

Recidiva local de adenocarcinoma gástrico após gastrectomia total: a propósito de um caso com recidiva tardia e revisão da literatura

Local recurrence of gastric adenocarcinoma after radical gastrectomy: report of a case with late recurrence and review of the literature

Alexandre Cruz Henriques*, Jaques Waisberg*, Carlos Alberto Godinho**, Cláudia Bagarollo**,
Juliana Harumi Arita*, Simone Postal Pires*, Ana Maria Amaral Antonio Mader***

Recebido: 18/2/2006

Aprovado: 24/8/2006

Resumo

Os autores relatam um caso de paciente portador de adenocarcinoma gástrico que foi submetido a uma gastrectomia total. Após três anos, apresentou recidiva logo abaixo da linha de sutura. Foi reoperado, e realizada ressecção com intenção curativa. Cinco anos após a segunda operação, o paciente encontrava-se assintomático e sem sinais de recorrência da doença. O adenocarcinoma é o tumor maligno mais comum do estômago e o tratamento consiste na ressecção cirúrgica. A recidiva local de adenocarcinoma gástrico indica que a ressecção cirúrgica não foi bem sucedida. A frequência da recidiva local na literatura é variável, de 10 a 36%, e é influenciada pela localização do tumor, presença de margem de ressecção comprometida e extensão da margem de segurança. O diagnóstico da recidiva é feito pela história clínica e exames complementares. A abordagem cirúrgica apresenta, na maioria das vezes, resultados insatisfatórios. O intervalo livre de doença está diretamente relacionado com a ressecabilidade. O prognóstico depende do estadiamento do tumor, do tratamento cirúrgico e do intervalo livre de doença.

Unitermos

Recidiva local; adenocarcinoma gástrico; estômago.

Abstract

The authors report a case of a patient with gastric adenocarcinoma treated with total gastrectomy. Three years later, presented recurrence below the anastomosis line. Re-exploration and resection with curative purpose were done. Five years after the second surgical resection, the patient has no symptoms and no recurrence sign of disease. Adenocarci-

noma is the most common malignant gastric tumor and its treatment is surgical resection. Local recurrence of gastric adenocarcinoma denotes that surgical resection was not successful. The rate in literature varies from 10 to 36% and is influenced by tumor location, resection margin involved by disease and tumor-free margin extension. Recurrence diagnosis is based on clinical history and complementary exams. The major surgical approach has unsatisfying results. The median disease-free interval is straightly related to resecability. Prognosis of gastric adenocarcinoma local recurrence depends on tumor staging, surgical treatment and disease-free interval.

Keywords

Local recurrence; gastric adenocarcinoma; stomach.

Introdução

O adenocarcinoma é o mais comum e importante tumor maligno do estômago¹. É uma doença grave e de prognóstico ruim, cujo tratamento com intenção curativa é a ressecção cirúrgica². Apesar do tratamento cirúrgico, a ocorrência de recidiva, tanto local como a distância, é frequente. Nestes casos, uma nova abordagem cirúrgica apresenta baixa taxa de sucesso³.

Tendo vivenciado um caso de paciente submetido à gastrectomia total por adenocarcinoma, que apresentou recidiva logo abaixo da linha de sutura, foi reoperado e conseguido nova ressecção com intenção curativa, foi acompanhado por cinco anos e encontrando-se assintomático, os autores, devido à raridade da evolução, julgaram oportuno relatá-lo.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Ensino Padre Anchieta da Faculdade de Medicina do ABC

*Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FMABC

**Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Ensino Padre Anchieta da FMABC

***Disciplina de Patologia Especial da FMABC

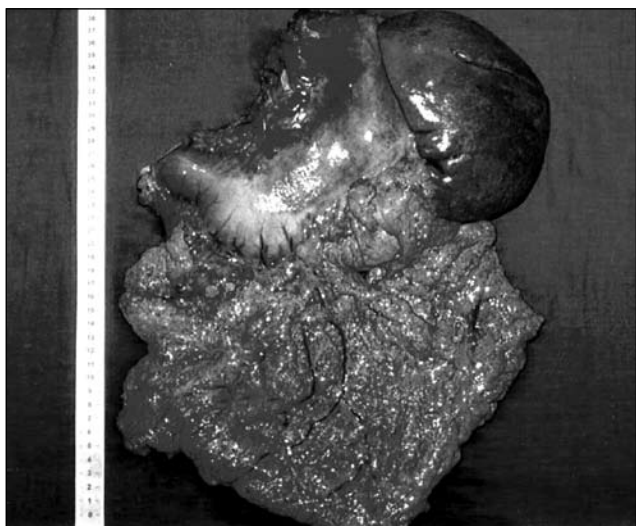


Figura 1

Peça cirúrgica: gastrectomia total radical com esplenectomia e pancreatectomia corpo caudal



