

Adenocarcinoma do cárdia associado a carcinoma hepatocelular

Adenocarcinoma of the cardia and coexisting hepatocellular carcinoma

Unitermos: adenocarcinoma do cárdia, carcinoma hepatocelular, ressecção simultânea.

Uniterms: adenocarcinoma of the cardia, hepatocellular carcinoma, simultaneous resection.

RESUMO

Adenocarcinoma do cárdia raramente coexiste com carcinoma hepatocelular na literatura e a ressecção é raramente possível devido a disfunção hepática. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma do cárdia e carcinoma hepatocelular coexistente, ressecado simultaneamente. Concluem que com a avaliação da função hepática e cuidados de terapia intensiva no período pós-operatório, a ressecção simultaneamente nestes paciente é perfeitamente possível.

INTRODUÇÃO

O carcinoma do cárdia gástrico é definido de forma simples como carcinoma originado da região estreitada da mucosa gástrica, conhecido como cárdia, contém glândulas mucosas similares àquelas do piloro e que se situa entre a junção esôfago-gástrica, de um lado, e a mucosa oxíntica gástrica, do outro⁽²⁶⁾. Tem sido reconhecido como de pior prognóstico que o câncer gástrico distal. Isto se deve à possibilidade de se apresentar em fase tardia, em estágio avançado, bem como à tendência a invasão ao esôfago e as metástases linfonodais. A metástase aos linfonodos pode ocorrer para o sistema de drenagem do fundo gástrico e esôfago distal, enquanto que o principal órgão comprometido por metástase é o fígado⁽⁶⁾. A presença simultânea do adenocarcinoma do cárdia e carcinoma hepatocelular é condição incomum e sua ressecção em um mesmo tempo operatório está dificultada pela frequente disfunção hepática nestes pacientes, o que motivou a apresentação deste caso.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, de 66 anos, queixava-se de dor epigástrica há dez meses, entretanto, já notava elevação no mesogástrico há dois anos. Etilista dos 12 aos 46 anos e tabagista desde os 12 anos. Não referia anorexia, perda de peso, história de infecção por vírus B da hepatite ou cirrose. Ao exame físico apresentava uma elevação no epigastro, à custa do aumento do volume do fígado. Os exames laboratoriais mostravam hematócrito 26,4%; hemoglobina 8,8 g/dl; AST 49 u/l; ALT 20 u/l; albumina 2,9 g/dl; fosfatase alcalina 221 u/l; bilirrubina total 0,5 mg/dl; α -feto proteína 2,01 μ g/L. Realizou endoscopia digestiva alta que indicava lesão úlcero-vegetante da transição cardioesofágica. A tomografia computadorizada do abdome revelou massa no lobo esquerdo do fígado compatível com metástase hepática. Por esta investigação e após preparo pré-operatório e reposição sanguínea, era possível ressecar simultaneamente a lesão do cárdia e a metástase.

Orlando Jorge Martins Torres

Professor de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Cirurgia. Coordenador do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA).

Wilson José de Sena Pedro

Kenya Mara Veras Santos

Clínica Cirúrgica – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Tereza Cristina Monteiro de Melo

Eliane Lopes Macedo

Medicina – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão.

Endereço para correspondência:

Prof. Orlando Torres, Rua Ipanema, 01 - bloco I/204
CEP 65076-060 - São Luís - MA.

A princípio foi realizada a gastrectomia total com ressecção de aproximadamente 10 cm de esôfago distal, retirada do grande omento, esplenectomia e pancreatectomia caudal em monobloco, associado a linfadenectomia. Em seguida foi realizada a palpação do fígado, após completa liberação do ligamento falciforme e triangulares para verificação de outras metástases. A lobectomia esquerda foi realizada após isolamento e ligadura do seu pedículo vascular. A reconstrução do trânsito digestivo foi realizada através de esofagojejunostomia em alça exclusiva tipo "Y".

de Roux". A duração da cirurgia foi de 3,40 horas. O curso pós-operatório ocorreu sem anormalidades e o paciente se alimentou no nono dia e recebeu alta hospitalar no 24º dia do período pós-operatório.

O estudo anatomopatológico da peça ressecada revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com margens de ressecção livres de neoplasias, 40% de linfonodos comprometidos e carcinoma hepatocelular bem diferenciado.

