

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**



Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant'Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
 Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
 Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
 Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
 Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
 Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
 Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
 Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
 Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
 Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
 Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
 Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
 Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
 Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
 Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
 Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
 Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
 Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof. Me. Gustavo Krah – Universidade do Oeste de Santa Catarina
 Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
 Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
 Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
 Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
 Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
 Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
 Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Medicina: elevados padrões de desempenho técnico e ético

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: elevados padrões de desempenho técnico e ético
/ Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-570-9

DOI 10.22533/at.ed.709201811

1. Medicina. 2. Saúde. 3. Pesquisa. I. Silva Neto,
Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

Nossa intenção com os seis volumes iniciais desta obra é oferecer ao nosso leitor uma produção científica de qualidade fundamentada na premissa que compõe o título da obra, ou seja, qualidade e clareza nas metodologias aplicadas ao campo médico e valores éticos direcionando cada estudo. Portanto a obra se baseia na importância de se aprofundar no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico, mas ao mesmo tempo destacando os valores bioéticos.

De forma integrada e colaborativa a nossa proposta, certificada e muito bem produzida pela Atena Editora, trás ao leitor a obra “Medicina: Elevados Padrões de Desempenho Técnico e Ético” contendo trabalhos e pesquisas desenvolvidas no território nacional abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas com um direcionamento sugestivo para a importância do alto padrão de análises do campo da saúde, assim como para a valorização da ética médica profissional.

Novos valores têm sido a cada dia agregados na formação do profissional da saúde, todos eles fundamentais para a pesquisa, investigação e desenvolvimento. Portanto, é relevante que acadêmicos e profissionais da saúde atualizem seus conhecimentos sobre técnicas e estratégias metodológicas.

A importância de padrões elevados no conceito técnico de produção de conhecimento e de investigação no campo médico, serviu de fio condutor para a seleção e categorização dos trabalhos aqui apresentados. Esta obra, de forma específica, compreende a apresentação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas áreas da medicina, com ênfase em conceitos tais como obstrução intestinal, videocirurgia, neoplasia pancreática, adenocarcinoma de vesícula biliar, Tumores do Estroma Gastrointestinal, cisto hidático esplênico, colangiocarcinoma, câncer de pele, metástase, Medicina Paliativa; lesão expansiva, epidemiologia, omeprazol, prognóstico, tumor neuroendócrino; metástase hepática, tumor de Frantz, hérnia de hiato, vôlvo de estômago, dentre outros diversos temas relevantes.

Finalmente destacamos que a disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, fundamenta a importância de uma comunicação sólida e relevante na área médica, deste modo a obra “Medicina: Elevados Padrões de Desempenho Técnico e Ético - volume 1” propiciará ao leitor uma teoria bem fundamentada desenvolvida em diversas partes do território nacional de maneira concisa e didática.

Desejamos à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ACHADO INCIDENTAL DE TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

Carolina Chamone Zárate
Renato Ribeiro de Araújo Pereira
Ricardo Naegele Staffa

DOI 10.22533/at.ed.7092018111

CAPÍTULO 2..... 5

ADENOCARCINOMA DE DELGADO - É POSSÍVEL O TRATAMENTO POR VIDEOCIRURGIA?

Guilherme Bruno Fontes Vieira
Ana Cláudia Matera Juliani
Gustavo Santos de Araújo
Gleydson Cesar de Oliveira Borges

DOI 10.22533/at.ed.7092018112

CAPÍTULO 3..... 12

ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR SIMULANDO COLECISTITE AGUDA ASSOCIADA A ABSCESSO HEPÁTICO

Karoline Dantas de Moraes
Clara Caroline Ribeiro Figueiredo
Renata Brito Aguiar de Araujo
Nícolas Rosal Lemos
Auriane de Sousa Alencar
Andressa Marques Campelo de Carvalho
Glauro Rocha e Silva
José Lucas Talles Ferreira Luz
Rafael Janio Alves da Costa
Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo
Hormone Oliveira Rodrigues
Thiago Melo Diniz
Raimundo José Cunha Araújo Júnior

DOI 10.22533/at.ed.7092018113

CAPÍTULO 4..... 16

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

Elias Jirjoss Ilias
Bernardo Mazzini Ketzer
Brunella Silva Cerqueira
Rafael Lourencini
Eric Shigueo Boninsenha Kunizaki
Luiza Vieites
Paula Moraes Pereira Mendes
Gabriela Miranda Mariotti de Moura

DOI 10.22533/at.ed.7092018114

CAPÍTULO 5..... 22

ANEMIA CRÔNICA COMO PRIMEIRO SINAL DE UM TUMOR DE ESTROMA DUODENAL: A RESPEITO DE UM CASO

Flávio José Teixeira Rocha Ataíde da Motta

Zailton Bezerra de Lima Júnior

Fernando Salvo Torres de Mello

Matheus Souto Perazzo Valadares

DOI 10.22533/at.ed.7092018115

CAPÍTULO 6..... 29

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

Camila Beltrão Santana de Araújo

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

André Luis Conde Watanabe

DOI 10.22533/at.ed.7092018116

CAPÍTULO 7..... 33

CISTO HIDÁTICO ESPLÊNICO: RELATO DE UM CASO

Bruna Raísa Lopes de Mello

Unias Ramalho de Arruda Junior

Alyff Pawlowsky de Santa Ana

Ana Maria de Oliveira Miranda

DOI 10.22533/at.ed.7092018117

CAPÍTULO 8..... 37

CISTO HIDÁTICO RECIDIVANTE

Camila Beltrão Santana de Araújo

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

Sergio Renato Pais Costa

DOI 10.22533/at.ed.7092018118

CAPÍTULO 9..... 40

COLANGIOCARCINOMA EM PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE DOWN

Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo

Renata Brito Aguiar de Araújo

Erisson de Andrade Brito

Auriane de Sousa Alencar

Ilana de Meneses Silva

Thiago de Melo Diniz

Raimundo José Cunha Araújo Júnior

Karoline Dantas de Moraes

Hormone Oliveira Rodrigues

Daniel de Alencar Macedo Dutra

Thiago Soares Gondim Medeiros

Andressa Ravelli Gomes da Costa

DOI 10.22533/at.ed.7092018119

CAPÍTULO 10..... 44

CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE ENTRE TRABALHADORES EM EXPOSIÇÃO SOLAR EXCESSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marcela Lima Sucupira
Paola Guimarães Cardoso
Taynara Oliveira Sena
Kelly Cristina Mota Braga Chiepe

