



## RELATO DE CASO

### Caráter Oncogênico na Doença Celíaca

**AUTOR PRINCIPAL:**

Ana Carolina Rocha Schweitzer

**E-MAIL:**

[aninhaaa\\_rocha@hotmail.com](mailto:aninhaaa_rocha@hotmail.com)

**TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::**

Não

**CO-AUTORES:**

Ariane Sponchiado Assoni, Geisson Beck Hahn, Gilberto Guerra Mayer

**ORIENTADOR:**

Geisson Beck Hahn

**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:**

Embora o intestino delgado (ID) represente cerca de 75% de comprimento e mais de 90% da área da superfície do trato gastrointestinal, lesões neoplásicas do ID correspondem apenas 3% das neoplasias gastrointestinais. Ainda assim, quando ocorre malignidade, o tipo histológico mais comum no jejuno é o Adenocarcinoma (46%), seguido por Linfoma (21%). Apesar do maior potencial maligno em celíacos, comparados à população geral, não há ainda marcadores que possam fazer associação de malignidade com a doença celíaca (DC), tampouco diferenças nas classes dos antígenos HLA. Tal patologia acomete vilosidades dos intestinos, resultando em atrofia de vilosidades e hiperplasia de criptas. Acomete mais a raça branca, sendo os alemães mais frequentes. A etiologia constitui associação de fatores imunológicos (HLA) e ambientais. Compromete-se extensamente ID proximal - locais nobres da absorção. Quando a DC tem manifestação tardia, os fatores etiológicos podem ser outros, como infecções ou cirurgias.

## RELATO DO CASO:

Paciente masculino, 66 anos, descendência alemã, procura o serviço de Gastroenterologia e Cirurgia Digestiva do Hospital São Vicente de Paulo, com queixa de plenitude há cerca de 6 meses, atenuada por uso de Dimeticona, agravada por episódios quinzenais de vômitos aquosos, não fecalóides. Relata perda ponderal de aproximadamente 7 kg no referido período e alteração do hábito intestinal. Após 2 meses de evolução, paciente apresentou quadro de suboclusão intestinal, realizou exames na cidade de origem, onde obteve o diagnóstico de Doença Celíaca. Paciente com história prévia de Linfoma Não-Hodgkin há 4 anos, com enterectomia segmentar terapêutica prévia - 50 cm de intestino delgado e 40 cm de intestino grosso - e quimioterapia adjuvante. Nega história familiar, inclusive de Doença Celíaca. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, mucosas hipocoradas (1+/4+), hidratadas, anictéricas e acianóticas, ausência de linfadenopatias. Apresentava abdome distendido difusamente, dor leve difusa à palpação profunda de abdome, além de timpanismo à percussão e ruídos hidroaéreos aumentados. Ausência de sinais de peritonismo. Exames dos demais sistemas apresentavam sem particularidades. Na admissão, o exame laboratorial evidenciou leucocitose sem desvio à esquerda, hematócrito abaixo do limite, proteína C reativa elevada. A esofagogastroduodenoscopia mostrou gastrite crônica moderada inespecífica com atrofia moderada, ausência de neoplasia e *Helicobacter pylori*. O exame de Cápsula Endoscópica evidenciou atrofia de vilosidades, lesão vegetante ulcerosa que impediu a passagem da cápsula 1 hora e 54 minutos após o início do exame. Lesão polipóide pediculada de superfície irregular com 1 cm de diâmetro próximo à lesão. Paciente teve avaliação do serviço de Cirurgia Digestiva, realizou-se Radiografia de Tórax no pré-operatório, o qual excluía lesões pleuropulmonares e mediastinais em evolução, demonstrando aorta alongada e dilatada e placa ateromatosa calcificada,

## RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

além de pneumoperitônio. Foi submetido a procedimento cirúrgico, tendo líquido ascítico drenado, lavagem da cavidade e enterectomia segmentar jejunal, seguida de entero-enteroanastomose látero-lateral. Peça cirúrgica de segmento de intestino delgado, com 30 cm de comprimento, encaminhada ao serviço de patologia. Ao resultado, segmento de intestino delgado de 30 cm de comprimento, a 7 cm de uma das margens cirúrgicas, há área de aspecto brancacento estenosante medindo 1 cm. E a 5,5 cm da outra margem cirúrgica há área de mesmo aspecto medindo 0,5 cm. Área de estenose 1 evidenciou Adenocarcinoma pouco diferenciado com 1 cm, ulceração na mucosa e invasão até o nível da serosa, além de invasão angiolinfática positiva. Área estenosante 2, Adenocarcinoma pouco diferenciado, atingindo submucosa, muscular própria e serosa, sugestivo de metástase. Linfonodos mesentéricos negativos e margens cirúrgicas preservadas da doença. Paciente evoluiu bem no pós-operatório.

## CONCLUSÃO:

Celíacos possuem maior potencial de malignidade; tal propensão pode ser explicada, ainda que não definida, por insuficiência imunológica e mucosa permeável a agentes oncogênicos. O Adenocarcinoma de ID, por sua vez, acomete mais intestinos com patologias estuturais (doença de Crohn), sendo extremamente rara relação com DC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Schuppan, D, Dieterich, W. Pathogenesis, epidemiology, and clinical manifestations of celiac disease in adults. Em <[http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-epidemiology-and-clinical-manifestations-of-celiac-disease-in-adults?source=search\\_result&search=celiac+disease+and+adenocarcinoma&selectedTitle=2~150](http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-epidemiology-and-clinical-manifestations-of-celiac-disease-in-adults?source=search_result&search=celiac+disease+and+adenocarcinoma&selectedTitle=2~150)>  
Adler SN, Lyon DT, Sullivan PD. Adenocarcinoma of the small bowel. Clinical features, similarity to regional enteritis, and analysis of 338 documented cases. Am J Gastroenterol 1982; 77:326

---

Assinatura do aluno

---

Assinatura do orientador