

Caso Clínico

Paulo Cesar Frutuoso¹

Identificação: ASB – Brasileiro. Natural do Estado do Rio de Janeiro. Masculino. 39 anos de idade. Branco. Casado. Engenheiro Civil.

Católico.

Queixa e Duração: Azia - Dor Abdominal há três meses.

HDA: Paciente informa que há três meses vem apresentando queixas dispéptica representadas por dor tipo *queimação não intermitente localizada no epigástrico que se exacerba no período pós-prandial. Associada à dor e dispepsia refere perda ponderal de aproximadamente 20 Kg. Inicialmente obteve discreta melhora das dores com o uso de bloqueador de H2 utilizados por iniciativa própria, porém, como ocorreu recrudescimento da mesma sintomatologia procurou gastroenterologista que solicitou uma endoscopia digestiva alta, encaminhando-o para avaliação cirúrgica após o resultado da endoscopia.*

ANTECEDENTES:

Pessoais: Viroses próprias da infância. Sem referências a outras doenças ou intervenções cirúrgicas.

Familiares: Pai e mãe vivos bem de saúde. Uma irmã mais nova sem referência a doenças. Dois parentes falecidos com causa mortis câncer do estômago: Primo falecido aos 35 anos e tio falecido aos 40 anos.

Exame Físico: Paciente em excelente estado geral, bem orientado no tempo e no espaço, adotando posição ativa ao leito e respondendo com precisão às solicitações. Abdome flácido, doloroso à *palpação profunda do epigástrico e mesogástrico. Ausência de massas tumorais ou linfadenomegalias periféricas palpáveis. Toque retal sem anormalidades.*

LAUDO DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA:

1- Esôfago - Erosões lineares com fundo fibrinoso medindo entre 5 a 14 mm no maior eixo distribuídas no terço distal. União esôfago-gástrica (UEG) a 38 mm dos incisivos. Ausência de sinais de refluxo gastroesofágico.

2- Estômago - Lesão ulcerada extensa de limites imprecisos, com bordos nodulares grosseiros, fundo necrótico, medindo 4,0 cm no maior diâmetro, situada na parede anterior do antro distal.

Colhidas biópsias.

Conclusão: Esofagite erosiva. Úlcera gástrica de provável natureza neoplásica com estenose pilórica.

Diagnóstico Histopatológico: Adenocarcinoma do tipo difuso de Lauren. Tumor do tipo pouco diferenciado. *Presença de células em anel de sinete.*

AVALIAÇÃO DE EXTENSÃO DE DOENÇA:

Teleradiografia de campos pleuropulmonares – Normal.

TC abdominal – Normal.

¹ Médico formado pela UFRJ em 1975. Professor adjunto de Clínica Cirúrgica da Escola de Medicina Souza Marques. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Especialista em Cirurgia Geral e Videolapraoscópica, em Cirurgia oncológica, em Mastologia. Mestre em Cirurgia Gastroenterológica pela UFF.

PET-Scan – Normal.

Diagnóstico: Blastoma maligno do estômago do tipo *Adenocarcinoma Gástrico Difuso Hereditário*.

Proposta Cirúrgica: Gastrectomia total com linfadenectomia radical até nível DII. Reconstrução de trânsito alimentar com anastomose esôfago-jejunal em “Y” de Roux.

Pós-operatório: O pós-operatório transcorreu dentro da normalidade com o paciente recebendo alimentação precoce hiperproteica por uma sonda nasoenteral do tipo Dob-Hof. No décimo dia de pós-operatório, o paciente foi submetido a uma avaliação da integridade da anastomose esôfago-jejunal através de exame radiológico contrastado. Obteve alta hospitalar no décimo DPO.