DOI 10.22533/at.ed.70920181110

CAPÍTULO 11..... 53

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DOR E SÍTIOS PRIMÁRIOS DE METÁSTASE ÓSSEA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM MACEIÓ

Pablo Anselmo Suisso Chagas
Ariana Alencar Gonçalves Ferreira do Amaral
Carolina Záu Serpa de Araújo
Yago Marinsch Luna Cavalcante de Lima
Daniela de Souza Carvalho
Wanêssa Silva Pereira Thomaz de Godoy
Kerolayne Tavares Bezerra Mota
Nacélia Santos de Andrade
João Lourival de Souza Júnior
Cesário da Silva Souza

DOI 10.22533/at.ed.70920181111

CAPÍTULO 12..... 56

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Mayara Angélica Cobuci da Silva
Isabela Iguatemy Forny
Samira Yukari Kamiyama
Thaianne Cavalcante Sérvio

DOI 10.22533/at.ed.70920181112

CAPÍTULO 13..... 59

INVESTIGAÇÃO DE TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS EM CASO SUSPEITO DE NEUROFIBROMATOSE INTESTINAL

Antonia Rafaelly Fernandes Silva
Caio Flavio Nascimento Mendes Ouriques
Emanuelle Vasconcelos Ximenes
Geterson Bezerra Moreira
Iago Leandro de Menezes
Íkaro Iago de Carvalho Cruz
Jessyka de Lima Dias
Juan Lucas Furtado Lopes
Manoel Otacilio Vasconcelos Neto
Maria Beatriz Aguiar Chastinet

Michele Maria Martins Vasconcelos

Nicolas Matheus Ponte

DOI 10.22533/at.ed.70920181113

CAPÍTULO 14..... 65

**INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA EM CASO DE TUMOR ESTROMAL
GASTROINTESTINAL: UM RELATO DE CASO**

Caio Flavio Nascimento Mendes Ouriques

Antônia Rafaelly Fernandes Silva

Geterson Bezerra Moreira

Íkaro Iago de Carvalho Cruz

José Augusto Ferreira Lima Júnior

Luís Luan Siqueira Arruda

Pedro Saulo Martins Moura

Petrônio Fonteles de Andrade

Ranna Victória Guimarães

Wemerson Magalhães Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.70920181114

CAPÍTULO 15..... 71

MELANOMA DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO

Laís Maria Pinto Almeida

Ádila Cristie Matos Martins

Letícia Assunção de Andrade Lima

Nathalia Comassetto Paes

Lílian Santana Marcelino de Araújo

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva

João Pedro Venancio Lima

João Pedro Matos de Santana

Christopher Falcão Correia

Alessandra Soares Vital

Juliana Arôxa Pereira Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.70920181115

CAPÍTULO 16..... 79

**MORTALIDADE POR CÂNCER GÁSTRICO: UM RECORTE DENTRO DO
NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2008 A 2017**

Christopher Falcão Correia

João Pedro Venancio Lima

Nathalia Comassetto Paes

Lílian Santana Marcelino de Araújo

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva

Letícia Assunção de Andrade Lima

Laís Maria Pinto Almeida

João Pedro Matos de Santana

Alessandra Soares Vital

Ádila Cristie Matos Martins

Adryane Gomes Mascarenhas

CAPÍTULO 17..... 88

**MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE PÂNCREAS AO LONGO DE
UMA DÉCADA NO BRASIL**

Denilson Soares Gomes Junior
Jean Augusto de Sousa Tavares
Marina Gregória Leal Pereira
João Vitor Ferreira Walfredo
Camila de Almeida Silva
Marco Antonio Barros Guedes
Nathália Lima de Araújo Rodrigues
João Pedro Santos Bentes
João Paulo Mota Lima
Caio Vitor de Miranda Pantoja

DOI 10.22533/at.ed.70920181117

CAPÍTULO 18..... 95

**PANORAMA DO CÂNCER DE ESÔFAGO NO BRASIL: UMA ABORDAGEM
ACERCA DOS ÍNDICES DE MORTALIDADE ENTRE 2010 E 2017**

João Pedro Matos de Santana
Letícia Kallyne Rodrigues da Silva
Ádila Cristie Matos Martins
Alessandra Soares Vital
Christopher Falcão Correia
João Pedro Venancio Lima
Laís Maria Pinto Almeida
Letícia Assunção de Andrade Lima
Lílian Santana Marcelino de Araújo
Nathalia Comassetto Paes
Murilo Sousa Ramos
Juliana Arôxa Pereira Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.70920181118

CAPÍTULO 19..... 103

**RELAÇÃO ENTRE O USO DE OMEPRAZOL E O CÂNCER GÁSTRICO: UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Sarah de Caldas Costa Sousa
Ohanna Núria Nunes Pereira Inácio de Queiroz
Osman Batista de Medeiros Filho

DOI 10.22533/at.ed.70920181119

CAPÍTULO 20..... 112

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR DO TIPO
ESCLERODERMIFORME E RECIDIVA LINFONODAL: RELATO DE CASO**

Ana Carolina Pastl Pontes
Marcella de Albuquerque Wanderley

Ana Miele Pereira Melo
Débora Araújo Aguiar
Carla Mariana Xavier Ferreira
Júlia Teresa de Albuquerque Celestino
José Lucio Martins Machado

DOI 10.22533/at.ed.70920181120

CAPÍTULO 21..... 120

TUMOR DE CAUDA DE PÂNCREAS COM METÁSTASE HEPÁTICA E INVASÃO GÁSTRICA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Cortezzi Ribeiro Nascimento
Pâmella Andressa Pereira El Majzoub
Mariana Fabrini Gomes
Rodrigo Lautenschlager Zanko
André Ribeiro Nascimento
Fernanda da Silva Miliorini
Igor Passareli Jordão
Vitor Zanata Adacheski
João Paulo Fais

DOI 10.22533/at.ed.70920181121

CAPÍTULO 22..... 130

TUMOR DE FRANTZ EM HOMEM – RELATO DE CASO

Camila Beltrão Santana de Araújo
Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.70920181122

