

RECIDIVA GÁSTRICA COM INVASÃO ESPLÊNICA E DIAFRAGMÁTICA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON 10 ANOS APÓS RESSECÇÃO DA LESÃO PRIMÁRIA

Autores: Victor Antônio Brocco, Fábio Herrmann, Diego Marcelo Montesdeoca Rodriguez, Eduardo José Bravo Lopez, Mayara Christ Machry, João Paulo Carlotto Bassotto, Natalino Rinaldi, Pedro Miguel Goulart Longo
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

A ocorrência de recidiva nos casos de câncer colorretal (CCR) não é rara. Alguns órgãos são conhecidos por apresentarem lesões secundárias do CCR, como fígado, pulmão, ossos e cérebro. Por outro lado, o aparecimento de tumores secundários ao CCR no estômago é extremamente incomum. Este trabalho traz relato de recidiva de adenocarcinoma de cólon em estômago, com invasão esplênica, 10 anos após a ressecção do tumor primário.

RELATO DE CASO

Feminina, 54 anos, história de colectomia segmentar esquerda com metastasectomia hepática por adenocarcinoma há 9 anos. Vem à consulta ambulatorial com quadro de plenitude pós-prandial e distensão abdominal, sem qualquer outro sintoma ou alteração no exame físico. Procedida à investigação complementar. Endoscopia digestiva alta demonstrou lesão, confirmada pelo anatomopatológico, compatível com adenocarcinoma infiltrativo e ulcerado. Tomografia de abdome evidenciou lesão infiltrativa com impregnação heterogênea pelo contraste no terço superior do baço, em contiguidade com o fundo gástrico, medindo cerca de 6,0 x 4,6 cm. (Figuras 1,2 e 3). Submetida a laparotomia eletiva, constatando-se que a lesão infiltrava diafragma, optando-se por gastrectomia total associada à esplenectomia e ressecção de lesão diafragmática. O resultado do AP evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de padrão intestinal, com áreas de necrose, sugestivo de implante secundário de CCR. Paciente segue estável em acompanhamento ambulatorial há 9 meses.



