



ADENOCARCINOMA GÁSTRICO TIPO INTESTINAL DE LAUREN IRRESSECÁVEL - RELATO DE CASO

CAMILA MAGESTE COSTA; CECILIA ABREU FERREIRA

RESUMO

A incidência do câncer gástrico permanece significativa, apesar da diminuição observada nos últimos anos. A condição continua a ser uma das principais causas de mortalidade por câncer no Brasil, sendo o adenocarcinoma gástrico o tipo histológico mais comum. Fatores de risco incluem infecção pelo *Helicobacter pylori*, idade avançada e história familiar de câncer gástrico. O diagnóstico envolve anamnese, exame físico e endoscopia digestiva alta, seguida de biópsia. O tratamento é multidisciplinar, com a ressecção cirúrgica como principal modalidade, mas devem ser observados alguns fatores para ressecabilidade cirúrgica do tumor em questão. Este estudo relata um caso de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal de Lauren com acometimento da cabeça do pâncreas e metástase pulmonar, discutindo a evolução clínica, tratamento cirúrgico e prognóstico do paciente. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso clínico, com coleta de dados via prontuário do paciente e exames diagnósticos. Para discussão dos achados, foi realizada uma revisão bibliográfica. Paciente sexo masculino, 70 anos, com histórico de tabagismo (100 anos/maço) e hiperplasia prostática benigna. Apresentou-se com sintomas gastrointestinais, sendo diagnosticado com adenocarcinoma gástrico metastático após endoscopia e biópsias. A cirurgia revelou doença avançada, optando-se por não ressecar o tumor, mas realizar gastroenteroanastomose para alívio dos sintomas. No pós-operatório, enfrentou complicações respiratórias e hipoglicemia, tratadas com sucesso, recebendo alta com acompanhamento oncológico. O diagnóstico tardio e o estágio avançado da doença limitaram as opções terapêuticas. A ressecção cirúrgica não foi possível devido à invasão do tumor. O tratamento multidisciplinar e paliativo foi crucial para a melhora da qualidade de vida do paciente. Em casos avançados de adenocarcinoma gástrico, é essencial considerar contraindicações para ressecção cirúrgica no pré-operatório. Estratégias terapêuticas paliativas podem aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do paciente quando a cura não é possível.

Palavras-chave: Classificação de Lauren, câncer gástrico, *Helicobacter pylori*, tumor metastático

1 INTRODUÇÃO

A incidência do câncer gástrico vem diminuindo nos últimos anos, mas ainda podemos observar esse tipo de tumor como o quarto tipo mais comum em homens e o sexto entre as mulheres no Brasil. Apesar da regressão em números de casos, a taxa de mortalidade causada pelo tumor ainda é relevante, visto que a mortalidade relatada por tumores com localização primária no estômago foi de 7,5% do total da mortalidade causada por todos os tipos de neoplasias em homens e 4,7% em mulheres, totalizando um número de 14.259 casos de letalidade por tumor gástrico no ano de 2021. (Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023).

Existe uma associação conhecida entre alguns fatores hereditários e outros modificáveis com o desenvolvimento do câncer gástrico. O principal fator de risco que se relaciona com a patologia em questão é a infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*, mas outros fatores também estão relacionados ao aparecimento do câncer como a idade avançada, sexo masculino, dieta com consumo exagerado de gorduras e baixa ingestão de fibras, tabagismo e história familiar de algumas condições hereditárias, como a própria neoplasia (Beságio, BP et al.).

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente que representa mais de 90% das neoplasias malignas do estômago. Enquanto outras neoplasias gástricas como o linfoma (4%), tumor neuroendócrino (3%) e tumor gastrointestinal estromal são menos comuns. O adenocarcinoma pode ser subdividido de acordo com a classificação de Lauren em tipo Intestinal e Difuso. O primeiro é um tumor mais diferenciado, acomete principalmente homens idosos e evolui a partir de lesões pré-malignas. O adenocarcinoma do tipo Difuso apresenta-se com padrão infiltrativo, com extensão submucosa e metástases precoces, acomete com maior frequência mulheres jovens, do tipo sanguíneo A e está associado a pior prognóstico dentre os diversos tipos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