CAPÍTULO 23..... 133

TUMOR GÁSTRICO EM PACIENTE COM HÉRNIA DE HIATO GIGANTE

Camila Beltrão Santana de Araújo
Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.70920181123

SOBRE O ORGANIZADOR..... 138

ÍNDICE REMISSIVO..... 139

CAPÍTULO 1

ACHADO INCIDENTAL DE TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 31/07/2020

Carolina Chamone Zárte

Faculdade de Medicina da Universidade de
Mogi das Cruzes
Mogi das Cruzes – SP
<http://lattes.cnpq.br/3133414536339547>

Renato Ribeiro de Araújo Pereira

Hospital Villa Lobos
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/7739174137199495>

Ricardo Naegele Staffa

Hospital Villa Lobos
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/9817887973099652>

RESUMO: O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas (Tumor de Frantz) é uma neoplasia rara, com baixa taxa de malignidade e bom prognóstico, que ocorre predominantemente em mulheres jovens. O relato trata de um achado incidental em paciente feminina de 45 anos, que apresentava-se assintomática em relação ao tumor. Foi solicitada tomografia e colangiorensonância de abdômen, onde foi evidenciada lesão sólido-cística em corpo e cauda pancreática. Uma vez que os marcadores tumorais eram negativos, foi indicada pancreatectomia corpo-caudal por videolaparoscopia. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, apresentando fistula de baixo débito no 14º PO, com resolução espontânea no 30º PO.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia pancreática, lesão sólido-cística.

FRANTZ TUMOR INCIDENTAL FINDING: CASE REPORT

ABSTRACT: The solid-pseudopapillary tumor of the pancreas (Frantz Tumor) is a rare neoplasia of the pancreas, with a low malignancy rate and positive prognosis, that affects predominantly young woman. The present report deals with an incidental finding from a 45 year-old female patient, who was asymptomatic. An abdominal computerized tomography (CT) and a magnetic resonance cholangiography (MRC) were required, which revealed a solid-cystic injury to the pancreatic body and tail. Once all the tumor markers were negative, a distal pancreatectomy by videolaparoscopy was indicated. The patient recovered greatly after the surgery, presenting a low debit fistula on the 14th day after the surgery and spontaneous healing on the 30th day after the surgery.

KEYWORDS: Pancreatic neoplasm, solid-cystic injury.

1 | INTRODUÇÃO

O tumor pseudopapilar sólido do pâncreas (Tumor de Frantz) é uma neoplasia pouco comum, representando 1-2% de todos os tumores pancreáticos. Ocorre predominantemente em mulheres jovens, acometendo em sua maioria a cabeça do pâncreas, medindo aproximadamente 3-4 cm de diâmetro, com baixa taxa de malignidade e

bom prognóstico.

2 | RELATO DE CASO

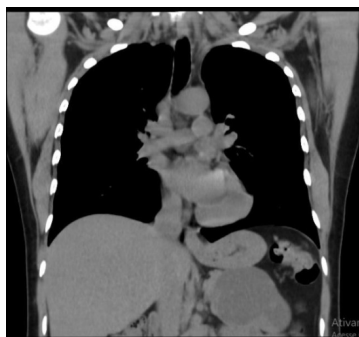
Paciente N.C.T.P., mulher, 45 anos com achado incidental de Tumor de Frantz em tomografia de tórax, após internação por broncopneumonia. Paciente apresentava-se assintomática em relação ao tumor.

3 | OBJETIVO

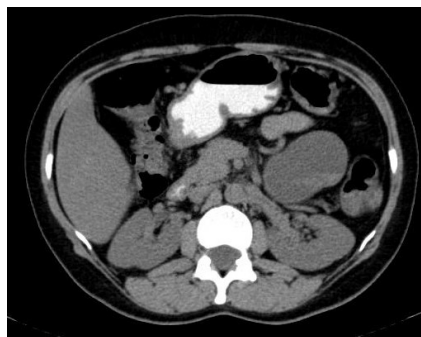
Apresentar um caso de Tumor de Frantz assintomático, o qual a faixa etária da paciente difere da maioria dos casos.

4 | DISCUSSÃO

Foi solicitado TC de abdômen, colangio-ressonância e marcadores tumorais. Na tomografia, observou-se, em corpo e cauda do pâncreas lesão heterogênea, sólido-cística, com componentes sólidos murais, captantes e septações internas medindo cerca de 8,0 x 6,0 x 5,5cm. A colangio RNM mostrou cisto heterogêneo com paredes espessas e com conteúdo amorfo que apresenta realce após o contraste, localizada em corpo-cauda pancreática, medindo cerca de 7,1 x 5,4 x 7,0cm; restante do parênquima pancreático de aspecto preservado; ducto principal de difícil caracterização; ausência de linfonodomegalia. Os marcadores tumorais mostraram-se negativos. Devido a tamanho da lesão e contiguidade com ducto principal, foi indicada pancreatectomia corpo-caudal por videolaparoscopia.



TC TORAX (CORTE CORONAL)



TC ABDOMEN E PELVE

No intraoperatório foi encontrado lesão cística/sólida de aproximadamente 7

cm de diâmetro, acometendo todo o corpo, cauda e veia esplênica. No 2º PO (pós-operatório) foi liberada dieta líquida, no 3º PO evoluiu para dieta leve e no 4º PO paciente teve alta hospitalar com as devidas orientações. No 14º PO evoluiu com fístula de baixo débito, com resolução espontânea em PO 30 e retirada do dreno.



Peça cirúrgica: corpo e cauda pancreática + TU de Frantz.

REFERÊNCIAS

BACELAR-JUNIOR, E. A. et al. **Tumor de Frantz do Pâncreas**. ABCD, arq. bras. Cir. Escavação, vol. 23; 3. São Paulo, julho-setembro 2010.

BOSTANOGLU, S. et al. **Tumor de Frantz**: Tumor Pseudopapilar Sólido do Pâncreas - um relatório de caso. JOP. Ancara, jan-fev 2009.

CIENFUEGOS, J. A. et al. **Solid pseudopapillary tumor of the pancreas (SPPT)**: Still an unsolved enigma. **Rev. esp. enferm. dig.**, Madrid, v. 102, n. 12, p. 722-728, dic. 2010.

