

TUMOR GÁSTRICO EM PACIENTE COM HÉRNIA DE HIATO GIGANTE

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Camila Beltrão Santana de Araújo

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/2942032972511810>

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/7584100189971187>

RESUMO: Apresentamos nesse artigo um caso clínico desafiador do ponto de vista cirúrgico. Paciente com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico descoberto por biópsia em endoscopia digestiva alta. Ao serem realizadas as tomografias de estadiamento, identificada hérnia de hiato gigante, com componente intratorácico volumoso, composto pelo estômago, o qual ainda apresentava volvo sob seu próprio eixo.

PALAVRAS-CHAVE: tumor gástrico, hérnia de hiato, volvo de estômago.

GASTRIC CANCER IN PATIENT WITH GIGANTIC HIATUS HERNIA

ABSTRACT: In this article, we brought a challenging surgical case. Patient with diagnosis of gastric cancer, discovered through an upper gastrointestinal endoscopy. The CT scans developed for staging of the tumor, showed a gigantic hiatus hernia, composed by the stomach,

which had a volvulus in its axis.

KEYWORDS: gastric cancer, hiatus hernia, volvulus of the stomach.

RELATO DE CASO

VJR, masculino, 77 anos, casado, aposentado, natural de Pernambuco, residente e procedente de Sobradinho-DF. Procurou atendimento médico com a equipe de Cirurgia Geral em 04/04/2019 com uma queixa de “perda de peso e barriga distendida” há 8 meses. Paciente refere que em julho de 2018 iniciou quadro de plenitude pós-prandial associada a empachamento, inapetência, perda ponderal (9Kg em 8 meses) acompanhado de dores abdominais. Trouxe, já na primeira consulta, endoscopia digestiva alta (28/03/2019) com o seguinte resultado: gastrite antral enantematosa moderada; úlcera gástrica Bormann III em antro. O histopatológico (29/03/19) evidenciou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Ex-tabagista (carga tabágica de 22 maço/ ano) e ex-etilista, sem patologias prévias ou uso de medicações diárias.

Ao exame físico, apresentava IMC de 29,4 Kg/m², tórax em barril com murmúrio vesicular fisiológico diminuído bilateralmente. O exame abdominal encontrava-se sem alterações. Restante do exame físico normal.

Foram solicitadas TC com contraste de abdome e tórax, para estadiamento, no dia

12/04/2019, sendo evidenciado tumor de antro gástrico de cerca de 6 cm, sem invasão locorregional, além de volvo gástrico, intratorácico e hérnia de hiato com componente intratorácico volumoso (figura 1 e 2).

Assim, foi proposta gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2.

No dia 18/05/19, paciente foi submetido à operação. Foi realizada incisão mediana xifoinfraumbilical, abertura por planos até a cavidade abdominal com achado de estômago intratorácico, reduzido por trações simples sem maiores dificuldades. Liberação do saco herniário com ressecção do mesmo. Visualizada tumoração de 12 cm em corpo gástrico, até o antro, em pequena curvatura, com acometimento macroscópico de pequeno omento. Fígado e peritônio sem sinais de implantes secundários. Presença de múltiplas linfonodomegalias suspeitas de acometimento neoplásico. Foi então realizada gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux (Figura 3).

Paciente permaneceu internado em UTI por 15 dias e evoluiu com descompensação hemodinâmica (fibrilação atrial, dessaturação, edema agudo de pulmão e agudização de doença renal crônica). Veio a óbito no dia 30/05/2019 devido a parada cardiorrespiratória.

DISCUSSÃO

A neoplasia maligna de estômago é a quinta neoplasia mais comum no mundo, sendo a quarta maior incidência entre os homens no Brasil e a 6ª entre as mulheres. Foi responsável por cerca de 12 mil mortes no país em 2018 e é a 3ª causa de morte relacionada a câncer no mundo. O subtipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, compreendendo cerca de 95% dos casos. Geralmente a neoplasia que acomete a cárdia é identificada mais tardiamente e apresenta pior prognóstico. A idade média em que se diagnostica câncer em cárdia é 70 anos. O principal fator de risco de metaplasia intestinal, gastrite atrófica e adenocarcinoma gástrico é o *H. pylori*. Em um estudo de meta-análise foi evidenciado que o tabagismo está relacionado a um maior risco relativo de câncer gástrico, principalmente em cárdia. Outros fatores de risco são: uso de opioides, obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²) e sedentarismo.

A hérnia de hiato (HH) caracteriza-se por uma protrusão do conteúdo abdominal para a cavidade torácica. Afeta ambos sexos praticamente na mesma proporção e, na maioria dos casos, é assintomática. A idade em que mais comumente apresentam-se sintomas é entre a quarta e a sexta década de vida. O desenvolvimento da HH é multifatorial, porém os fatores ambientais chamam mais a atenção, principalmente havendo aumento da pressão intra-abdominal.

A HH é um fator de risco independente significativo para adenocarcinoma

gástrico em cardia e adenocarcinoma de esôfago. A HH associada aos sintomas de refluxo está fortemente associada ao risco de adenocarcinomas de esôfago. Essa associação foi mais modesta para a adenocarcinoma em cárdia.

CONCLUSÃO

Apesar de o adenocarcinoma ser a principal patologia em questão, vale ressaltar os diversos elementos clínicos apresentados neste caso. O paciente não possuía um acompanhamento médico há mais de 10 anos, mesmo em vigência de tabagismo. Quando foi solicitada a EDA, o próprio exame não evidenciou a hérnia hiatal de grande monta, o que nos leva a criticar a prática errônea desse exame em diversos serviços pelo país.