Figura 1: TC de abdome evidenciando lesão em corte sagital

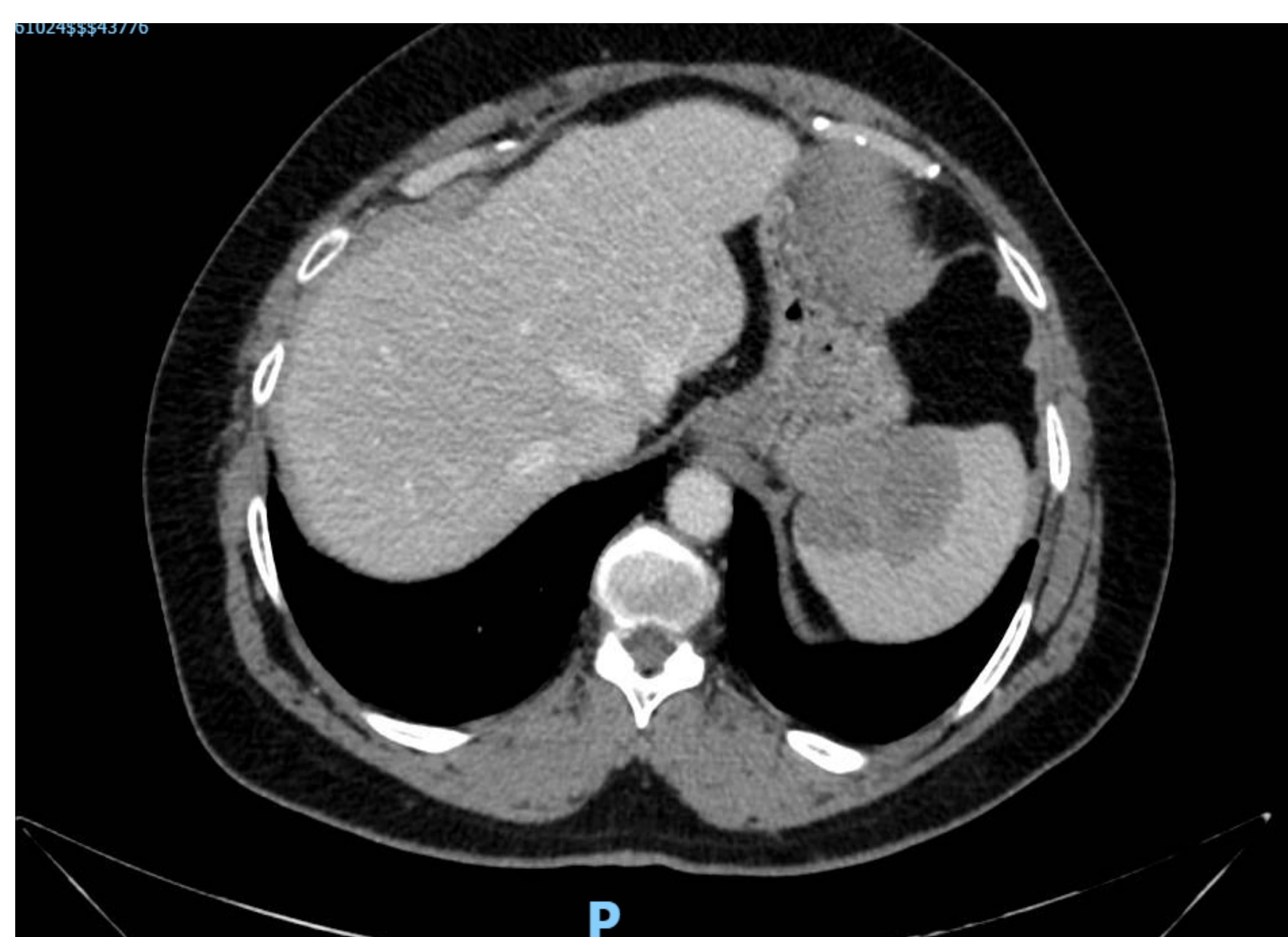


Figura 2: TC de abdome evidenciando lesão em corte axial

DISCUSSÃO

O CCR ocupa 2º lugar em mortalidade no Brasil¹. No estudo de Eisenberg et al., mostra que o sítio mais comum de aparecimento metástases é o fígado, seguido de pulmão, ossos e cérebro². Sítios mais raros incluem pele e lesões únicas em baço^{3,4}. Metástases no estômago são pouco frequentes, com incidência variando entre 0,2 e 0,7%. Além da localização, CCR como lesão primária de recidiva gástrica é ainda mais raro⁵. Tan, H.J et al., em 2016, relataram caso parecido a este e constataram apenas cinco casos de CCR com metástase gástrica⁶. No estudo de Campoli et al. sobre metástases no estômago, apenas um paciente tinha como sítio primário cólon⁷. Outra particularidade incomum é o tempo de surgimento da lesão em relação à ressecção primária. De Palma et al. descrevem em sua série de casos 3 lesões metastáticas no estômago cuja origem era o cólon, onde a média de intervalo entre o aparecimento das lesões era 25 meses⁸. Portanto, recidiva de CCR após 10 anos de tratamento da lesão primária traz à tona o tópico cura quando considerado que a maioria das neoplasias ditas curadas são após um intervalo livre de doença de cinco anos⁶. Portanto, percebe-se a escassez de relatos de recidiva gástrica de CCR, sobretudo com invasão esplênica e diafragmática, colocando em discussão intervalo livre de doença considerado como cura e evidenciando ressecções primárias ou recidivas de metástases de CCR, independente dos sítios de implantes, como excelente resposta ao tratamento cirúrgico.



Figura 3: TC de abdome evidenciando lesão em corte coronal

REFERÊNCIAS

1. Rossoni, M. D. et al. Risk factors for recurrence of stage I/II (TNM) colorectal adenocarcinoma in patients undergoing surgery with curative intent. *J. Coloproctol.* (Rio J.). 2013. 33(1): 28-32. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632013000100028&lng=en&nrm=isso.
2. Eisenberg B. et al. Carcinoma of the colon and rectum: the natural history reviewed in 1704 patients. *Cancer* 49:1131–1134. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819820315%2949%3A6%3C1131%3A%3AAID-CNCR2820490611%3E3.0.CO%3B2-T>
3. Altaf K. et. Splenic metastasis in colorectal cancer. *Tech Coloproctol.* 2016;20(11): 795-796. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27677747/>
4. Amarjothi J.M.V. et al. Interesting Case of Skin Metastasis in Colorectal Cancer and Review of Literature. *Case Rep Surg.* 2018;7102845. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30693133/>
5. Weigt J et al. Metastatic Disease in the Stomach. *Gastrointest Tumors.* 2015 Sep; 2(2): 61–64. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668793/>
6. Tan, H.J et al. Isolated colorectal metastasis to the stomach 10 years after primary resection. *Int J Colorectal Dis* 31, 1095–1096 (2016). Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00384-015-2426-0>
7. Campoli P.M.O et al (2006) Metastatic cancer to the stomach. *Gastric Cancer* 9:19–25. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16557432/>
8. De Palma G.D et al (2006) Metastatic tumors to the stomach: clinical and endoscopic features. *World J Gastroenterol* 12:7326–7328. Acesso em: 15. Jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17143949/>