Para diagnóstico do câncer gástrico é necessário a realização de anamnese e exame físico direcionados às queixas do paciente que se relacionam a sintomas do trato digestivo alto ou sintomas constitucionais, que determinam a necessidade de uma investigação diagnóstica subsequente com exames complementares. Diante de uma suspeita, o paciente deve realizar uma endoscopia digestiva alta com biópsia de lesões suspeitas para confirmação do diagnóstico. Após o resultado histopatológico, é preciso realizar tomografia computadorizada de abdome, tórax e pelve para definir o grau de acometimento da doença, realizar o estadiamento do paciente e definir a melhor conduta para seguimento do caso. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e a ressonância nuclear magnética devem ser utilizados apenas em casos selecionados. Além disso, a realização de exames laboratoriais é fundamental para avaliar as condições clínicas do paciente e alterações alguns marcadores tumorais, como CA 72-4, CA 19-9 e CEA podem ser sugestivos de um pior prognóstico (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018).

Por fim, faz-se necessário o planejamento terapêutico multidisciplinar para o manejo dos casos (BARCHI, L.C. et al., 2021). O principal tratamento da patologia em questão é a ressecção do tumor, com realização de gastrectomia, seja ela total ou parcial, a depender do estadiamento da doença e das condições do paciente. Tratamentos alternativos como quimioterapia e radioterapia também podem ser benéficos em alguns casos em associação ao tratamento cirúrgico. Em nosso estudo relataremos um caso de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal de Lauren com acometimento de cabeça de pâncreas e metástase pulmonar. Discutiremos a evolução clínica, tratamento cirúrgico e prognóstico do paciente.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Paciente de 70 anos, sexo masculino, natural de São Paulo, deu entrada no serviço de saúde da de Belo Horizonte. Queixava - se de náuseas e vômitos há duas semanas após as refeições, associado à hiporexia e odinofagia. Refere também, perda ponderal de 10 quilos em um período de 3 a 6 meses.

Antecedentes pessoais: Tabagista 100 anos maço, etilista social. Ressecção Transuretral da Próstata (RTU) realizada em 2019, refere acompanhamento prévio na Santa Casa para tratamento de Hiperplasia Prostática Benigna desde 2019. Em consultas mais recentes, a especialidade que acompanha suspeita de neoplasia de próstata, além de episódios recorrentes de prostatite. Desconhece comorbidades na família.

Exames realizados: 1) Endoscopia Digestiva Alta que revelou grande lesão ulcerada no antro gástrico, com deformidade e obstrução parcial do piloro. Esofagite erosiva moderada

(grau C de Los Angeles), provavelmente relacionada a estase gástrica. A lesão ulcerada foi biopsiada.

2) Anatomopatológico da lesão ulcerada de antro gástrico, revelou histologia compatível com adenocarcinoma gástrico tipo intestinal de Laurén.

3) Tomografia de Tórax constou focos de enfisema centrolobular e parasseptal, esparsos, notadamente em ápices, bilateralmente. Cisto no segmento anterior do lobo inferior direito.

4) Tomografia de abdome e pelve que evidenciou espessamento mural do antro gástrico, provavelmente neoplásico primário. Linfonodomegalia atípica, de aspecto neoplásico secundário, na cadeia pancreatoduodenal.

Diante dos exames, foi programado o procedimento cirúrgico, com indicação de gastrectomia parcial, além da presença de lesão sincrônica com risco de malignidade. Ao inventário da cavidade foram observados sinais de doença avançada, optado por não realizar ressecção de tumor. Foi realizada biópsia de linfonodo do hilo hepático, Gastroenteroanastomose em Y de Roux e passada sonda nasoesférica pós anastomose Gastrojejunal. O anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma metastático em linfonodo medindo 3,0mm, sem extensão extracapsular.

No pós-operatório imediato o paciente foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não teve intercorrências e permaneceu hemodinamicamente estável, foi transferido para enfermaria no segundo dia de pós-operatório.

Ao 4º dia de pós-operatório iniciou-se dieta líquida restrita para o paciente, que evoluiu, no dia seguinte, com desconforto respiratório, fazendo necessário uso de O2 em cânula nasal a 4 litros. Ao exame físico paciente apresentava crepitações finas teleinspiratórias em base direita, com hipóteses diagnósticas de tromboembolismo pulmonar e pneumonia nosocomial. O exame de escolha foi Angiotomografia computadorizada que evidenciou ausência de trombos e confirmou áreas de consolidação associadas a atelectasia bilateral em bases pulmonares, derrame pleural bilateral, que diante do contexto poderia estar relacionado ao processo infeccioso ou acometimento neoplásico secundário. Além disso, o exame mostrou áreas de enfisema pulmonar, notadamente subpleurais, em segmentos superiores. Foi iniciado a corticoterapia associada a broncodilatadores, devido a possibilidade de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Com isso, o paciente apresentou melhora clínica.

