emagrecimento de aproximadamente 6kg no período de cinco meses. A esofagogastroduodenoscopia revelou uma lesão elevada Yamada III, de 8cm, ressecada parcialmente. O exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de um leiomiossarcoma, sem outras anormalidades detectadas durante o estadiamento. Foi submetida então à laparotomia, sendo realizada gastrectomia total, omentectomia, esplenectomia, pancreatemia caudal, ressecção linfonodal paracárdica e reconstrução à *Y de Roux*. Evoluiu com abscesso subfrênico esquerdo, sendo submetida a nova laparotomia, recebendo alta no 48º dia de pós-operatório. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial, após dois anos da gastrectomia, com queixa de disfagia baixa e dor em região epigástrica, sem evidências recidiva tumoral no re-estadiamento.

## DISCUSSÃO

O quadro clínico dos pacientes foi caracterizado por queixas dispépticas, bem evidenciadas em um dos pacientes com linfoma, no paciente com leiomiossarcoma e no paciente com plasmocitoma por hemorragia digestiva alta. O outro paciente com linfoma foi o único que apresentou-

se com queixa inicial extra-intestinal - linfonomegalia, cujo comprometimento respiratório orientou a realização da biópsia, conduzindo ao diagnóstico e ao achado das manifestações gastrintestinais da doença de base.

O diagnóstico das neoplasias não-adenocarcinomas, nesta casuística foi realizado basicamente pela esofagogastroduodenoscopia, em três dos nossos pacientes, indicada a partir do quadro clínico. A biópsia de linfonodo cervical do outro paciente, revelando tratar-se de linfoma, orientou a realização da esofagogastroduodenoscopia e o achado do acometimento gastrintestinal da doença.

O tratamento proposto fundamentou-se na cirurgia, sendo que em dois deles (PRS e IAA) foi realizado eletivamente. O paciente PRS encontrou somente na quimioterapia pós-operatória a remissão da lesão, dada a irressecabilidade cirúrgica da neoplasia. A paciente IAA encontra-se ainda em acompanhamento, após dois anos da intervenção cirúrgica, sem evidências de recidiva. As complicações da doença de base (hemorragia e perfuração) foram a indicação do tratamento cirúrgico dos paciente HF e AFS. O paciente com linfoma veio a falecer devido a complicações cardiorrespiratórias, em parte devido as condições precárias de saúde, e a paciente com plasmocitoma apesar da boa evolução no pós-operatório não retornou para acompanhamento.

Nestes resultados, devido à pequena casuística, não permitiram comparação com os dados da literatura, que relatam sobrevida de dois anos acima de 80 % para os linfomas quando combinados os tratamentos cirúrgico e quimioterápico<sup>5,6,7,9,15,17</sup>. Um dos pacientes apresentava como única manifestação do linfoma o comprometimento gastrintestinal, sendo que um deles apresentava tal comprometimento como a única manifestação extra-nodal. A literatura aponta o comprometimento gastrintestinal como o mais freqüente depois das manifestações nodais, coincidente com estes casos<sup>5,8,20,21</sup>. O quadro clínico dos pacientes com leiomiossarcoma caracteriza-se ou por hemorragia, ou o mesmo é assintomático, sendo que o paciente apenas revelava uma dispepsia vaga e emagrecimento<sup>1</sup>. Globalmente, a incidência das neoplasias não-adenocarcinomas é menor do que 5% das neoplasias gástricas malignas, sendo que nesta casuística foi de 7,4%<sup>3,4,8,10,12,14,19</sup>.