Figura 2

Peça cirúrgica aberta, mostrando lesões ulceradas pouco abaixo da linha de anastomose

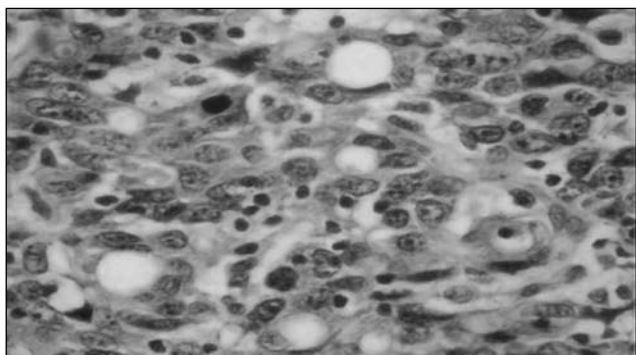


Figura 3

(HE-400X): Adenocarcinoma pouco diferenciado ulcerando a mucosa.

Relato do Caso

Paciente masculino, 40 anos, procurou o serviço médico apresentando síndrome dispéptica. Foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou lesão de 5 cm na parede posterior do corpo gástrico, ulcerada, com extensão da pequena à grande curvatura. O exame anatomopatológico de fragmentos da lesão revelou adenocarcinoma pouco diferenciado e o tratamento cirúrgico foi indicado.

O inventário da cavidade abdominal mostrou aderência da parede gástrica posterior ao corpo e cauda do pâncreas e ausência de sinais de disseminação. Realizada gastrectomia total radical associada à pancreatectomia corpo caudal e esplenectomia com reconstrução esôfago-jejunal em Y de Roux (Figura 1). Paciente evoluiu sem intercorrências, obtendo alta no 8º dia do pós-operatório.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica, revisto pelo Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do ABC, mostrou adenocarcinoma ulcerado de cárdia, pouco diferenciado, infiltrando até o tecido gorduroso adjacente. As margens esofágica e duodenal estavam livres e havia metástases em linfonodos da pequena curvatura (3/15), do hilo esplênico (5/15), da grande curvatura (6/12). O segmento pancreático não estava comprometido; o epíplon apresentava congestão vascular e o baço, congestão da polpa vermelha.

O paciente manteve-se assintomático e sem intercorrências durante três anos, quando, ao realizar exames de controle, a endoscopia digestiva alta indicou uma úlcera de intestino delgado de 1 cm, pouco abaixo da linha de anastomose. O exame anatomopatológico da biópsia indicou adenocarcinoma pouco diferenciado. No estadiamento não havia sinal de disseminação. Optado por laparotomia exploradora e o inventário da cavidade abdominal não mostrou sinais de disseminação. Realizado esofagectomia distal, enterectomia segmentar da porção proximal da alça do Y de Roux e linfadenectomia para-aórtica. A reconstrução foi realizada com anastomose esôfago-jejunal em Y de Roux (Figura 2). O paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no 7º dia do pós-operatório.

O exame anatomopatológico da peça, revisto pelo Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do ABC, mostrou adenocarcinoma gástrico de padrão intestinal, tubular pouco diferenciado, infiltrando a região da anastomose esôfago-jejunal, comprometendo todas as túnicas, desde a serosa até a mucosa, ulcerando esta última (Figura 3), com as mesmas características da lesão extirpada na primeira cirurgia; margens cirúrgicas livres, linfonodos para-aórticos sem comprometimento neoplásico.

A última consulta do paciente foi em março de 2004, cinco anos após a última cirurgia; encontrava-se assintomático, sem sinais de disseminação.

Discussão

O tratamento cirúrgico curativo do adenocarcinoma gástrico tem intenção de remover a lesão primária com margem adequada livre de tumor e fazer a ressecção de linfonodos regionais do estômago, que servem como depósito

de metástases. A recorrência de tumor na área da gastrectomia implica que o procedimento operatório não cumpriu os objetivos citados acima³.

A recidiva local do adenocarcinoma gástrico é a evidência histológica de tumor na área da gastrectomia: coto gástrico ou duodenal, anastomose esofágica, pâncreas, pedículo hepático, hilo esplênico, área do tronco celíaco e incisão abdominal^{3,5,6}.

A recidiva local deve ser diferenciada de um segundo tumor primário (neoplasia metacrônica que pode acometer qualquer ponto do tubo digestivo) e não deve ser confundida com câncer de coto gástrico (neoplasia que acomete remanescentes gástricos operados por doença benigna)⁴. No caso apresentando as características anatomopatológicas das lesões indicam tratar-se de recidiva local.

