

“Mega” Estômago

“Mega” Stomach

Margarida Gaudêncio^{1*}, Ivo Barreiro¹, Maria Inês Bertão¹, Isabel Bessa¹, Amélia Pereira¹

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Margarida Gaudêncio [mgaudencio3@gmail.com]
Avenida Dr. José Maria Cardoso, nº3 - 5º Esq., 3200-202 Lousã, Coimbra, Portugal
ORCID iD: 0000-0003-2835-2473

RESUMO

Os autores apresentam o caso de um doente, género masculino, 64 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por perda ponderal, astenia, anorexia e epigastralgias persistentes com cerca de 6 meses de evolução.

Analiticamente, objetivou-se uma anemia microcítica com Hb 6,7 g/dL, com necessidade de suporte transfusional e em estudo imagiológico tomográfico, verificou-se a presença de lesão estenosante a nível gástrico, condicionando uma distensão marcada. Internado no Serviço de Medicina para suporte transfusional e nutricional e para estudo endoscópico. Submetido a cirurgia paliativa ao 28º dia de internamento.

Desta forma, os autores apresentam uma imagem apelativa e rara em termos da dimensão da distensão gástrica decorrente de lesão estenosante a nível do antro gástrico em doente com carcinoma gástrico em estágio avançado.

O carcinoma gástrico pode apresentar-se de modo assintomático em fases iniciais ou com sintomatologia como anorexia, disfagia, epigastralgias, perda ponderal ou vômitos em estádios mais avançados.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Estômago/diagnóstico

1. Serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira da Foz, Portugal.

Recebido/Received: 12/12/2020 - Aceite/Accepted: 31/03/2020 - Publicado online/Published online: 19/04/2021 - Publicado/Published: 30/06/2021

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

ABSTRACT

The authors propose to present the clinical case of a 64-year-old male patient with weight loss, asthenia, anorexia and persistent epigastric pain with 6 months duration.

Upon hospital admission, the patient presented a microcytic anemia with Hb 6.7 g/dL, in need of transfusion support and in an imaging study, the presence of a stenosing lesion at the gastric level was verified, conditioning a marked distension.

He was admitted to the medical service for transfusion and nutritional support and for endoscopic study. He underwent palliative surgery on the 28th day of hospitalization.

So, the authors present an appealing and rare image in terms of the size of gastric distension resulting from a stenosing lesion at the level of the gastric antrum in a patient with advanced gastric carcinoma.

Gastric carcinoma may present asymptotically in the initial stages or with symptoms such as anorexia, dysphagia, epigastric pain, weight loss or vomiting in more advanced stages.

KEYWORDS: Stomach Neoplasms/diagnosis

INTRODUÇÃO

Doente, gênero masculino de 64 anos, raça caucasiana, recorreu ao Serviço de Urgência, referenciado pelo Médico Assistente por perda ponderal de cerca de 10%, astenia, anorexia, epigastralgias persistentes com 6 meses de evolução.

Nos antecedentes pessoais, destacava-se história de hipertensão arterial, úlcera péptica gástrica (diagnóstico há cerca de 2 anos e com biópsias sem evidência de neoplasia ou infecção por *Helicobacter pylori*), enfisema pulmonar, microlitíase renal, patologia osteoarticular da coluna vertebral, dislipidemia e grupo sanguíneo A. Tratava-se igualmente de um fumador com carga tabágica de 54 UMA.

Encontrava-se medicado com domperidona, fenofibrato, esomeprazol e alginato de sódio + bicarbonato de sódio + carbonato de cálcio.

No exame objetivo, à admissão hospitalar, apresentava-se consciente, orientado e colaborante, apirético, hemodinamicamente estável, com IMC 22,1 kg/m². Auscultação cardiopulmonar sem alterações. A nível abdominal, objetivou-se a presença de uma massa desde o hipocôndrio esquerdo e epigastro até à região umbilical, com bordos bem definidos, de consistência mole, dolorosa à palpação, bem como, hepatomegalia com bordo hepático nodular. Toque retal sem alterações.

Na avaliação analítica, objetivou-se anemia microcítica com Hb 6,7 g/dL (previamente com Hb 15 g/dL nos 6 meses anteriores) e elevação dos marcadores tumorais CEA e CA 19,9.

Realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica que mostrou a presença de lesão estenosante no antro gástrico, condicionando uma marcada disten-

são gástrica, bem como, evidência de metastização hepática.

O doente foi internado no Serviço de Medicina para estudo complementar endoscópico, suporte transfusional e nutricional.

Na endoscopia digestiva alta, visualizou-se lesão vegetante extensamente ulcerada a ocupar quase a totalidade do antro, friável e dura, com biópsia a confirmar o diagnóstico de carcinoma gástrico pouco diferenciado (AE1/AE3 positivo).

Durante o internamento, o doente realizou várias transfusões sanguíneas, perfusão com pantoprazol, colocação de sonda nasogástrica sob sedação por vômitos, necessitando mesmo de suporte nutricional por intolerância alimentar.

Ao 28^o dia de internamento, após discussão em reunião de decisão terapêutica, foi submetido a gastrectomia parcial paliativa com gastrojejunostomia Bilioth II. Falecido ao sétimo dia de pós-operatório no contexto de agudização de insuficiência respiratória por pneumonia nosocomial.

Os autores apresentam desta forma, uma imagem muito apelativa e rara, sobretudo pela dimensão da distensão gástrica decorrente de lesão estenosante a nível do antro gástrico, em doente com clínica compatível com neoplasia gástrica em estágio avançado.

Em fases iniciais, o carcinoma gástrico pode apresentar-se de modo assintomático, sendo que, sintomas como disfagia, epigastralgias, saciedade precoce, vômitos podem surgir em estádios mais avançados.^{1,2}

Os fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma gástrico podem ser divididos em ambientais, genéticos e condições precursoras.¹ Dentro dos fatores



FIGURA 1. Corte longitudinal de tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica demonstrando lesão estenosante circunferencial irregular no antro com densificação da gordura adjacente e múltiplas adenopatias locorregionais, bem como, múltiplas lesões focais dispersas a nível hepático sugestivas de metastização hepática.



FIGURA 2. Corte transversal de tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica, demonstrando lesão estenosante do antro gástrico e múltiplas lesões focais dispersas a nível hepático sugestivas de metastização hepática.

ambientais, encontra-se a infecção por *Helicobacter pylori*, dieta (consumo excessivo de sal e de carboidratos, déficit de consumo de frutas frescas, vegetais, vitamina A e C), obesidade, baixo estatuto socioeconómico e tabagismo.¹ Nos fatores de risco genéticos, destaca-se a história familiar, associação com as neoplasias colorretais do tipo não polipoides e grupo sanguíneo A.¹ Por fim, condições como gastrite crónica (em particular gastrite atrófica com ou sem metaplasia intestinal), anemia perniciosa, metaplasia intestinal, pólipos adenomatosos

gástricos (> 2 cm), displasia epitelial, doença de Ménétrier e úlcera péptica crónica constituem fatores predisponentes.¹

Analisando este caso, o doente apresentava os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma gástrico: úlcera péptica crónica, tabagismo, baixo nível socioeconómico e grupo sanguíneo A.

O tratamento deste tipo de tumor varia de acordo com a localização, estadiamento e estado geral do doente.³

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.
2. Longo I, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J, Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. Philadelphia: Mc Graw-Hill Education; 2015.
3. Smyth EC, Verheij M, Allum W, Cunningham D, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Committee. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27:v38-v49. doi: 10.1093/annonc/mdw350.