

ABCDDV/1171

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(1):65

DOI: /10.1590/0102-6720201600010017

Carta ao Editor

CÂNCER DE COTO GÁSTRICO APÓS GASTRECTOMIA POR ÚLCERA PÉPTICA GASTRODUODENAL

Gastric stump cancer after gastrectomy by gastroduodenal peptic ulcer

Augusto **DIOGO FILHO**, Lucas Ferreira **BOTELHO**,
Andréa **NISHIYAMA**, Letícia Eugênia **ZUMPANO**,
Rosana Caldeira **MONTE**, Samantha Cunha **ROSA**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Correspondência:

Augusto Diogo Filho

E-mail: diogofilho@netsite.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 06/01/2014

Aceito para publicação: 19/11/2015

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

O câncer de coto gástrico foi relatado pela primeira vez como entidade nosológica por Balfour, em 1922^{1,6}. Foi definido, inicialmente, como câncer que surge no estômago remanescente, após cinco anos de gastrectomia por doença benigna, como a úlcera péptica^{1,6,8}. Outra opinião inclui período de latência de dez anos após a operação primária por doença benigna ou maligna. Recorrência do câncer no coto depois de dez anos da gastrectomia, é rara⁹.

A região anatômica mais comumente acometida por ele é a próxima à anastomose, do lado gástrico. Com prevalência de 1-9% entre os casos de câncer do estômago ocorre entre 0,8-8,9% dos indivíduos submetidos à ressecção gástrica parcial por úlcera péptica¹.

Tem-se observado redução da prevalência de gastrectomia por úlcera péptica^{4,8,10} em decorrência de avanços terapêuticos, entre eles, o tratamento medicamentoso da infecção por *Helicobacter pylori*^{8,10}. No entanto, a cirurgia continua sendo realizada para as complicações da doença ulcerosa péptica, como perfuração, sangramento ou estenose⁸.

Neste artigo, são relatados dois casos de câncer de coto gástrico após gastrectomia com reconstrução à Billroth II por doença ulcerosa péptica.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Homem de 58 anos foi internado em instabilidade hemodinâmica por episódios de hematêmese e melena, há cerca de duas semanas. Realizada endoscopia digestiva alta evidenciou lesão úlcero-vegetante, com bordas elevadas e infiltradas, em coto gástrico, com antecedente de gastrectomia parcial à Billroth II há mais de 20 anos por úlcera péptica hemorrágica. O resultado da biópsia da lesão ulcerada revelou adenocarcinoma gástrico invasivo. Foi submetido à gastrectomia total de remanescente gástrico (Figura 1) e reconstrução por anastomose esofagojejunal terminolateral com grampeador

circular e jejunajejunal laterolateral com grampeador linear, além de linfadenectomia, esplenectomia e hepatectomia em cunha, em decorrência de infiltração tumoral em lobo hepático esquerdo. Paciente faleceu no 10º mês de acompanhamento pós-operatório.

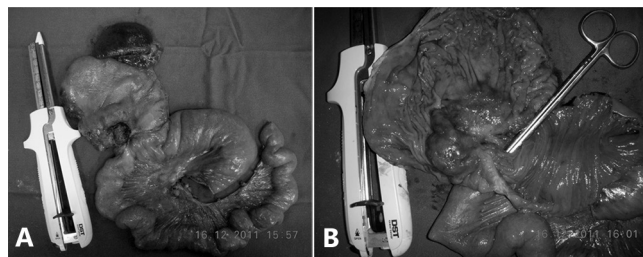


FIGURA 1 – Produto de ressecção gastrojejunal: A) antes da abertura do espécime cirúrgico e B) depois, com exposição da mucosa

Caso 2

Homem de 71 anos foi submetido à gastrectomia parcial à Billroth II há mais de 30 anos devido à úlcera gástrica. Foi atendido com queixa de empachamento, vômitos, dor epigástrica e perda ponderal de 5 kg, em dois meses. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão infiltrativa em borda anastomótica e à biópsia, constatou-se adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Foi submetido à gastrectomia total, linfadenectomia à D2, esplenectomia, omentectomia, e enterectomia em bloco. A reconstrução do trânsito digestivo foi feita através de anastomose mecânica esofagojejunal terminolateral com grampeador circular, e enteroanastomose jejunajejunal a 5 cm do ângulo duodenojejunal feita manualmente. No 1º dia de pós-operatório evoluiu com instabilidade hemodinâmica e foi encaminhado à unidade de terapia intensiva. Submetido à endoscopia digestiva alta, verificou-se a presença de sinais sugestivos de isquemia da anastomose esofagojejunal. Optou-se por tratamento clínico conservador e nutrição parenteral total falecendo no 30º dia do pós-operatório.

