

Carcinoma do coto gástrico em estômagos ressecados por moléstia benigna

Análise de 11 casos

CLOVIS MASSAYUKI KOBATA¹, MARY GANAN CAMPORINI², ARTUR BERTI RICCA³,
NELSON YUKITOSHI SATO³, JESUS PAN CHACON⁴

Unitermos: Câncer gástrico. Gastrectomia. Estômago.

Key words: Stomach neoplasms. Gastrectomy. Stomach.

RESUMO — Apresenta-se a análise de onze casos de neoplasia maligna do coto gástrico. Os autores tecem comentários acerca dos possíveis fatores de risco da população de doentes submetidos à ressecção gástrica por moléstias benignas. Os resultados observados demonstraram má evolução da maioria destes doentes, mesmo quando submetidos a ressecções.

INTRODUÇÃO

Considerados por alguns como complicação tardia das ressecções gástricas por doenças benignas, os carcinomas do coto gástrico vêm despertando interesse pelos muitos aspectos controvertidos desta moléstia, entre os quais pode-se citar sua baixa incidência em países como o Japão^(2,7), onde, de modo geral, o câncer gástrico predomina de maneira absoluta em relação às demais populações⁽²⁰⁾.

Num período de dez anos (1971-1981), foram operados na Disciplina de Gastreenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina cerca de duas centenas de doentes com neoplasias malignas do estômago, entre os quais onze casos eram carcinomas de coto, que são analisados a seguir.

MATERIAL E RESULTADOS

Os onze doentes com neoplasia maligna do coto apresentaram incidência aproximada de 5,3% no período analisado.

Todos os doentes eram do sexo masculino e a idade variou de 55 a 80 anos, com média de 67 anos. O tempo

decorrido entre a ressecção gástrica e o diagnóstico da neoplasia foi de 7 a 40 anos, dos quais em 10 indivíduos foi acima de 18 anos e, em apenas um, esse intervalo foi de 7 anos, resultando a média de 26 anos. A idade com que os doentes haviam sido submetidos à ressecção gástrica variou de 29 a 63 anos (média de 40 anos). Os quatro doentes mais jovens por ocasião da operação de ressecção gástrica (29, 33, 34 e 35 anos) apresentaram, também, tempos de evolução pós-operatória mais longos até o aparecimento da neoplasia (30, 36, 38 e 40 anos). A duração da queixa foi de 2 a 8 meses. Foram mais frequentes a dor e o peso epigástricos (80%). Em quatro doentes, o sintoma principal foi a disfagia; o emagrecimento foi referido por todos os doentes e a perda ponderal foi, em média, de 8,8 quilos. A anorexia, entretanto, foi referida por apenas quatro doentes. A informação de sangramento digestivo foi obtida em três doentes, um dos quais apresentava melena ao ser internado. Os doentes que apresentavam dispepsia tinham sintomatologia com duração média de 6 meses; nos que apresentavam disfagia, a duração média foi de três meses.

As doenças que motivaram a ressecção gástrica foram úlceras duodenais em 5 doentes, úlceras gástricas em 2 e úlceras pépticas sem referência de localização em 4 doentes. Dez doentes haviam sido submetidos a gastrectomias com reconstrução pela técnica de Billroth II e, em apenas um, havia sido utilizada a técnica de Billroth I.

O exame físico foi considerado pouco esclarecedor em 10 casos. Apenas um doente apresentava tumoração palpável no epigástrico.

Trabalho realizado na Disciplina de Gastreenterologia Cirúrgica, Escola Paulista de Medicina.

1. Professor Assistente.

2. Pós-graduanda (mestrado).

3. Professor Auxiliar.

4. Professor Titular, Chefe da Disciplina.

O exame radiológico foi realizado em 8 ocasiões. Nessas, permitiu o diagnóstico correto em dois doentes (fig. 1); em dois casos, a interpretação foi de gastrectomia à B_{II}, sem outras alterações; em outros dois foi diagnosticada lesão ulcerada gástrica; em um doente constatou-se apenas estase no coto gástrico e, no último, revelou neoplasia no terço inferior do esôfago.

