



RELATO DE CASO

Adenocarcinoma de estômago excluso

AUTOR PRINCIPAL:

Ana Carolina Rocha Schweitzer

E-MAIL:

aninhaaa_rocha@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Ariane Sponchiado Assoni, Geisson Beck Hahn, Gilberto Guerra Mayer

ORIENTADOR:

Gilberto Guerra Mayer

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.00.00.00-1 Ciências da Saúde

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

Como tratamento cirúrgico de obesidade, o Bypass Gástrico é o método mais preconizado por profissionais e serviços, uma vez que há benefício metabólico e ponderal. Porém, a avaliação pós-operatória do estômago excluso ainda é limitada e preocupante, devido ao risco aumentado de neoplasias. As manifestações de lesão pré-maligna podem ser imperceptíveis de início, dificultando diagnóstico. Os pacientes submetidos à cirurgia possuem um risco aumentado de 3,3 vezes de adenocarcinoma remanescente gástrico proximal, comparados à população geral. Classicamente, o carcinoma desenvolve-se cerca de dez anos de pós-operatório e - comumente - perto do sítio anastomótico. Tais carcinomas parecem surgir a partir de uma metaplasia intestinal, atrofia e hiperplasia foveolar, as quais podem iniciar através de uma úlcera. Diversas fisiopatologias podem explicar as lesões: estase gástrica, causas mecânicas pela anatomia modificada, gerando isquemia regional ou inadequado trânsito de ácido clorídrico.

RELATO DO CASO:

Paciente feminina, 68 anos, realizou Bypass Gástrico em Y de Roux há 5 anos, em outro serviço, tendo IMC inicial de 42. O procedimento foi bem tolerado, tendo resultados ponderais satisfatórios e melhora metabólica. Após 5 anos, a paciente interna com queixa de episódios de plenitude, iniciados há cerca de 2 meses, de forma progressiva- intensificado em períodos pós-prandiais, acompanhado de náuseas e vômitos alimentares que aumentaram gradualmente, além de anorexia, perda ponderal excessiva e eventuais dores em região epigástrica. Ao exame, paciente em mau estado geral, mucosas hipocoradas, anictéricas e acianóticas. Abdome extensamente distendido, com dor à palpação superficial e profunda, timpânico à percussão e RHA levemente aumentados, sinal de piparote positivo. Exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda, hematócrito e hemoglobina abaixo do limite superior e hipoalbuminemia. Na ecografia de abdome total havia grande quantidade de líquido ascítico - alterações sugestivas de carcinomatose peritoneal. O exame tomográfico de abdome evidenciou ascite em grande quantidade, múltiplas lesões peritoneais e metástases hepáticas. O tumor foi considerado irressecável, sendo que a massa em estômago excluído comprimia o antro gástrico, razão das náuseas e da regurgitação. A paciente foi submetida à paracenteses de alívio diariamente, sendo drenado até oito litros de líquido ascítico, a fim de amenizar os sintomas compressores.

CONCLUSÃO:

Os freqüentes achados no estômago excluído sugerem necessária uma investigação da região para detecção precoce de alterações na mucosa gástrica. Há técnicas sendo consideradas: gastrostomia, endoscopia retrógrada através do sítio bileopancreático, punção percutânea guiada por ecografia ou ainda gastroduodenoscopia virtual, por estudos tomográficos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Karl John Hans Neff, Carel W le Roux. Bariatric Surgery, a Best Practice Article. Journal of Clinical Pathology. J Clin Pathol. 2013;66(2):90-98.
- Sundbom M, Nyman R, Hedenstrom H et al. Investigation of the excluded stomach after Roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg 2001; 11: 25-7.
- Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U Jr, Reynolds JC. Gastric stump cancer: what is the risk? Dig Dis 1998; 16: 159-68.
- Flickinger EG, Sinar DR, Pories WJ et al. The bypassed stomach. Am J Surg 1985; 149: 151-6.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador