

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i4p442-445>

Cancer gástrico pós gastroplastia em Y-de-Roux: relato de caso

Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass: case report

Victor de Melo Diniz¹, Diego Laurentino Lima¹, Raquel Nogueira Cordeiro², Marconi Roberto Lemos de Meira³, Geraldo José Paraíso Wanderley⁴, Camila Correia Pimentel Campelo⁵

Diniz VM, Lima DL, Cordeiro RN, Meira MRL, Wanderley GJP, Campelo CCP. Câncer gástrico pós gastroplastia em Y-de Roux: relato de caso / *Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass: case report*. Rev Med (São Paulo). 2018 jul.-ago.;97(4):442-5.

RESUMO: *Introdução:* A incidência de adenocarcinoma gástrico em pacientes submetidos ao bypass gástrico em Y de Roux (BPGYR) é rara. Nos últimos 10 anos, pouco mais de 30 casos foram descritos, tendo sido a maioria no estômago excluído. A etiopatogenia ainda é desconhecida. Todavia, acredita-se que o refluxo crônico, a infecção por *H.pylori* e a estase gástrica de alimentos não digeridos estariam associados à gênese do câncer. A sintomatologia geralmente inclui sintomas inespecíficos, sendo a mais comum a dor abdominal. O método diagnóstico mais sensível é a endoscopia digestiva alta. Todavia, a dificuldade em acessar o estômago remanescente em pacientes submetidos ao bypass termina por atrasar o diagnóstico nesses pacientes. *Relato do caso:* Paciente de 68 anos, sexo feminino, que havia sido submetida a BPGYR por obesidade mórbida há 14 anos, apresentava dor epigástrica e melena. O diagnóstico de tumoração em câmara gástrica foi realizado por tomografia computadorizada de abdome e por endoscopia digestiva. Diante do quadro de sangramento persistente e anemia aguda, foi optado por laparotomia com gastrectomia total e anastomose esôfago-jejunal, sendo evidenciado adenocarcinoma bem diferenciado em pouch gástrico. No seguimento oncológico, a paciente realizou quimioterapia. A sintomatologia do adenocarcinoma gástrico é inespecífica em grande parte dos pacientes e se confunde com os sintomas pós-operatórios da cirurgia. Seu diagnóstico também é postergado pela dificuldade de centros que realizem endoscopia com análise do estômago excluído. Recomenda-se que em casos de sintomas gerais nesses pacientes, seja feita a avaliação com endoscopia ou tomografia em um centro especializado.

Descritores: Neoplasias gástricas; Gastroplastia; Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT: *Introduction:* The incidence of gastric adenocarcinoma in patients undergoing Roux-en-Y gastric bypass (BPGYR) is rare. Over the past 10 years, just over 30 cases have been reported, most of which were in the excluded stomach. The pathogenesis is still unknown. However, it is believed that chronic reflux, *H. pylori* infection and gastric stasis of undigested food would be associated with the genesis of cancer. Symptomatology usually includes nonspecific symptoms, the most common being abdominal pain. The most accurate diagnostic method is upper GI. However, the difficulty in accessing the remaining stomach in patients submitted to bypass, ends up delaying the diagnosis in these patients. *Case Report:* A 68-year-old woman who had been submitted to BPGYR for morbid obesity 15 years ago presented with epigastric pain and melena, and a mass was identified by computed tomography of the abdomen and Upper GI. In view of persistent bleeding and acute anemia, laparotomy with total gastrectomy and esophageal-jejunal anastomosis was performed. Histology showed a well differentiated adenocarcinoma. Surgery had no major bleeding and no further complications. Patient was discharged and had adjuvant chemotherapy. Gastric adenocarcinoma's symptomatology is unspecific in most of the patients. Its diagnosis is also postponed because it is very difficult to analyze of the excluded stomach. When these patients present general and unspecific symptoms, it is recommended to perform a CT scan or an Upper GI in a center of excellence.

Key-words: Stomach neoplasms; Gastroplasty; Bariatric surgery.

1. Residente Cirurgia Geral no Hospital dos servidores do Estado de Pernambuco (HSE), Recife, PE, BR. Diniz VM - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8717-6951>; Lima D.L - ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1257-117X>.

2. Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0238-8374>.

3. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Recife, PE, BR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4331-9129>.

4. Chefe da Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Recife, PE, BR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6185-6756>.

5. Acadêmica de Medicina da Uninassau, Recife, PE, BR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2746-2478>.

Autor Correspondente: Diego Laurentino Lima. Rua Desembargador João Paes, 421. Apt. 1101. Boa Viagem, Recife, PE, Brasil. CEP: 51021-360. Email: dilaurentino@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a gastrectomia vertical é a cirurgia de obesidade mais realizada no mundo, sendo o BPGYR o segundo lugar¹. No Brasil, até o ano de 2017, o BPGYR era a cirurgia bariátrica mais realizada². A cirurgia consiste na confecção de uma bolsa gástrica proximal (pouch) de pouco mais de 20ml, associado com uma gastrojejunostomia com reconstrução em Y de Roux³, sendo um procedimento considerado do tipo restritivo e disabsortivo.

O adenocarcinoma gástrico é o 5º câncer mais comum no mundo, sendo o 3º com maior mortalidade^{4,5}. Quando associado com o RYGBP tem sido considerado uma condição rara, estando publicado pouco mais de 30 casos na literatura nos últimos 10 anos⁶.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 69 anos, divorciada, aposentada, com antecedente de cirurgia bariátrica em Y-de-Roux há 14 anos por obesidade grau III, tendo a mesma realizado profilaxia para *H. pylori* previamente ao procedimento. Não tinha histórico de etilismo ou tabagismo, assim como negava história familiar de neoplasia. Na admissão, relatava perda ponderal de 10 quilos nos últimos 3 meses, associada a episódios eméticos pós-prandiais, constipação e dispneia aos pequenos esforços. Negava sangramentos. Paciente realizou endoscopia digestiva alta (Figura 1) a qual evidenciava lesão elevada e ulcerada em mucosa gástrica no contorno da anastomose gastrojejunal, com discreta redução do calibre e com retenção parcial de alimentos sólidos.



Figura 1. Endoscopia Digestiva alta evidenciando tumoração ulcerada

Tomografia computadorizada de abdômen mostrava processo expansivo sólido, relacionando-se com parede lateral remanescente gástrica, chegando a medir 5.3 x 4.8 x 4.8 cm em seus maiores diâmetros transversos, ântero-

posterior e longitudinal e não apresentava linfonomegalias retroperitoneais, assim como ausência de líquido livre na cavidade abdominal. Tomografia de Tórax não apresentou anormalidades. O estudo histopatológico diagnosticou um adenocarcinoma gástrico bem diferenciado ulcerado.

A paciente foi internada no serviço para estadiamento, quando evoluiu com episódios de melena e queda do nível de hemoglobina. Foi realizada, então, uma gastrectomia total (Figuras 2 e 3), omentectomia e linfadenectomia D1 (Dificultada por aderências de cirurgia prévia).

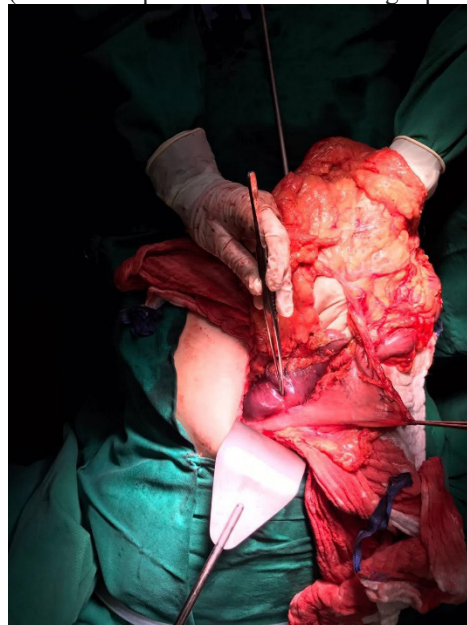


Figura 2. Detalhe do intraoperatório mostrando a bolsa gástrica e o estômago excluído