Em três estudos consecutivos de Papachristou *et al.*, a taxa de recidiva local desta neoplasia, foi de 25,7, 23 e 25%^{3,7,8}. Outros autores relataram taxas de 11,6, 18 e 36%^{5,7,10}. A incidência da recidiva local é influenciada pela localização do tumor, presença de margem de ressecção comprometida e extensão da margem de segurança da ressecção. O estadiamento da doença, contudo, não é considerado como fator determinante para recidiva local, visto que pacientes em estádios I e II apresentam melhor taxa de sobrevida e, então, maior chance de desenvolverem recidiva local⁸. O intervalo médio de tempo entre a gastrectomia e a detecção de recorrência local encontrada por Papachristou *et al.* foi 15 meses³.

Quanto à influência da localização do tumor primário, percebemos que as recidivas locais ocorrem mais frequentemente em tumores da região da cárdia do que os tumores de corpo gástrico^{7,8}.

Papachristou *et al.* constataram que 37,5% das margens positivas pós-ressecção apresentaram recidiva local³. Em estudos mais recentes, foram encontradas taxas desta ocorrência de 20 e 47%^{5,9}. Isto indica que margens comprometidas nem sempre induzem à recidiva local, o que pode ser explicado pelas seguintes razões: pacientes com margens de ressecção positivas geralmente são portadores de câncer avançado e sucumbem à doença metastática antes mesmo do aparecimento da recidiva local; a real incidência de recidiva local não é precisamente conhecida, já que, às vezes, apenas pacientes sintomáticos são investigados e as manifestações subclínicas não são documentadas⁶.

Em relação à extensão da margem de segurança, Papachristou *et al.* relataram ser necessária a ressecção mínima de 6,5 cm, para evitar a ocorrência de recidiva local. Nas anastomoses esôfago-jejunais, como a deste relato de caso, há necessidade de margem mínima de 5 centímetros³.

A recidiva local localiza-se nos tecidos perigástricos, anastomose esôfago-jejunal, coto gástrico e parede abdominal, nesta ordem de frequência. O acometimento dos tecidos e região perigástricos está normalmente relacionado com lesões de estádios III e IV, que tendem a apresentar um quadro clínico mais exuberante, enquanto o acometimento do coto

gástrico e da anastomose esôfago-jejunal está relacionado a lesões de estádios I e II¹³. Dependendo do local de recidiva do adenocarcinoma gástrico, o quadro clínico varia, podendo ser assintomático, como ocorreu neste caso, ou apresentar dispepsia, disfagia, eructação, vômitos, perda de peso, dor abdominal, astenia, tumor palpável e outros sintomas¹⁴.

O diagnóstico da recidiva local, usualmente, é feito pela história clínica, quando há sintomas, seguidos por exames de imagem e endoscopia digestiva alta¹⁴. São recomendadas a dosagem de marcadores tumorais (CEA e CA 19-9), a ultra-sonografia abdominal e a radiografia de tórax a cada seis meses e endoscopia digestiva alta anualmente. Tomografia computadorizada do abdome deve ser solicitada quando houver recorrência da doença ou quando houver elevação dos marcadores tumorais. Cintilografia óssea será solicitada se houver suspeita de metástase óssea¹⁵.

No caso apresentado, a endoscopia digestiva alta surpreendeu pequena lesão carcinomatosa na linha de sutura, em paciente assintomático, o que confirma a importância dos exames de segmento pós-operatório.

Sempre que possível, o tratamento da recidiva local é cirúrgico, desde que o paciente não apresente sinais de disseminação, sinais absolutos de irrecrescibilidade e apresente condições clínicas satisfatórias⁴.

A ressecabilidade sofre influência do local da recidiva e é menor quando esta ocorre nos tecidos perigástricos ou na anastomose esôfago-jejunal. Quanto maior o intervalo livre da doença, maior a ressecabilidade³.

As taxas de operação da recidiva local relatadas foram variáveis. A maior delas foi de aproximadamente 70%³. Outros estudos apresentaram menores taxas de reoperação, sendo elas de 34, 33,3, 16,6 e até 0%^{6,7,8,10}. Esta variação pode ser explicada pelo fato de que a indicação da operação da recidiva local depende da existência de metástases, do acometimento linfonodal, das condições clínicas, fatores que podem contraindicar uma nova abordagem cirúrgica^{3,6,7,8,9,10,11,12,14}. Além disso, os reais benefícios da reoperação devem ser avaliados, considerando a possibilidade de ressecção curativa ou melhora da qualidade de vida^{9,11,12}. A importância desta avaliação é comprovada ao se considerar que dos pacientes portadores de recidiva local operados por Papachristou, apenas 28% foram passíveis de ressecção³.