Dez doentes foram submetidos a exames endoscópicos. O diagnóstico de neoplasia maligna foi possível em oito, com descrição de lesões vegetantes ou ulceradas, com características infiltrativas. Em um doente foi encontrada lesão ulcerada, com suspeita de malignidade próxima à boca anastomótica e, em outro, foi descrita estenose da cárdia com aspecto sugestivo de neoplasia. A histopatologia confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma em 7 doentes; a incidência de diagnóstico falso-negativo foi de 30%, apesar das múltiplas e repetidas biópsias realizadas.

Todos os doentes foram operados. A jejunostomia foi o único procedimento possível em 5 doentes, em virtude da invasão tumoral das estruturas circunvizinhas. Em 5 doentes realizou-se a gastrectomia total associada à esofagectomia distal, à omentectomia e à esplenectomia (fig. 2). Em um destes doentes, a análise microscópica da peça operatória demonstrou infiltração das margens proximal e distal da peça ressecada. Em um doente foi realizada apenas a laparotomia exploradora. A irresssecabilidade não teve, aparentemente, qualquer relação com a faixa etária, com a duração da sintomatologia ou com o tempo decorrido entre a operação prévia e o diagnóstico do carcinoma do coto gástrico. O tipo histológico do tumor revelou ser adenocarcinoma em todos os doentes analisados.

O acompanhamento ambulatorial, realizado em 8 doentes, demonstrou má evolução em 6, dos quais 4 haviam sido submetidos à jejunostomia e 2, à gastrectomia total. A persistência da dor, o emagrecimento, a fraqueza e a adinamia, as náuseas e os vômitos foram as queixas mais frequentes. Entre esses doentes, no período de quatro meses, tem-se referência de três óbitos. Entre os quatro submetidos à gastrectomia total, um encontra-se no 6º mês de pós-operatório, passando relativamente bem sem evidências de recidiva e um outro apresentou insuficiência renal aguda, que foi tratada, estando bem após 19 meses, constituindo-se na melhor e mais longa sobrevida observada neste material (tabela 1).

DISCUSSÃO

O carcinoma do coto gástrico representa cerca de 1,2 a 3,6% das neoplasias malignas do estômago^(1,7,8,16) ou 0,9 a 1,3% das operações gastroduodenais^(11,14) ou, ainda, cerca de 2,5% das ressecções gástricas acompanhadas a longo prazo^(4,5).

O diagnóstico deve ser feito levando-se em consideração um dos dois aspectos: 1) que a operação anterior tenha sido realizada por doenças comprovadamente benignas; 2) que o tempo decorrido entre a operação prévia e o aparecimento da neoplasia seja superior a cinco anos^(1,2,19).

A etiopatogenia, à semelhança do que ocorre em carcinomas de outros órgãos, permanece desconhecida. Entretanto, a demonstração histológica de importantes alterações da mucosa gástrica, de aparecimento lento e progressivo, com predominância na região da anastomose, parece merecer simpatia por parte de muitos autores, no sentido de essas alterações serem as responsáveis por uma possível gênese do carcinoma. Nesta ordem de raciocínio,

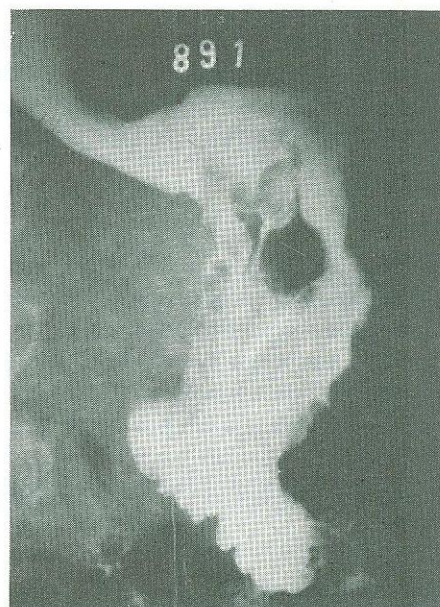


Fig. 1
Neoplasia de coto gástrico. Radiografia demonstrando falhas de enchimento no interior do coto gástrico.