Figura 3. Detalhe da peça cirúrgica após abertura da bolsa gástrica evidenciando a lesão

Recebeu alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório, em boas condições clínicas, com boa aceitação de dieta por via oral e sem dor. A análise histopatológica da peça cirúrgica mostrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, localizado em bolsa gástrica, medindo 6.5 x 5.5 cm, comprometendo a parede gástrica até subserosa. Não foi detectada invasão angiolinfática ou perineural. As margens de ressecção cirúrgica, a parede intestinal, os linfonodos de pequena e grande curvatura e a anastomose do esôfago e do intestino estavam livres de neoplasia.

No seguimento, foi realizado tratamento quimioterápico adjuvante, tendo sido submetida à 10 sessões de quimioterapia. Segue em acompanhamento ambulatorial com a oncologia e a cirurgia digestiva, permanecendo com boa aceitação de dieta por via oral e sem sinais de recidiva tumoral

DISCUSSÃO

A incidência de câncer gástrico após a cirurgia bariátrica é rara, tendo sido descritos pouco mais de 30 casos de adenocarcinoma nos últimos 10 anos^{7,8}. Vários fatores poderiam promover o câncer, como úlceras gástricas, contato prolongado com carcinógenos alimentares e a infecção por *H. Pylori*. Todos esses fatores podem desenvolver inflamação crônica levando a transformação maligna⁹. Os casos relatados de câncer gástrico após a cirurgia bariátrica ocorreram em média de 01 e 10 anos de pós-operatório¹⁰. Uma meta-análise recente mostrou 18

casos de câncer gástrico após diferentes procedimentos bariátricos, doze pacientes eram do sexo feminino (67%) e 06 eram masculinos (33%); a idade média no diagnóstico foi de 54,8 anos, com uma média de diagnóstico em 8,6 anos e o adenocarcinoma representando 83% dos casos, tendo localização no estômago excluído em 83% e na bolsa gástrica em 17%^{10,11,12}

Em sua maioria, o atraso no diagnóstico de câncer gástrico após procedimentos bariátricos, foi relatado porque os sintomas podem ser atribuídos pelo paciente ou pelo cirurgião, aos efeitos do próprio procedimento. Os sintomas mais frequentemente relatados foram dor abdominal, disfagia, náuseas, vômitos e perda de peso. Outra dificuldade no diagnóstico precoce do câncer gástrico diz respeito às lesões que surgem na porção excluída do estômago, que se tornam difíceis de ser exploradas por endoscopia convencional¹⁴. O diagnóstico de tumor gástrico, no caso relatado, foi realizado 13 anos após gastroplastia em Y-de-Roux, o que não faz pensar em patologia previamente existente, pois alguns autores admitem a hipótese de doença prévia quando o diagnóstico é feito em até 05 anos após o procedimento¹⁵. Corroborando com a literatura revisada, a paciente do caso descrito foi diagnosticada precocemente com o tipo mais comum de tumor gástrico no contexto pós gastroplastia, o adenocarcinoma, apresentando sintomas inespecíficos. No entanto, em relação à localização tumoral, diverge da maioria dos casos relatados, pois o tumor encontrava-se na bolsa gástrica

Os autores declaram não ter conflitos de interesses.

Informamos para devido fins que o artigo foi confeccionado em conjunto pelo grupo de autores com o grau de participação seguinte: Coleta de dados (Victor Melo Diniz – residente cirurgia geral, Camila Correia, Raquel Cordeiro– Acadêmicas de Medicina). Orientação organizacional e sobre a essência, argumentação e relevância do trabalho: (Diego Laurentino Lima, Geraldo Wanderley e Marconi Meira). Análise, pesquisa dos artigos, leitura e exclusão de pesquisas não pertinentes ao envolvimento do tema escolhido: (Dr. Geraldo Wanderley, Dr. Marconi Meira). Leitura e escrita do conteúdo: (Victor Melo Diniz, Camila Correia, Diego L Lima e Raquel Cordeiro). Revisão do texto quanto a integridade e veracidade quanto as fontes utilizadas: (Dr. Geraldo Wanderley e Dr. Marconi Meira). Dessa forma, o grupo de autores certifica participação conjunta na confecção do artigo, esperando contribuir no tema em questão.