O prognóstico da recidiva local do adenocarcinoma gástrico depende do estadiamento do tumor recidivado e do intervalo livre de doença¹². Considerando o grupo de pacientes com recidiva local que foi operado e em que foi possível realizar a ressecção, a sobrevivência em cinco anos encontrada por Papachristou *et al.* foi de 17,13%³. É importante destacar que a ressecção cirúrgica da recidiva local aumentou significativamente a sobrevivência dos pacientes com recorrência, já que o intervalo médio entre a reoperação e a morte em pacientes com tumores irrecrescíveis foi de apenas 1,5 meses, enquanto este mesmo intervalo em pacientes com tumores recidivados ressecáveis foi de 18 meses³.

Os autores concluem que o caso relatado apresentou evolução pouco comum: paciente submetido a uma gastrectomia ampliada por um adenocarcinoma avançado, exibiu longo intervalo livre de doença, três anos, quando foi diagnosticado e ressecado recidiva junto a linha de anastomose esôfago-jejunal;

a boa evolução após a segunda operação pode ser explicada pelo fato de que a segunda lesão não era avançada (lesão de 1 cm, assintomática) e pelo intervalo livre de doença (três anos), ambos fatores de bom prognóstico da recidiva local.

Referências bibliográficas

1. Crawford JM. O trato gastrointestinal. In: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 718-20.
2. Matsuda M, Mucerino DR. Câncer gástrico: técnicas cirúrgicas. In: Moraes IV, Mello JB, Nahas P. Residente de cirurgia. 2ª ed. São Paulo: Rocca; 1992. p. 636.
3. Papachristou DN, Fortner JG. Local recurrence of gastric adenocarcinoma after gastrectomy. *J Surg Oncol* 1981;18(1):47-5.
4. Malheiros CA, Kassab P. Câncer de coto gástrico. In: Gama-Rodrigues JJ. Câncer do estômago: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Andrei Editora; 2002. p. 253-61.
5. Blomjous JGAM, Hop WCJ, Langenhorst BLAM, Kate FJW, Eykenboom WMH, Tilanus HW. Adenocarcinoma of the gastric cardia: recurrence and survival after resection. *Cancer* 1992;70(3):569-74.
6. Chan WH, Wong WK, Khin LW, Chan HS, Soo KC. Significance of a positive esophageal margin in stomach cancer. *Aust N Z J Surg* 2000;70(10):700-3.
7. Papachristou DN, Karas M, Fortner JG. Anastomotic recurrence in the esophagus complicating gastrectomy for adenocarcinoma of the stomach. *Br J Surg* 1979;66(9):609-12.
8. Papachristou DN, Agnanti N, D'Agostino H, Fortner JG. Histologically positive esophageal margin in the surgical treatment of gastric cancer. *Am J Surg* 1980;139(5):711-3.
9. Cascinu S, Giordani P, Catalano V, Agostinelli R, Catalano G. Resection-line involvement in gastric cancer patients undergoing curative resections: implications for clinical management. *Jpn J Clin Oncol* 1999;29(6):291-3.
10. Santoro E, Garofalo A, Carlini M, Rinaldi G, Santoro E. Early and late results of 100 consecutive total gastrectomies for cancer. *Hepatogastroenterol* 1994;41(5):489-96.
11. Cascinu S, Giordani P, Catalano V, Agostinelli R, Catalano G. Resection-line involvement in gastric cancer patients undergoing curative resections: implications for clinical management. *Jpn J Clin Oncol* 1999;29(6):283-4.
12. Picchiom M, Carni D, Marziano E, Scarpelli F, Sapienza P, Stipa F, Farina C. La recidiva locale dopo gastrectomia per cancro: Presentazione di due casi clinic. *Minerva Chir* 1992;47(11):1019-22.
13. Schumacher IK, Bernhardt J, Petermann J, Lorenz D. Diagnostic and therapeutic strategies in local recurrence of stomach carcinoma. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1998;115:1373-6.
14. Shchepotin I, Evans SR, Shabahang M, Cherny V, Buras RR, Zadorozhny A, Nauta RJ. Radical treatment of locally recurrent gastric cancer. *Am Surg* 1995;61(4):371-6.
15. Marrelli D, De Stefano A, Morgagni P, Di Leo A. Prediction of recurrence after radical surgery for gastric cancer. *Ann Surg* 2005;241(2):247-255.

Endereço para correspondência:

Dr. Alexandre Cruz Henriques
Rua Mediterrâneo, 928
CEP 09750-420 – São Bernardo do Campo (SP)
Tel.: (11) 4123-5080
E-mail: achenriques@uol.com.br