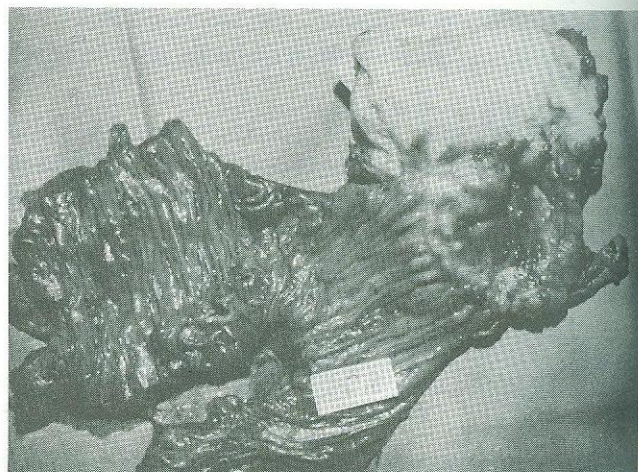


Fig. 2 — Neoplasia de coto gástrico. Peça operatória resultante de uma gastrectomia total incluindo o esôfago distal e alças jejunais.

a metaplasia intestinal, a dilatação glandular cística, a gastrite atrófica, entre outras displasias, predominantes na boca anastomótica, estariam de acordo com a incidência maior de carcinomas próximos a esta região^(2,4,6,10,11,13,15,16,18). Também estaria de acordo com estas considerações o fato de a neoplasia maligna do coto gástrico surgir após prolongado período de pós-operatório, já que todas as displasias teriam, até atingir seu grau máximo, uma evolução progressiva, porém lenta. Este período, na maioria das vezes, é de aproximadamente 20 anos^(1,3,6,8,9,15,16). Outros referem um período de 12 anos⁽¹¹⁾ ou maiores que 27 anos^(7,19). Em trabalho anterior, outros sete casos foram apresentados, com intervalos de 12 a 22 anos entre a ressecção gástrica e o aparecimento da neoplasia do coto⁽¹⁷⁾.

É fato curioso que, entre as populações nas quais a incidência de carcinomas gástricos é bastante alta, paradoxalmente, o câncer de coto gástrico não apresente a mesma prevalência^(2,7). É fato também a ser considerado que, sendo as lesões gástricas mais frequentes nas porções distais do órgão, a incidência da neoplasia deveria ser menor na população de indivíduos submetidos às ressecções em relação aos não gastrectomizados. Por outro lado, os submetidos a derivações sem ressecções (gastroenteroanastomoses, piloroplastias) seriam populações de maior risco, já que, além da presença do corpo e antro gástricos, o refluxo de secreção biliopancreática portar-se-ia como fator importante na gênese das alterações da mucosa gástrica⁽¹⁵⁾.

A idéia de que a incidência de neoplasias do coto é maior entre aqueles submetidos a ressecções por úlceras gástricas prevalece em muitas publicações^(7,9,15), mesmo

entre os que encontram dificuldade de comprová-la, pelo número reduzido de casos observados.

O tipo de reconstrução merece consideração por parte de muitos autores. Assim, a observação de que 80 a 90% dos doentes apresentavam anastomoses gastrojejunais parece favorecer a hipótese do refluxo biliopancreático como a principal causa predisponente ao carcinoma^(1,2,3,7,8,9,11,13,15,16). Entretanto, não tem sido comentado o fato de que, provavelmente, esta incidência se deva ao maior número de reconstruções à B_{II} que, até hoje, se realiza, ao se reconstruir o trânsito após gastrectomia.