GUIMARAES, L. S. C. et al. **Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas**: avaliação do perfil clínico, radiológico e cirúrgico. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, p. 398-403, out. 2013.

PARTEZANI, A. D. et al. **Tumor de Frantz**: um caso raro com características não habituais. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, 58; 46-9, 2013.

PORTELA, A. R. et al. **Tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (tumor de Frantz)**: estudo retrospectivo e revisão da literatura. **GED**, São Paulo, 30(1), jan.-mar. 2011.

REZENDE, V.; BRAGA, C. A.; GARCIA, E. C. **Pancreatectomia distal com preservação do baço em tumor sólido pseudopapilar do pâncreas (Tumor de Frantz)**: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21.2. abril 2011.

SPERTI, C. et al. **Comportamento agressivo do tumor pseudopapilar** sólido do pâncreas em adultos: relato de caso e revisão da literatura. World J. Gastroenterology. Pádua, 14 (6); 960-965, fev 2008.

TANG, W. W. et al. **Perda de complexos de moléculas de adesão celular no tumor pseudopapilar** sólido do pâncreas. Patologia moderna 20, 509-513, 2007.

YU, P. F. et al **Tumor Pseudopapilar** sólido do pâncreas: revisão de 553 casos na literatura chinesa. World J. Gastroenterology. Hangzhou, 14; 16 (10); 1209-1214, mar 2010.

CAPÍTULO 2

ADENOCARCINOMA DE DELGADO - É POSSÍVEL O TRATAMENTO POR VIDEOCIRURGIA?

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Guilherme Bruno Fontes Vieira

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3566864328417542>

Ana Cláudia Matera Juliani

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5139926838968748>

Gustavo Santos de Araújo

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6160511648891545>

Gleydson Cesar de Oliveira Borges

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8885857551145433>

RESUMO: As neoplasias do intestino delgado são raras em todas as faixas etárias, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal. Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam um diagnóstico difícil, uma vez que determinam queixas vagas e inespecíficas, sendo a confirmação diagnóstica geralmente obtida no momento da exploração cirúrgica. A videolaparoscopia vem consolidando-se como uma abordagem eficaz e segura para o tratamento cirúrgico de tumores malignos do intestino

delgado. Apresenta-se o caso de um paciente do sexo feminino de 45 anos, com quadro de dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos, distensão abdominal e ausência de evacuações. Pela suspeita de semi-oclusão intestinal foram iniciadas medidas clínicas para obstrução intestinal e realizado tomografia de abdome com contraste com achados de formação nodular em alça jejunal adjacente ao ângulo de Treitz. Submetido a tratamento cirúrgico videoassistido com achados de lesão tumoral há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, sendo realizado enterectomia segmentar e confecção de anastomose primária término-terminal. Resultado histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com estadiamento pT3 pN0. Ao contrário do que expõe a literatura, encontramos um caso de adenocarcinoma de delgado em um paciente jovem e do sexo feminino. Por outro lado, evidenciou-se uma lesão em sua localização mais frequente, com a presença de sintomas obstrutivos, sendo realizado o tratamento de escolha com o uso da videocirurgia. Com este relato de caso observamos ser possível o correto diagnóstico e tratamento de um caso raro de adenocarcinoma de intestino delgado, utilizando-se a videocirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Intestino delgado, adenocarcinoma, obstrução intestinal, videocirurgia.

SMALL BOWEL ADENOCARCINOMA – IS IT POSSIBLE THE TREATMENT WITH VIDEO LAPAROSCOPY? CASE REPORT

ABSTRACT: Small bowel neoplasms are

rare in all age groups, corresponding to only 1% to 2% of all malignant tumors of the gastrointestinal tract. Small bowel adenocarcinomas are difficult to diagnose, as they determine vague and nonspecific symptoms, and the diagnostic confirmation is usually obtained at the time of surgical exploration. Videolaparoscopy has been consolidated as an effective and safe approach for the surgical treatment of malignant tumors of small bowel. We present the case of a 45-year-old female patient with diffuse abdominal pain, associated with nausea, vomiting, abdominal distension and absence of defecation. Due to the suspicion of intestinal semi-occlusion, clinical procedures for intestinal obstruction were initiated and abdominal tomography was performed with contrast with findings of nodular formation in the jejunal loop close to the Treitz angle. Video-assisted surgical treatment was performed with findings of tumor lesion 20 cm from the Treitz angle, then segmental enterectomy and primary end-to-end anastomosis were performed. The histopathology showed moderately differentiated adenocarcinoma, with staging pT3 pN0. Contrary to the literature, we found a case of small bowel adenocarcinoma in a young female patient. On the other hand, the tumor lesion was found in its most frequent location, with obstructive symptoms, and the treatment was performed with video surgery. In this case report, we observed that the correct diagnosis and treatment of a rare case of small bowel adenocarcinoma using video surgery is possible.

KEYWORDS: Small bowel, adenocarcinoma, intestinal obstruction, videolaparoscopy.

1 | INTRODUÇÃO

As neoplasias do intestino delgado são extremamente raras em todas as faixas etárias, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal, embora o intestino delgado constitua cerca de 80% do comprimento total do trato digestivo ^{1,2}.

Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam pico de acometimento na sétima década de vida, com uma ligeira predominância masculina e são mais comuns no intestino delgado proximal, enquanto as demais lesões malignas são mais frequentes no intestino distal ^{1,3,4}. Quanto aos fatores de risco, pacientes com doença de Crohn e polipose adenomatosa familiar apresentam mais chance de desenvolver adenocarcinoma do intestino delgado ^{1,3,4}. Devido à sua baixa incidência, seu diagnóstico incidental, muitas vezes, é realizado durante a investigação de outras patologias gastrointestinais ou de sintomas inespecíficos ³.

O presente trabalho tem por objetivo relatar a abordagem diagnóstica e terapêutica frente a um caso raro de adenocarcinoma de delgado, com a utilização da videocirurgia.

2 | RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, internado em um hospital terciário, com quadro de dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de evacuações há cerca de 15 dias, mas com presença de flatos. Ao exame físico, observou-se estado geral regular, desidratado, afebril e orientado. Abdome flácido, distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação profunda em epigástrio, sem peritonite e sem massas palpáveis. Evoluiu durante acompanhamento com alteração de função renal, sem necessidade dialítica.