No 7º dia pós-operatório, o paciente evoluiu com hipoglicemia, sendo registrado 21mg/dL durante à noite. Foi solicitada consulta com endocrinologia que propôs correção glicêmica, e observação dos níveis de glicemia. No 14º dia pós-operatório, paciente estava há 72 horas sem episódios hipoglicêmicos, e com melhora clínica após tratamento de DPOC, tendo alta com retorno programado para o ambulatório de oncologia.

3 DISCUSSÃO

No nosso relato de caso o paciente foi diagnosticado em estágio avançado da doença classificação T4bNxM1, com comprometimento sistêmico que evidenciou um prognóstico desfavorável. Submetido, então, ao tratamento cirúrgico com intenção curativa e melhora da qualidade de vida do paciente. Neste procedimento foi comprovada invasão de cabeça pancreática e acometimento linfonodal retro pancreático, o que impossibilitou a ressecção do tumor.

Atualmente, o tratamento do câncer gástrico é multidisciplinar e pode envolver cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com o intuito de modificar a história natural da doença. A estratégia cirúrgica adotada para o tratamento oncológico depende diretamente do tipo e do nível de acometimento do tumor, assim como das condições clínicas do paciente. À medida que a neoplasia acomete outras estruturas e o tumor se torna irresssecável, a cirurgia ainda pode ser considerada como medida paliativa, para melhora dos sintomas e evitar sangramento do tumor, porém sem expectativa de cura.

Portanto, o desafio do tratamento do câncer gástrico evidencia a importância de realização de um diagnóstico preciso e de um estadiamento clínico correto, proporcionados através de recursos diagnósticos complementares, como a endoscopia digestiva alta, estudo anatomopatológico e tomografia computadorizada. Diante dos resultados e do conhecimento aprofundado do caso, é possível proporcionar o cuidado integral e facilitar o direcionamento do tratamento do paciente em um âmbito multidisciplinar, além de oferecer propostas paliativas quando a cura não for possível.

4 CONCLUSÃO

Em conclusão, o relato de caso em discussão ilustra as complexidades e desafios associados ao tratamento do câncer gástrico em estágio avançado. Apesar das tentativas de abordagem cirúrgica com intenção curativa, o acometimento extenso e a invasão do tumor ressaltam a importância crítica de um diagnóstico precoce e de um estadiamento clínico acurado. Este caso sublinha a necessidade de uma abordagem multidisciplinar na gestão do câncer gástrico, enfatizando não apenas as intervenções com potencial curativo, mas também a importância das estratégias paliativas que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes em situações nas quais a cura não é mais viável. A colaboração entre diferentes especialidades médicas é essencial para oferecer o melhor cuidado possível, adaptado às necessidades individuais de cada paciente, reconhecendo os limites do tratamento curativo em casos de doença avançada e a relevância de suporte paliativo e manejo de sintomas. Este relato reforça a necessidade contínua de pesquisa e inovação em diagnósticos e terapêuticas para o câncer gástrico, com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos pacientes afetados por esta condição desafiadora.

REFERÊNCIAS

- BARCHI, L.C. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Câncer Gástrico (parte 1): Atualização sobre o diagnóstico, estadiamento, tratamento endoscópico e seguimento. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2020;33(3):e1535.
- BARCHI, L. C. et al. Diretrizes da associação brasileira de câncer gástrico (parte 2): Atualização sobre o tratamento. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 34, p. e1563, 14 maio 2021.
- BARCHI, L.C. et al. II Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico Realizado pela Associação Brasileira de Câncer Gástrico. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2020;33(2):e1514.
- Baú, F. C., & Huth, A. (2011). Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. Revista contexto & saúde, 11(21), 16- 24.
- BÉSÁGIO, BP; ANDRADE, EC de; CARDOSO, G. G.; COUTO, LC; SANTINI, JX; NUNES, PLP; CARVALHO, FB de. Câncer gástrico: Revisão de literatura / Câncer Gástrico: Uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde** , [S. l.] , v. 4, pág. 16439–16450, 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 3, de 15 de janeiro de 2018. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Adenocarcinoma de Estômago.