DISCUSSÃO

A gastrectomia parcial por úlcera péptica é fator de risco para câncer gástrico⁸. A principal etiopatogenia do câncer de coto gástrico seria o refluxo bílio-pancreático causando inflamação crônica da mucosa remanescente, evoluindo para gastrite atrófica, metaplasia intestinal e displasia¹. Outras possíveis causas são: 1) hipo ou acloridria, resultando em hiperproliferação bacteriana e aumento à exposição de agentes carcinogênicos, por exemplo, as nitrosaminas^{7,8}; 2) efeito da regulação hormonal após vagotomia e hipogastrinemia⁷; 3) presença de sutura cirúrgica¹; e 4) infecção pelo vírus Epstein-Barr. Esta última ocorre mais comumente no coto gástrico, ao contrário da infecção pelo *Helicobacter pylori*, mais frequente no estômago intacto⁸.

A infecção pelo *H. pylori* é considerada o principal fator de risco para o adenocarcinoma gástrico². Entretanto, o papel dela no câncer de coto gástrico é pouco provável, uma vez que a taxa de infecção pelo *H. pylori* nesses pacientes é menor. Além disso, o remanescente gástrico é ambiente desfavorável à colonização do microorganismo por causa do refluxo biliopancreático alcalino^{5,6}.

Observa-se maior número de casos de câncer de coto gástrico, após reconstrução à Billroth II, quando comparado à Billroth I. Isso se explica pelo fato de na primeira ocorrer inflamação e regeneração da mucosa gástrica, pelo contato persistente da anastomose do coto gástrico com os ácidos biliares⁹.

A localização mais comum do tumor no estômago

remanescente depende do tipo de operação realizada previamente. Quando a técnica é Billroth II, ele é mais frequente na área de anastomose, enquanto que na Billroth I foram mais frequentemente localizados na área não anastomótica⁹.

Em relação ao intervalo entre a gastrectomia inicial e o diagnóstico do câncer de coto gástrico, observa-se que quando a primeira operação foi em decorrência de doença benigna, o intervalo é maior, em comparação à por doença maligna^{6,9,10}. Esta observação provavelmente é resultado da diferença de idade do paciente quando da gastrectomia inicial, nos dois grupos, já que a úlcera péptica geralmente ocorre em pacientes mais jovens do que o câncer gástrico^{6,10}.

Pesquisa, realizada em 95 instituições do Japão, constatou maior número de casos entre 10-15 anos da operação nos pacientes cuja doença inicial era maligna. Nos gastrectomizados por doença ulcerosa péptica, o pico de incidência ocorreu em torno da quarta década após a operação⁹.

O câncer de coto gástrico tratado cirurgicamente é de prognóstico ruim³. Observa-se menor sobrevida em cinco anos em pacientes com câncer de coto gástrico, do que naqueles com câncer gástrico primário¹⁰. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do estômago remanescente mais linfadenectomia à D2, incluindo órgãos e outros linfonodos adjacentes acometidos³.

Para melhorar os resultados no pós-operatório é preciso diagnosticar precocemente. Por isso, a vigilância endoscópica deve ser considerada¹⁰. No entanto, não há consenso na literatura sobre o rastreamento de câncer de coto gástrico após gastrectomia. Para alguns, o programa de vigilância endoscópica deveria começar um ano após e durante pelo menos dez anos⁶. Para outros, gastrectomia por doença ulcerosa péptica deveria continuar além de dez anos^{4,6,10}. Mas todos concordam com a necessidade de detecção precoce do câncer e estabelecimento de programa apropriado de acompanhamento¹⁰.