Realizou radiografia simples de abdome, com evidência de distensão gástrica, e tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, com achados de afilamento luminal de alça jejunal adjacente ao ângulo de Treitz, onde nota-se formação nodular medindo 4,6 x 3,2 cm, associado a edema do pregueado mucoso no segmento a jusante e sem linfonodomegalias ou metástases associadas (Figura 1).

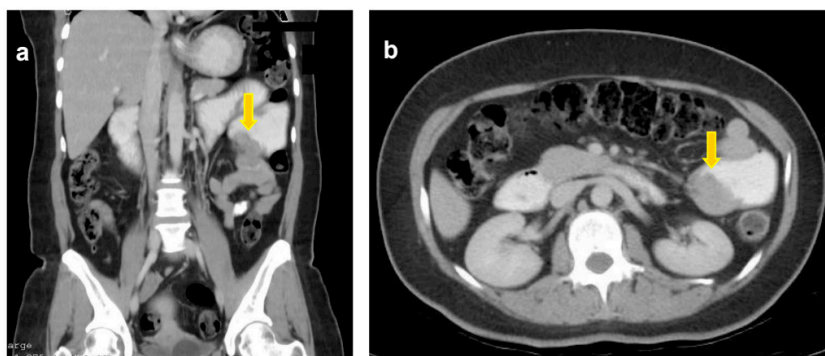


Figura 1. Tomografia computadorizada: cortes coronal (a) e axial (b) com lesão tumoral (seta amarela).

Pela suspeita de semi-occlusão intestinal foram iniciadas medidas clínicas para obstrução intestinal, como a passagem de sonda nasogástrica em aspiração, com drenagem de resíduo bilioso, e dieta zero. Em seguida, foi submetido a laparoscopia com identificação de lesão tumoral obstrutiva há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, com dilatação de alça proximal, sem evidência de carcinomatose peritoneal, ascite ou lesões metastáticas (Figura 2). Realizado exposição videoassistida da lesão para fora da cavidade abdominal, através de incisão de trocarer de 10mm (Figura 3).



Figura 2. Lesão tumoral em videolaparoscopia com alça proximal dilatada.



Figura 3. Disposição de trocateres, com exposição de alça intestinal pela incisão do trocater de 10mm.

Seguiu-se com a enterectomia segmentar com inclusão do mesentério, com margens proximal de cerca de 6 cm e distal de cerca de 8 cm (Figura 4) e com a reconstrução do trânsito intestinal com anastomose primária término-terminal com reparo do mesentério (Figura 5).



Figura 4. Peça cirúrgica em corte longitudinal.

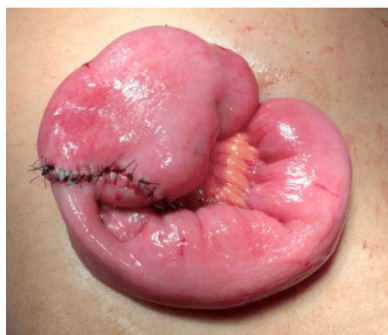


Figura 5. Confecção de anastomose primária término-terminal.

Evoluiu no pós-operatório clinicamente estável, com aceitação progressiva de dieta e com recuperação da função renal, recebendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento ambulatorial. Confirmada a suspeita de malignidade, através de resultado histopatológico de peça cirúrgica, compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com extensão tumoral à subserosa, com margens proximal e distal livres de neoplasia, sem acometimento linfonodal, sendo o estadiamento pT3 pN0.

3 | DISCUSSÃO COM A LITERATURA

A incidência geral dos tumores do intestino delgado praticamente duplicou nos últimos anos, com o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico radiológico e endoscópico, sendo essa uma das razões para a mudança na topografia dos diferentes tipos histológicos de tumores: ocorreu aumento das taxas da identificação de tumores carcinoides quando comparados aos demais tipos histológicos ^{2,3}. Estudos mais recentes demonstram que o tumor carcinóide é o tumor maligno mais frequente de intestino delgado, tendo ultrapassado o adenocarcinoma ².

A prevalência dos tumores do intestino delgado é inferior em comparação aos tumores do cólon. Apesar de ainda não ser completamente conhecida, a carcinogênese do adenocarcinoma primário do intestino delgado obedece às etapas da sequência adenoma-carcinoma, inicialmente descrita para os tumores do cólon, onde basicamente ocorrem alterações genéticas e epigenéticas, associadas à ativação de oncogenes e inativação de antioncogenes ².

Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam um diagnóstico difícil, pois determinam queixas vagas e inespecíficas, como dor abdominal indefinida, anorexia e perda de peso ^{1,2,3,4}. A maioria das lesões neoplásicas sintomáticas do intestino delgado são malignas, enquanto a maioria das neoplasias benignas é assintomática, sendo encontradas como um achado incidental ¹. Dentre as suas principais complicações, temos a obstrução intestinal e a hemorragia digestiva, enquanto a perfuração intestinal é incomum ^{1,3}. A presença de fístulas são mais raras e frequentemente relacionadas à presença concomitante da doença de Crohn ³.

A investigação diagnóstica deve ser particularizada, uma vez que não existe um consenso quanto à sequência de exames a serem realizados frente a uma suspeita clínica de um tumor do intestino delgado ². Os exames laboratoriais geralmente são inespecíficos, com resultados sugestivos de sangramento intestinal, levando à deficiência de ferro e anemias carenciais. Alguns marcadores, como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e os níveis séricos do antígeno carboidrato 19-9 (CA 19-9) podem estar elevados em 30-40% dos pacientes com adenocarcinoma do intestino delgado, embora tenham sensibilidade e especificidade limitadas, sendo o seu uso mais importante para o monitoramento da doença ³.

Exames de imagem e endoscópicos podem ser úteis na investigação, mas não são definitivos para confirmação diagnóstica. As radiografias simples podem sugerir a existência de uma obstrução intestinal, mas, geralmente, não são úteis para elaborar o diagnóstico das neoplasias do intestino delgado ¹. A ultrassonografia não mostra eficácia para o diagnóstico pré-operatório das neoplasias do intestino delgado, enquanto a tomografia de abdome é mais sensível e pode fornecer informações úteis concernentes ao estadiamento ^{1,4}. Dessa forma, na tomografia,

pode ser observado uma lesão focal, irregular e estenosante, com espessamento de parede, heterogênea, com realce na fase contrastada e que às vezes pode diminuir a luz e até causar obstrução intestinal ⁴.