A alta frequência de carcinomas do tipo glandular é contestada por alguns autores, que, ao contrário do que ocorre em indivíduos não gastrectomizados, chamam a atenção para a maior incidência de tumores raros (sarcomas, por exemplo) em doentes previamente ressecados^(11,13).

O contexto multifatorial em que se situa o câncer do coto gástrico e sua frequência relativamente baixa têm dificultado a análise dos casos. Entretanto, em relação ao sexo, é unânime a constatação de que 72 a 100% dos doentes pertence ao sexo masculino^(1,3,4,5,7,8,11,12,13,14,16,19).

A sintomatologia que pode permitir a suspeita clínica de neoplasia gástrica está presente em percentagens próximas de 50% e a ausência de sintomas pode ocorrer em 3 a mais de 50%^(5,11,13,19), principalmente se o carcinoma for surpreendido em fases não invasivas⁽⁵⁾.

A anorexia e o emagrecimento são referidos por 32 a 100% dos doentes, enquanto a dor epigástrica ocorre em 43 a 60%^(8,11,13,16,19). A disfagia pode ser a queixa principal em 6 a 50% dos casos, em função da infiltração da cárdia^(8,16,19). O sangramento digestivo alto pode ocorrer em

TABELA 1
Neoplasia maligna do coto gástrico

Nº	Tempo entre a ressecção e a neoplasia em anos	Operação prévia	Diagnóstico radiológico	Diagnóstico endoscópico	Histopatologia	Cirurgia realizada
1	30	G ₂	Neoplasia	Neoplasia	Adenocarcinoma	Jejunostomia
2	20	G ₁	—	Neoplasia	Gastrite	Gastr. total
3	38	G ₂	LUG	LUG	Gastrite	Jejunostomia
4	40	G ₂	—	Neoplasia	—	Jejunostomia
5	18	G ₂	LUG	Neoplasia	Gastrite	Jejunostomia
6	7	G ₂	Ca. esôfago	Neoplasia	Adenocarcinoma	Esofagect. + gastr. total
7	18	G ₂	Normal	Neoplasia	Adenocarcinoma	Gastrec. total
8	28	G ₂	—	Neoplasia	Adenocarcinoma	Jejunostomia
9	27	G ₂	Neoplasia	—	—	Laparotomia
10	30	G ₂	Estase	Neoplasia	Adenocarcinoma	Gastrec. total
11	36	G ₂	Normal	Neoplasia	Adenocarcinoma	Gastrec. total

G₁ — gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth I; G₂ — gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II; LUG — lesão ulcerada gástrica.

20 a 35%^(5,8,11,16,19). O exame físico abdominal costuma ser pobre, sendo infrequente o achado de tumoração palpável^(8,16).

O exame radiológico, apesar de suas limitações nestes casos, pode ser útil se realizado com duplo contraste e interpretado com o devido critério, permitindo a identificação de ulcerações, de vegetações ou de lesões infiltrativas da parede do estômago remanescente. Há referências, entretanto, de altos índices de falha diagnóstica^(5,6,10,16,17). A endoscopia permitirá o diagnóstico macroscópico, enquanto que a histopatologia poderá confirmá-lo. A acuidade destes exames oscila entre 80 e 100%^(1,8,11,16,19).

Apesar do curto tempo de duração da sintomatologia, as neoplasias malignas do coto gástrico têm caráter extremamente agressivo, não permitindo ao cirurgião, em muitos casos, qualquer possibilidade de extração do tumor. O

índice de ressecabilidade tem sido de 30 a 70%^(3,11,16,17), à semelhança do que ocorre em relação às neoplasias gástricas de modo geral.

A evolução pós-operatória demonstra a precária situação dos doentes, com prognóstico sombrio e com sobrevivência inferior a 12 meses^(2,3,10,11,14,16,17).