REFERÊNCIAS

- Carrasco AL, Bresciani CJ, Perez RO, Zilberstein B, Cecconello I. Influência da invasão tumoral da linha de anastomose na sobrevivência de pacientes com câncer de coto gástrico. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* 2008; 21(2): 55-60.
- Coelho LG, Maguinik I, Zaterka S, Parente JM, Passos MC, Morais-Filho JP. 3rd Brazilian Consensus on Helicobacter pylori. *Arq. Gastroenterol.* 2013; 50(2): 81-96.
- Hu X, Tian DY, Cao L, Yi Y. Progression and prognosis of gastric stump cancer. *J. Surg. Oncol.* 2009; 100: 472-6.
- Lagergren J, Lindam A, Mason RM. Gastric stump cancer after distal gastrectomy for benign gastric ulcer in a population-based study. *Int. J. Cancer.* 2012; 131: E1048-52.
- Monés J. Role of Helicobacter pylori in gastric cancer following partial gastrectomy for benign ulcer. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2005; 97(11): 767-77.
- Namikawa T, Kitagawa H, Iwabu J, Okabayashi T, Kobayashi M, Hanazaki K. Tumors arising at previous anastomotic site may have poor prognosis in patients with gastric stump cancer following gastrectomy. *J. Gastrointest. Surg.* 2010; 14: 1923-30.
- Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro Jr. U, Sakai P, Iriya K, Ishioka S, Gama-Rodrigues J. Gastric stump mucosa: is there a risk for carcinoma? *Arq. Gastroenterol.* 2001; 38(4): 227-31.
- Sitarz R, Maciejewski R, Polkowski WP, Offerhaus GJ. Gastroenterostoma after Billroth resection as a premalignant condition. *World J. Gastroenterol.* 2012; 18(25): 3201-6.
- Tanigawa N, Nomura E, Lee SW, Kaminishi M, Sugiyama M, Aikou T, Kitajima M. The Society for the Study of Postoperative Morbidity after Gastrectomy. Current state of gastric stump carcinoma in Japan: based on the results of a nationwide survey. *World J. Surg.* 2010; 34: 1540-7.
- Tokunaga M, Sano T, Ohyama S, Hiki N, Fukunaga T, Yamada K, Yamaguchi T. Clinicopathological characteristics and survival difference between gastric stump carcinoma and primary upper third gastric cancer. *J. Gastrointest. Surg.* 2013; 17: 313-8.

ABCDDV/1172

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(1):66

DOI: /10.1590/0102-6720201600010018

Carta ao Editor

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PEIXE IMPACTADO NO ESÔFAGO SUPERIOR

Surgical treatment of fish impacted in the upper esophagus

Gustavo Rêgo **COELHO**, Silvio Melo **TORRES**,
Diego Costa de **ALMEIDA**, Laiza Marques **MOREIRA**,
Thyago André Oliveira **MENDES**, Tiago Araújo **MONTEIRO**

Trabalho realizado no Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brazil.

Correspondência:

Gustavo Rêgo Coelho

E-mail: rcolleoni@uol.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 16/04/2014

Aceito para publicação: 12/01/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

O atendimento à ingestão de corpo estranho é comum em serviços de emergência. Na maioria dos casos, passa através do trato gastrointestinal de forma espontânea e não causa qualquer dano considerável. Quando impacta, o nível mais comum é o terço superior do esôfago. Aproximadamente 10-20% dos casos, exige intervenção endoscópica e menos que 1% necessita de algum procedimento cirúrgico^{4,5}. Normalmente, as crianças de seis meses a seis anos de idade são mais propensas tê-los³. Em adultos, é mais comum em indivíduos com transtornos psiquiátricos, usuários de drogas, alcoólatras ou indivíduos que se beneficiam de incidente, como prisioneiros.

RELATO DE CASO

Homem, 52, alcoólatra e usuário de crack, previamente saudável. Acidentalmente engoliu um peixe de aproximadamente 15 cm. Evoluiu rapidamente com hematêmese e insuficiência respiratória antes de cuidados médicos. Na sala de emergência, observou-se parada respiratória, sendo prontamente entubado e laringoscopia exibiu o corpo estranho empurrando-o para o esôfago cervical. Ele foi submetido à ventilação mecânica e manteve-se hemodinamicamente estável. Endoscopia foi realizada logo após a estabilização, mas sem sucesso devido ao processo inflamatório intenso e oclusão total da luz esofágica pelo corpo estranho. Tomografia computadorizada cervical e torácica mostrou o peixe inteiro no esôfago cervical (Figura 1). O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico com cervicotomia e esofagotomia, com retirada do peixe intacto e sutura primária do esôfago e drenagem com Penrose (Figura 2). Ele evoluiu sem complicações no aspecto cirúrgico, mas com mioclonia e mínima resposta ao déficit neurológico existente, resultante de um longo período de hipóxia cerebral pré-hospitalar.