A endoscopia pode ser útil no diagnóstico das lesões duodenais, com a realização de biópsias para confirmação do padrão histológico, embora seu limiar de inserção máxima seja a segunda porção duodenal ^{1,2,4}. Já o colonoscópio pode ser direcionado para o íleo terminal, para a visualização e realização de biópsia das neoplasias ileais ¹.

Infelizmente, o diagnóstico é geralmente tardio, com consequente presença de doença avançada, justificando o pior prognóstico do adenocarcinoma do intestino delgado ^{1,4}. Além disso, não existe um protocolo padronizado com uma sequência de exames a serem realizados para abordagem diagnóstica dessa rara neoplasia, devendo a investigação diagnóstica ser particularizada em cada caso ^{2,3}. Apesar das imagens sofisticadas e diferentes modalidades diagnósticas, a comprovação da existência de um tumor do intestino delgado é frequentemente obtida apenas no momento da exploração cirúrgica ¹.

O tratamento do adenocarcinoma do intestino delgado é determinado pela localização da doença, sendo os adenocarcinomas duodenais geralmente tratados com duodenopancreatectomia quando localizados nas primeira e segunda porções ou com ressecção segmentar quando nas terceira ou quarta porções duodenais. Quando localizados no jejuno e no íleo são tratados com ressecção segmentar com inclusão do mesentério, ou com colectomia direita para carcinomas ileais terminais ¹. Dessa forma, o tratamento de escolha fundamenta-se na ressecção local ou enterectomia segmentar com margens de pelo menos 5cm, associada à linfadenectomia locorregional ⁴. No caso clínico relatado, após a laparoscopia, identificou-se uma lesão tumoral obstrutiva há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, sendo optado pela ressecção videoassistida.

A videolaparoscopia e sua aplicação na cirurgia das neoplasias vêm consolidando-se como uma abordagem eficaz e segura para o tratamento cirúrgico de tumores malignos do intestino delgado ³. Entre as suas vantagens estão a menor taxa de sangramento no intraoperatório, menor morbidade associada, minimização de complicações pós-operatórias como íleo paralítico, infecção de ferida cirúrgica, bem como promove um tempo reduzido de hospitalização ³.

Atualmente, sabemos que a obstrução intestinal não é mais uma contraindicação absoluta para a realização da cirurgia videolaparoscópica. A mesma, inicialmente, era utilizada restritamente em procedimentos diagnósticos e no tratamento de obstrução intestinal por aderências. Com o aumento da experiência dos cirurgiões e o advento de novas tecnologias e materiais (grampeadores, pinças ultrassônicas), a abordagem laparoscópica vem crescendo, mesmo no contexto de

urgência ⁵.

Ao contrário do que expõe a literatura, encontramos um caso de adenocarcinoma de intestino delgado em um paciente jovem e do sexo feminino. Por outro lado, assim como descrito na literatura, evidenciou-se uma lesão em sua localização mais frequente, com a presença de sintomas obstrutivos. A suspeita diagnóstica foi levantada por meio de um exame radiológico contrastado, embora não tenha sido realizado outros exames investigativos, como endoscopia, frente à urgência do quadro obstrutivo. A confirmação diagnóstica foi definida durante a abordagem cirúrgica, sendo realizado o tratamento de escolha com ressecção segmentar com inclusão do mesentério e com margens cirúrgicas livres, utilizando-se a videocirurgia.

4 | CONCLUSÃO

No caso em questão, a paciente apresentou-se com doença complicada logo no início do quadro, com obstrução intestinal, sendo evidenciados em exames de imagem sinais sugestivos de obstrução do intestino delgado proximal. Após realização das devidas medidas clínicas iniciais, optou-se pela realização de videolaparoscopia e, após confirmação diagnóstica, prosseguiu-se com tratamento imediato de forma videoassistida.

Com este relato de caso, observamos ser possível o correto diagnóstico e tratamento de um caso raro de adenocarcinoma de intestino delgado, utilizando-se a videocirurgia. Espera-se por meio deste relato contribuir para a formulação e padronização de protocolos sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica do adenocarcinoma do intestino delgado.

REFERÊNCIAS

1. TOWNSEND, C.M. *et al.* **Sabiston**: Tratado de cirurgia, a base da prática cirúrgica moderna. 19ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
2. CORREIA, T. *et al.* Adenocarcinoma primário da terceira porção do duodeno com identificação concomitante de GIST do jejuno: caso clínico. **J Port Gastroenterol**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 26-30, fev. 2014.
3. CORRÊA, R.S. *et al.* Enterovesical fistula caused by ileal primary adenocarcinoma. **J. Coloproctol**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 154-157, jun. 2018.
4. MARTÍNEZ, O. A.; BISSOT, R. A.; BOTELLO, K. M. Adenocarcinoma de yeyuno: infrecuente cáncer gastrointestinal. **Rev. colomb. cir.**, Bogotá, v. 33, n. 4, p. 421-427, dec. 2018.
5. GHEZZI, T. L. *et al.* Analysis of the videolaparoscopy potentiality in the surgical treatment of the bowel obstruction. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 148-151, jun. 2010.

CAPÍTULO 3

ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR SIMULANDO COLECISTITE AGUDA ASSOCIADA A ABSCESSO HEPÁTICO

Data de aceite: 03/11/2020

Karoline Dantas de Moraes

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/8199275827351799>

Clara Caroline Ribeiro Figueiredo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3642196455488195

Renata Brito Aguiar de Araujo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3513401368973775

Nícolas Rosal Lemos

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 4909451045284014

Auriane de Sousa Alencar

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8415587622408956

Andressa Marques Campelo de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 1530137924154007

Glauco Rocha e Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 2242091213219097

José Lucas Talles Ferreira Luz

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 6976910233422660

Rafael Janio Alves da Costa

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 7181477669397513

Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3560569134658306

Hormone Oliveira Rodrigues

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 0346294914562009

Thiago Melo Diniz

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8256275753985635

Raimundo José Cunha Araújo Júnior

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 4410593659649450

RESUMO: O relato descreve o caso de paciente idosa, que evoluiu com clínica e exame de imagem que direcionava para quadro de colecistite aguda. Porém o achado intra operatório e a evolução

da paciente no pós-operatório direcionou para uma doença mais grave. O resultado do anátomo patológico confirmou tratar-se de adenocarcinoma de vesícula biliar. A manifestação dessa neoplasia como quadro inflamatório – infeccioso não é tão descrito na literatura. A paciente do caso em questão evoluiu com piora clínica sendo adotado procedimento de descompressão da via biliar através de drenagem biliar transparieto.