As neoplasias gástricas malignas não adenocarcinomas apresentam melhor evolução do que os adenocarcinomas apesar da heterogeneidade dos casos, sendo a quimioterapia um fator decisivo na sobrevida e na prevenção de recidivas. Dessa forma o diagnóstico histopatológico deve sempre ser estabelecido para o delineamento da terapêutica quimioterápica de acordo com seu tipo histológico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBERTI, P. et al. Unusual cause of gastric blending: leiomyoma. *Minerva Chir*, Torino, v.51, n.10, p.779-783, 1996.
2. ALBUJAR, P. et al. Primary gastrointestinal lymphomas: clinical and pathological aspects and survival. *Rev Gastroenterol Peru*, Lima, v.15, n.2, p.141-151, 1995.
3. BOING, H. Epidemiological research in stomach cancer. Progress over the last ten years. *J Cancer Res Clin Oncol*, Berlin, v.117, n.3, p.133-143, 1991.
4. COLECHIA, G. et al. Primary gastric lymphoma: personal experience. *Minerva Chir*, Torino, v.51, n.12, p.1061-1065, 1996.
5. DURR, ED. et al. Management of stage I.E. primary gastric lymphoma. *Acta Hematol*, Basel, v.94, n.2, p.59-68, 1995.
6. GRAMATICA, L. et al. Primary lymphoma between. *Rev Argent Cir*, Buenos Aires, v.61, n.5, p.139-145, 1991.
7. HENRY, K., FARRER-BROWN, G. Primary lymphomas of the gastrointestinal tract. *Histopathology*, Oxford, v.1, p.53, 1997.
8. KANG, Y.K. et al. Primary malignant lymphomas of the stomach: pathological clinical analysis of 38 resected cases. *J Korean Med Sci*, v.11, n.6, p.480-488, 1996.
9. KURIHARA, N. et al. Gastric plasmocytoma: report of a case. *Surg Today*, Tokyo, v.26, n.8, p.632-634, 1996.
10. KURTZ, R.C., SHERLOCK, P. The diagnosis of gastric cancer. *Semin Oncol*, Philadelphia, v.12, n.1, p.11-18, 1985.
11. MURARO, C.P.M., CAMARGO, J.G.T. *Temas de gastrocirurgia*. Campinas, 1991. 27p. Apostila do curso de medicina, promovido pelo Departamento de Clínica Cirúrgica/FCM da PUC-Campinas.
12. MURARO, C.P.M. et al. Estadiamento e ressecabilidade do câncer gástrico. *Rev Med PUCAMP*, Campinas, v.6, n.2/3, p.85-87, 1997.
13. NAKAMURA, S. et al. Synchronous and metachronous primary gastric lymphoma and adenocarcinoma: a clinicopathological study of 12 patients. *Cancer*, Philadelphia, v.79, n.6, p.1077-1085, 1997.
14. PETROV, V.P., ROZHKOV, A.G., DRONOV, V.I. The diagnosis and surgical treatment of isolated lymphomas of the stomach. *Vopr Onkol*, Leningrad, v.39, n.4-6, p.203-207, 1993.
15. SPINA, D. et al. Primary gastric lymphomas (MALTomas): a nuclear image analysis comparison with lymphnode monocytoid B-cells and marginal zones of the spleen and Peyer's patches. *Anal Cell Pathol*, Limerick, v.8, n.4, p.307-321, 1995.
16. TAAL, B.G. et al. The clinical spectrum and treatment of primary non-Hodgkin's lymphoma of the stomach. *Ann Oncol*, Dordrecht, v.4, p.839-846, 1993.
17. DE TOMA, G. et al. Role of surgery in the treatment of primary gastric lymphoma. *Ann Ital Chir*, Bologna, v.64, n.5, p.499-503, 1993.
18. TSURUDA, T. et al. Extra-medullary plasmocytoma of the jejunum. *Intern Med*, Tokyo, v.35, n.5, p.422-426, 1996.
19. VALENTIM, M. et al. Gastroduodenal involvement in staging of nodal non-Hodgkin's lymphomas: a clinical and endoscopic prospective study of 235 patients. *Am J Gastroenterol*, New York, v.90, n.11, p.1959-1961, 1995.
20. WEINGRAD, D.N. et al. Primary gastrointestinal lymphomas. *Cancer*, Philadelphia, v.49, p.1258, 1982.

**Recebido para publicação em 15 de setembro de 1997 e  
aceito em 25 de março de 1998.**