DISCUSSÃO

É bem conhecido que o câncer gástrico pode coexistir com o câncer do esôfago, da orofaringe ou de cavidade oral. A associação com carcinoma hepatocelular é incomum. No Japão, a maioria dos carcinomas hepatocelulares se desenvolvem na presença de infecção viral B e C da hepatite ou cirrose hepática com comprometimento da função hepática. Enquanto que a disseminação de tumores do aparelho digestivo acontecem para linfonodos regionais, o órgão mais acometido por metástase é o fígado. A presença do carcinoma hepatocelular em geral acontece com níveis elevados do marcador α -fetoproteína. No presente estudo, este marcador estava com níveis abaixo do normal. Bismuth e col. observaram níveis normais de α -fetoproteína em 63% de pacientes não cirróticos submetidos a ressecção hepática⁽¹⁾. Pacientes com neoplasias sincrô-

nicas tendem a apresentar prognóstico mais reservado. No carcinoma da transição esôfago-gástrica cuja origem primária é o estômago, a cirurgia consiste em gastrectomia associada à retirada do esôfago abdominal de ± 10 cm. A linfadenectomia deve ser dirigida para os linfonodos gástricos⁽⁶⁾. Na presença de metástase hepática, em geral, a ressecção do fígado não melhora o prognóstico destes pacientes e a ressecção está indicada quando o paciente não apresenta disfunção hepática e quando há comprometimento apenas de um lobo hepático⁽¹⁾.

Um dos principais fatores que contribui para o aumento do número de ressecções hepáticas e melhora dos resultados após a cirurgia em pacientes com carcinoma hepatocelular é a detecção precoce com seguimento cuidadoso de pacientes de risco⁽¹⁾.

As ressecções hepáticas são dificultadas devido ao comprometimento da função hepática, desnutrição ou doença avançada. No presente caso, o paciente apresentava função hepática preservada e as condições técnicas no ato operatório eram favoráveis, permitindo, consequentemente, a ressecção. Nagahama e col. observaram dois pacientes com carcinoma de esôfago, coexistentes com carcinoma hepatocelular, tratados simultaneamente com sucesso⁽³⁾. Isto também tem sido observado por outros autores^(2,4,5). Neste estudo observamos que apesar da metástase hepática ser a condição mais frequente, o carcinoma he-

patocelular pode coexistir com o adenocarcinoma do cárdia. Desde que a função hepática esteja preservada, a ressecção simultânea pode ser perfeitamente realizada, uma vez que há estreita relação entre o curso pós-operatório e a função hepática.

SUMMARY

Carcinoma of the cardia rarely coexists with hepatocellular carcinoma in the literature. The resection is rarely possible owing to liver dysfunction. The authors present a case of adenocarcinoma of the cardia and coexisting hepatocellular carcinoma resected simultaneously. The authors concluded that with close evaluation of liver function and intensive postoperative care, simultaneous resection in this case is possible.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bismuth, H.; Chiche, L.; Castaing D. - Surgical treatment of hepatocellular carcinomas in non-cirrhotic liver. *World J. Surg.* 19: 35-41,1995.
2. Jager, R.M.; Max, M.H. - Association of squamous carcinoma of the esophagus with a synchronous primary hepatocellular carcinoma. *J. Clin. Gastroenterol* 3: 73-77,1981.
3. Nagahama, T.; Goseki, N.; Kato, S.; et al - Esophageal carcinoma and coexisting hepatocellular carcinoma resected simultaneously. *Arch. Surg.* 131: 208-210,1996.
4. Olm, M.; Gonzalez, F.J.; Fuster, J.; et al - Primary liver and esophageal neoplasms in an alcoholic patient. *Am. J. Gastroenterol* 85: 108-109,1990.
5. Shimizu, R.; Murakami, T.; Wadamori, K.; et al - The surgical management of synchronous hepatocellular carcinoma and thoracic esophageal carcinoma. *Surg Today* 23: 63-67, 1993.
6. Wang, L.S.; WV. CW.; Hsieh M.J.; et al - Lymph node metastasis in patients with adenocarcinoma of the cardia. *Cancer* 71: 1948-1951, 1993.