PALAVRAS-CHAVE: Adenocarcinoma de vesícula biliar; colecistite; abscesso hepático.

ABSTRACT: The report describes the case of an elderly patient, who evolved with clinical and imaging tests that led to acute cholecystitis. However, the intraoperative finding and the evolution of the patient in the postoperative period led to a more serious disease. The result of the pathological anatomy confirmed that it was a gallbladder adenocarcinoma. The manifestation of this neoplasm as an inflammatory - infectious condition is not as described in the literature. The patient in the case in question evolved with clinical worsening and a biliary decompression procedure was adopted through transparent bile drainage.

KEYWORDS: Gallbladder adenocarcinoma; cholecystitis; liver abscesso.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, 66 anos, hipertensa, tabagista, deu entrada em serviço ambulatorial com dor em hipocôndrio direito com sinal de Murphy positivo. Trazia tomografia de abdome mostrando sinais de colecistite aguda litiásica (cálculo de 2 cm impactado no infundíbulo), associada a dilatação de vias biliares e formação expansiva de 7,5 cm x 6,8 cm x 7,3 cm em lobo hepático direito. Colangiorressonância evidenciou formação expansiva de contornos lobulados e limites imprecisos em segmentos hepáticos IVb, V e VI, estendendo-se até a confluência dos ductos hepáticos, determinando compressão com dilatação a montante, sugestiva de abscesso hepático, não podendo excluir causa neoplásica (Figura 1). Realizou colecistectomia videolaparoscópica, na qual a vesícula biliar encontrava-se com paredes espessadas, de aspecto hidrópico e com áreas de necrose associada a abscesso em leito hepático. Foi identificada lesão isolada em segmento VIII do fígado de aspecto metastático, a qual foi biopsiada. Devido dificuldade técnica, foi optado por colecistotomia com extração de cálculos e colecistectomia a Torek (Figura 2). O procedimento se deu sem intercorrências, com posterior alta hospitalar da paciente para seguimento ambulatorial. Retornou no 14º DPO com icterícia e colúria sendo reinternada. Exames evidenciaram bilirrubinas 8,15 mg/dl (às custas de direta), CA19.9 de 1337 U/ml. Histopatológico mostrou adenocarcinoma pouco diferenciado de vesícula biliar com invasão angiolinfática e margem de leito hepático comprometida. Seguiu-se com hiperbilirrubinemia (20,32 mg/dl) e piora clínica, tendo realizado drenagem transparieto hepática evoluindo com melhora da icterícia.

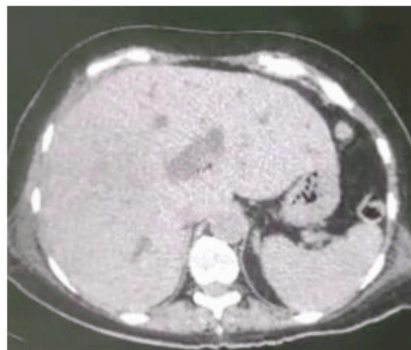


FIGURA 01 - Tomografia computadorizada de abdome evidenciando lesões expansivas em fígado (abscessos e implantes neoplásicos).



FIGURA 02 - Visão videolaparoscópica de vesícula, mostrando-a espessada, hidrópica, com áreas de necrose, associada a abscesso em leito hepático.

DISCUSSÃO

O câncer da vesícula biliar apresenta incidência anual estimada de 1,1 para homens e 2,2 para mulheres por 100.000, em pacientes submetidos a colecistectomia, sendo o quinto carcinoma mais frequente e o nono mais letal do trato gastrointestinal. É frequentemente diagnosticado após apresentação dos sintomas, que são as manifestações tardias do cálculo biliar, sendo que a natureza agressiva do tumor, associado a extensa drenagem linfática da vesícula biliar, resulta em rápida progressão da doença.

COMENTÁRIOS FINAIS

O tratamento do câncer de vesícula biliar apresenta alta morbimortalidade

e o único tratamento curativo tem sido a ressecção cirúrgica radical com margem livre. Fatores prognósticos tem sido estudado por serem importantes para identificar pacientes que podem se beneficiar da ressecção cirúrgica agressiva. A manifestação dessa neoplasia como quadro inflamatório – infeccioso não é tão descrito na literatura. A paciente do caso em questão evoluiu com piora clínica sendo adotado procedimento de descompressão da via biliar através de drenagem biliar transparieto.

REFERÊNCIAS

MOORE, A et al. Drenagem biliar percutânea em obstrução biliar maligna. Colégio Brasileiro de Radiologia, V2, p. 183-194, 2017.

FREITAS, A et al. Fatores de risco e conduta nas complicações do trato biliar no transplante hepático. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, V27, p. 359-365, 2000.

COSTA, S et al. Adenocarcinoma da vesícula biliar: Avaliação dos fatores prognósticos em 100 casos ressecados no Brasil. Arq. Bras. Cir. Dig., V25, p. 13-19, 2012.

ESPINOZA, M.; JASHIEL, A. Adenocarcinoma de vesícula biliar. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, 2018.

APODACA, et al. Prevalência do câncer de vesícula biliar em pacientes submetidos a colecistectomia: experiência do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas de Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. n.3, p. 252-256, 2017.

LINZEY, M, et al. Análises epidemiológicos de câncer de vesícula. Rev. argent. cir. p. 90-94, 2019.

GUERREIRO, P.; PEREZ, M. Prevalencia y características anatomopatológicas de pacientes com cancer de vesícula biliar. Tese de Doutorado. Universidade del Rosário, 2018.

QUIROZ, Z.; JESSENIA, N. Carcinoma vesicular: caso clínico. Tese de Doutorado, 2017.

