

CÂNCER GÁSTRICO COM METÁSTASE PARA VIAS BILIARES

*Escada, D.A.B.; Conceição, D.A.; Yamashiro, E.M.;
Bittencourt, F.P.; Jacob, L.F.P.; Rocha, M.A.; Jesus, E.C.; Salvi, R.N.R.; Serejo, T.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

O câncer gástrico (CG) é a doença em que células malignas são encontradas nos tecidos do estômago. O diagnóstico se faz primeiramente com a história clínica, exame físico e endoscopia digestiva alta. Para estadiamento utiliza-se a radiografia do tórax, tomografia computadorizada ou ultrassonografia de abdome e pélvis. O tratamento principal do câncer gástrico é cirúrgico. Uma gastrectomia de parte ou de todo estômago que vai depender do estadiamento do câncer. Relatamos um caso de câncer gástrico onde o diagnóstico foi tardio e o paciente já apresenta metástases à distância. J.N.L.L., masculino, negro, 58 anos, etilista há 30 anos, foi admitido no HMR, no dia 04/03/09 com as seguintes queixas: “mal-estar, fraqueza, sonolência, falta de apetite, fezes claras e urina cor de coca-cola” (SIC). Apresentava icterícia e diurese aumentada. Abdome flácido com peristalse presente. Em 10/03/09 foi realizado colangiressonância: tecido de aspecto infiltrativo com sinal intermediário em T1 e T2, exibindo intenso realce pelo meio de contraste, comprometendo a confluência dos ductos hepáticos principais e com extensão ao hepático comum, com importante dilatação do aspecto multisacular da árvore biliar intra-empática, segmento distal do hepatocolédoco visualizado com aspecto normal, vesícula biliar com paredes levemente espessadas, e intestino delgado com possibilidade de lesão expansiva/infiltrativa primária da árvore biliar (D. Klatskin). No dia 17/03/09, foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), no qual, foi encontrada no fundo gástrica lesão ulcerada, infiltrante, friável à insuflação de ar, com sangramento intenso sugerindo neoplasia. Biópsia gástrica: adenocarcinoma. Isso tornou possível evidenciar os resultados da colangiressonância como sendo resultantes de metástase. Foi indicado cirurgia. Na cavidade foram encontradas duas lesões tumorais: uma em região do antro, corpo e fundo gástrico e outra na região infundibular, vesícula biliar, ducto cístico ducto hepático comum, sem plano de clivagem, além de carcinomatose peritoneal. O paciente foi submetido a cirurgia de derivação biliodigestiva com anastomose jejuno-hepática esquerda em Y de Roux. O paciente foi admitido no CTI devido a queda do estado geral e aumento importante do débito em SNG. Abdome tenso, peristalse presente, dreno funcionante. Solicitado acesso venoso profundo, hemocultura e urinocultura, PVC. Então em 08/04/09 foi submetido a relaparotomia onde foi encontrada uma obstrução intestinal por brida no jejunum, corrigida por lise de aderência intestinal seguida de sutura de pequenos pontos de lesões da serosa em alça intestinal com prolene 3.0. Recebeu alta sem intercorrências. O médico deve estar preparado para perceber situações pouco usuais quando elas se apresentam, e agir de acordo com a evidência científica descrita na literatura. Sempre que agimos com direcionamento científico a nos guiar, os resultados prognósticos elevam-se em qualidade. A metástase para vias biliares parece-nos um ponto de interesse importante no caso. A literatura tem demonstrado que esta é uma situação incomum, de modo que relatos de caso sobre o tema são importantes.

Palavras-chave: *neoplasia gástrica, vias biliares, ductos biliares, metástase.*

Contato: *eliane.cir@uol.com.br*