REFERÊNCIAS

1. Felsenreich DM, langer FB, Prager G. Weight Loss and resolution of comorbidities after sleeve gastrectomy: a review of long-term results. *Scand J Surg.* 2018;1457496918798192. doi: 10.1177/1457496918798192.
2. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Número de cirurgias bariátricas no Brasil cresce 7,5% em 2017 [citado 16 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>.
3. Inoue H, Rubino F, Shimada Y, Lindner V, Inoue M, Riegel P, et al. Risk of gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass. *Arch Surg.* 2007;142(10):947-53. doi:10.1001/archsurg.142.10.947.
4. Charalampakis N, Economopoulou P, Kotsantis I, Tolia M, Schizas D, Liakakos T, et al. Medical management of gastric cancer: a 2017 update. *Cancer Med.* 2017;7(1):123-33. doi:10.1002/cam4.1274
5. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretrizes diagnósticas e terapêuticas, adenocarcinoma de estômago. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; ago. 2017 [citado 16 jan. 2018]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Diretriz_Diagnostica_e_Terapeutica_do_Adenocarcinoma_de_Estomago_CP_42_2017_1.pdf.
6. Magge D, Holtzman MP. Gastric Adenocarcinoma in patients with Roux-en-Y Gastric bypass: a case series. *Surgery for Obesity and related diseases.* 2015;11:35-38. doi: 10.1016/j.soard.2015.05.005.

7. Korswagen, LA, Schrama, JG, Bruins Slot, W, Hunfeld, MAJM. Adenocarcinoma of the lower esophagus after placement of a gastric band. *Obes Surg.* 2009;19(3):389-92. doi: 10.1007/s11695-008-9718-1.
8. Kuruba R, Jawad M, Karl, RC, Murr, MM. Technique of resection of esophageal adenocarcinoma after Roux-en-Y gastric bypass and literature review of esophagogastric tumors after bariatric procedures. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5(5):576-81. doi: 10.1016/j.soard.2009.02.009.
9. Sun C, Jackson CS, Reeves M, et al. Metastatic adenocarcinoma of the gastric pouch 5 years after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2008;18:345. <https://doi.org/10.1007/s11695-007-9394-6>.
10. Orlando G, Pilone V, Vitiello A, Gervasi R, Lerosé M.A, Silecchia G, et al. Gastric cancer following bariatric surgery: a review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014;24:400-516 doi: 10.1097/SLE.0000000000000050.
11. Khitin L, Roses RE, Birkett DH. Cancer in the gastric remnant after gastric bypass: a case report. *Curr Surg.* 2004;60:521-3. doi: 10.1016/S0149-7944(03)00052-7.
12. Escalona A, Guzmán S, Ibáñez L, Meneses L, Huete A, Solar A. Gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2005;15:423-7. doi: 10.1381/0960892053576668
13. Scozzari G, Trapani R, Toppino M, Morino M. Esophagogastric cancer after bariatric surgery: systematic review of the literature. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:133-42. doi: 10.1016/j.soard.2012.10.002.
14. Watkins BJ, Blackmun S, Kuehner ME. Gastric adenocarcinoma after Roux-en-Y gastric bypass: access and evaluation of excluded stomach. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3(6):644-7. doi: 10.1016/j.soard.2007.06.008
15. Godoy AQ, Godoy ARS, Godoy GRS. Câncer gástrico após gastroplastia para obesidade mórbida. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(4):279-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000400015>.

Submetido em: 18.09.18

Aceito em: 02.10.18