SUMMARY

Gastric stump carcinoma, following operation for peptic ulcer disease, develops after long period of resection. The authors presents eleven cases of late gastric carcinoma developing after surgery of benign conditions. Some ethiopathogenic factors are appreciated. The poor results obtained after operation seems to be similar to that referred in the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÃO, A; POSSIK, RA; CAPPELLANO, RSL; AMARANTE NETO, AP Câncer primário do coto gástrico: considerações sobre 18 casos. Rev. Paul. Med. 97: 116-120, 1981.
2. BECKER, HD & CASPARY, WF Gastric remnant carcinoma. In: Postgastrectomy and postvagotomy syndromes. New York, Springer Verlag, 1980, p. 119-125.
3. CHEVILLOTTE, P; CAYOT, M; FAVRE, JP; TRIGALOU, D; VIARD, H Le cancer du moignon gastrique: a propos de dix observations (sur une série de 235 cas de cancer gastrique). Ann. Chir. 35: 409-413, 1981.
4. DOMELLOF, L; ERIKSSON, S; JANUNGER, KG Precancerous changes and carcinoma of the gastric stump after resection for benign ulcer disease. Chir. Gastroenterol. 10: 263-266, 1976.
5. DOMELLOF, L & JANUNGER, KG The risk for gastric carcinoma after partial gastrectomy. Am. J. Surg. 134: 581-584, 1977.
6. DOMELLOF, L; ERIKSSON, S; JANUNGER, KG Carcinoma and possible precancerous changes of the gastric stump after Billroth II resection. Gastroenterology, 73: 462-468, 1977.
7. DOUGHERTY, SH; FOSTER, CA; EISENBERG, MM Stomach cancer following gastric surgery for benign disease. Arch. Surg. 117: 294-297, 1982.
8. EBERLEIN, TJ; LORENZO, FV; WEBSTER Gastric carcinoma following operation for peptic ulcer disease. Ann. Chir. 187: 251-256, 1978.
9. HELLSINGER, N & HILLESTAD, L Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. Ann. Surg. 143: 173-179, 1956.
10. KOBAYASHI, S; PROLLA, JC; KIRSNER, JB Late gastric carcinoma developing after surgery for benign conditions. Dig. Dis. 15: 905-912, 1970.
11. LYGIDAKIS, NJ Gastric stump carcinoma after surgery for gastroduodenal ulcer. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 63: 203-205, 1981.
12. MALAFAIA, O; ARTIGAS, GV; BRENNER, S; MARCHESINI, JB; SOUZA, FJ Câncer do coto gástrico. Rev. Assoc. Méd. Bras. 28: 229-231, 1982.
13. MORGENSTERN, L; YAMAKAWA, T; SELTZER, D Carcinoma of the gastric stump. Am. J. Surg. 125: 29-38, 1973.
14. NAGASE, M; TANIGAWA, N; HIKASA, Y Primary carcinoma of the remnant stomach: report of three cases. Gastroenterol. Jpn. 15: 527-531, 1980.
15. NICHOLLS, JC Stump cancer following gastric surgery. World J. Surg. 3: 731-734, 1979.
16. ORLANDO, R & WELCH, JP Carcinoma of the stomach after gastric operation. Am. J. Surg. 141: 487-491, 1981.
17. ROSENBERG, D; FARIA, PAJ; CHACON, JP; VIANNA, FC; SARAIVA, JAM Carcinoma desenvolvido em estômago previamente operado por lesão benigna. Rev. Paul. Med. 69: 159-168, 1966.
18. SIURALA, M; TSOKOSKI, M; VARIS, K Prevalence of gastritis in a rural population. Scand. J. Gastroenterol. 3: 211-223, 1968.
19. TERJESEN, T & ERICHSEN, HG Carcinoma of the gastric stump after operation for benign gastroduodenal ulcer. Acta Chir. Scand. 142: 256-260, 1976.
20. YAMAGATA, S & HISAMICHI, S Epidemiology of cancer of the stomach. World J. Surg. 3: 663-669, 1979.