É importante ressaltar que a proposta cirúrgica, apesar do estudo prévio, pode mudar durante o intra-operatório, levando a cirurgia de maior porte e, conseqüentemente, de maior morbimortalidade. Assim, é de suma importância realizar um pré-operatório minucioso e ter uma equipe qualificada à disposição.

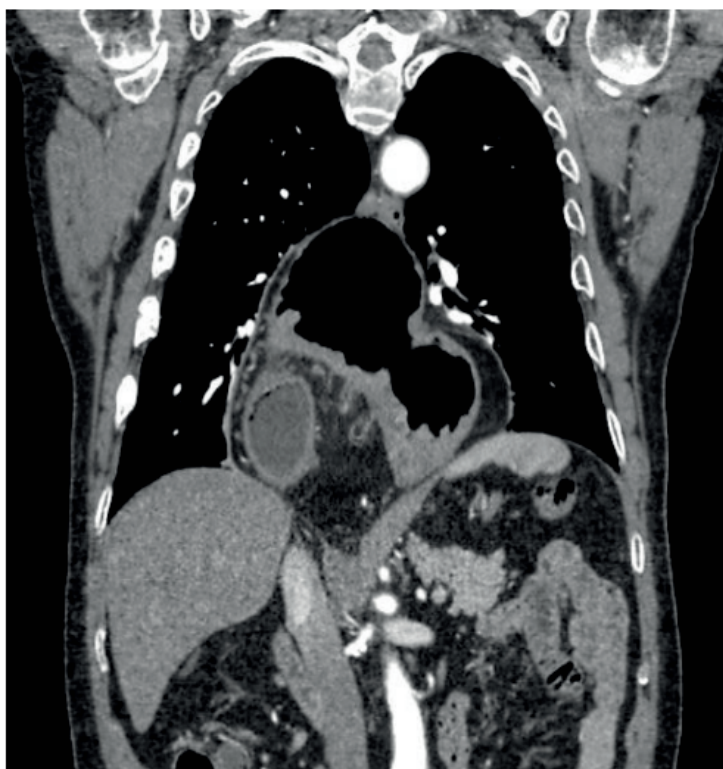


Figura 1: corte coronal de TC de tórax evidenciado estômago e delgado intratorácico, linfonodomegalia peritoneal, lesão em cardia e possíveis implantes hepáticos

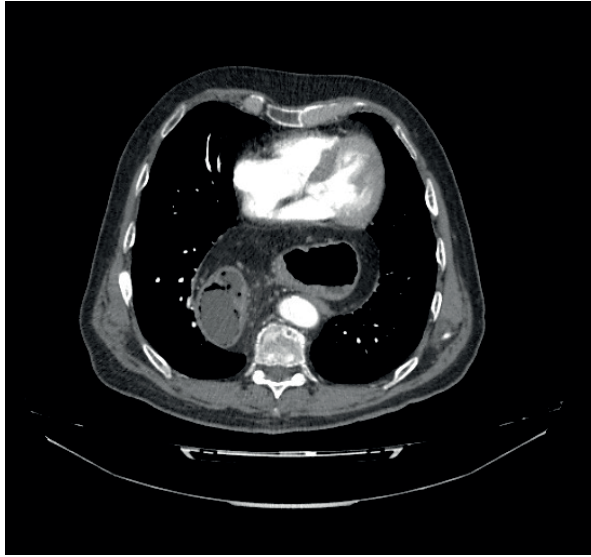


Figura 2: corte sagital de TC de tórax.

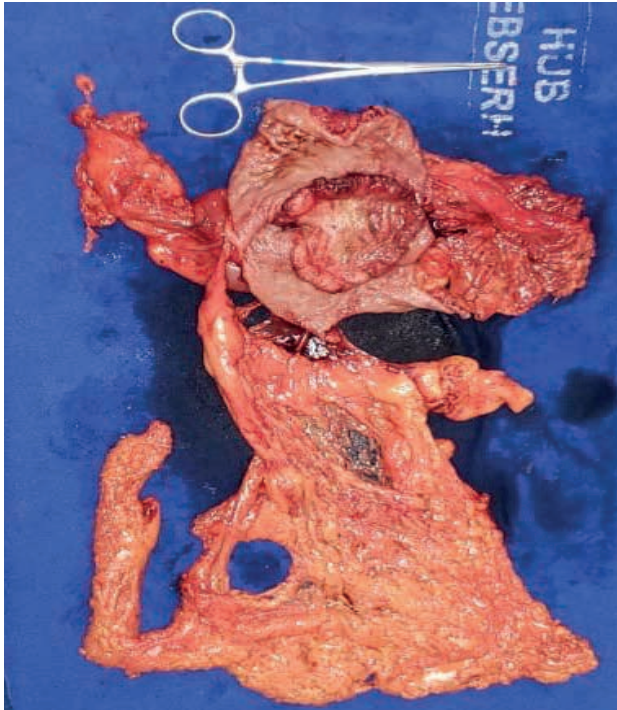


Figura 3: Tumoração de 12 cm em corpo gástrico se estendendo até antro. Em pequena curvatura há acometimento macriscópico de pequeno omento.

REFERÊNCIAS

Philpott H, Sweis R. Hiatus Hernia as a Cause of Dysphagia. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(8):40. doi:10.1007/s11894-017-0580-y

Dellaportas D, Papaconstantinou I, Nastos C, Karamanolis G, Theodosopoulos T. Large Paraesophageal Hiatus Hernia: Is Surgery Mandatory?. *Chirurgia (Bucur).* 2018;113(6):765-771. doi:10.21614/chirurgia.113.6.765

Karim MA, Maloney J, Ali A. Laparoscopic Repair of Intrathoracic Stomach: Clinical and Health-related Quality of Life Outcomes. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2016;26(6):484-487. doi:10.1097/SLE.0000000000000349