CAPÍTULO 4

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 29/07/2020

Gabriela Miranda Mariotti de Moura

Universidade Santo Amaro

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/3347671906727880>

Elias Jirjoss Ilias

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo

Universidade Santo Amaro

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/7002163740136518>

Bernardo Mazzini Ketzer

Hospital Geral do Grajaú

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/9323383590326844>

Brunella Silva Cerqueira

Hospital Geral do Grajaú

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5673806569657922>

Rafael Lourencini

Hospital Geral do Grajaú

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/1040499036597373>

Eric Shiguelo Boninsenha Kunizaki

Universidade Santo Amaro

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/9551483943248432>

Luiza Vieites

Universidade Santo Amaro

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/2088692184288514>

Paula Moraes Pereira Mendes

Universidade Santo Amaro

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/3520110533776119>

RESUMO: Introdução: As neoplasias do apêndice cecal são afecções raras, constituindo menos de 0,5% das neoplasias do trato gastrointestinal. Apresentação do Caso: Paciente do sexo masculino, 34 anos, foi admitido na emergência com quadro de abdome agudo inflamatório. Realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve caracterizando apendicite aguda complicada. Efetuada apendicectomia aberta com bloqueio intenso de ceco, apêndice perfurado em seu terço distal, presença de líquido inflamatório sem pus na cavidade e base apendicular íntegra e viável. Anatomopatológico evidenciando adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado, perfurado, do apêndice cecal, com profundidade de invasão até serosa. Margem cirúrgica do coto sem comprometimento neoplásico e margem circunferencial comprometida por neoplasia. Estadiamento anatomopatológico TNM: pT4a Nx Mx. Realizada colectomia direita. Evidenciada presença de tecido mucoide na pelve. Efetuada peritonectomia em região da parede lateral direita da cavidade abdominal e retirada de tecido mucoide da região de íleo e pelve. Discussão: Devido sua baixa incidência, há poucos estudos estatísticos que abordem a neoplasia de apêndice, fazendo com que seu manejo constitua um desafio ao cirurgião, tanto em relação ao estadiamento quanto em relação à proposta terapêutica com grau de ressecção adequado.

Os adenocarcinomas mucinosos metastáticos do apêndice comumente apresentam a síndrome clínica do pseudomixoma peritoneal. O envolvimento peritoneal indica doença em estágio IV e associa-se a diferenças significativas no prognóstico, com taxas de sobrevida em cinco anos de 57% para o tumor bem diferenciado e 11% para tumores pouco diferenciados. Atualmente, não há um tratamento padrão estabelecido para o câncer de apêndice tardio disseminado. Centros especializados têm recomendado a cirurgia citorrredutora, seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Comentários Finais: A clínica inicial de uma neoplasia de apêndice cecal pode ser semelhante a um quadro de apendicite aguda, e quando seu diagnóstico pré-operatório não é realizado surpreende o cirurgião com o resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Adenocarcinoma mucinoso; Apêndice; Neoplasias do apêndice.

MUCINOUS ADENOCARCINOMA OF CECAL APPENDIX - CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Appendiceal Neoplasms are rare, constituting less than 0.5% of all neoplasms of the gastrointestinal tract. Case Presentation: A 34-year-old male patient was admitted to the emergency room with acute inflammatory abdomen. Computed tomography of the abdomen and pelvis featuring complicated acute appendicitis. An open appendectomy was performed presenting intense cecum block, appendix perforated in its distal third, presence of inflammatory fluid without pus in the cavity and an intact and viable appendicular base. Anatomopathological showing mucinous adenocarcinoma of the cecal appendix, well-differentiated, perforated, with depth of invasion to serous. Surgical margin of the stump without neoplastic involvement and circumferential margin affected by neoplasia. Anatomopathological TNM staging: pT4a Nx Mx. A right colectomy was performed. Muroid tissue in the pelvis was found. Peritonectomy was performed in the region of the right lateral wall of the abdominal cavity with removal of muroid tissue from the ileum and pelvis region. Discussion: Due to its low incidence, there are few statistical studies that address the appendix neoplasia, making its management a challenge to the surgeon, both in terms of staging and in relation to the therapeutic proposal with an adequate degree of resection. Metastatic mucinous adenocarcinomas of the appendix commonly present with the clinical syndrome of peritoneal pseudomyxoma. Peritoneal involvement indicates stage IV disease and is associated with significant differences in prognosis, with five-year survival rates of 57% for well-differentiated tumors and 11% for poorly differentiated tumors. Currently, there is no established standard treatment for disseminated late appendix cancer. Specialized centers have recommended cytoreductive surgery, followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). Final Comments: The initial clinic of a cancer of the appendix may be similar to a picture of acute appendicitis, and when its preoperative diagnosis is not made, the surgeon is surprised by the result of the anatomopathological of the surgical specimen.

KEYWORDS: Mucinous adenocarcinoma; Appendix; Appendix neoplasms.

1 | INTRODUÇÃO

As neoplasias do apêndice cecal são afecções raras, constituindo menos de 0,5% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. A clínica inicial pode ser uma tumoração em quadrante inferior direito do abdome ou semelhante a um quadro de apendicite aguda. (ION, 2019) O diagnóstico pré-operatório desta afecção muitas vezes não é realizado e surpreende o cirurgião com o exame anatomopatológico da peça cirúrgica ou com achados intra-operatórios sugestivos de neoplasia deste sítio.

Devido a sua baixa incidência, há poucos estudos estatísticos que abordem esta doença. Dessa forma, seu manejo constitui um desafio ao cirurgião, tanto em relação ao estadiamento quanto em relação à proposta terapêutica com grau de ressecção adequado. (ION, 2019) A ampla variedade histológica desses tumores amplia o dilema clínico, dado o comportamento e resposta terapêutica apresentados pelos diferentes tipos tumorais. (LU, 2019)

O presente estudo tem como objetivo relatar e discutir um caso clínico de adenocarcinoma mucinoso de apêndice.

2 | MÉTODO

Realizado através de revisão de prontuário, registro fotográfico e breve revisão da literatura através da base de dados Pubmed.

3 | APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, do sexo masculino, 34 anos, caucasiano, previamente hígido, sem comodidades, foi admitido no Hospital Geral do Grajaú com abdome agudo inflamatório, no dia 11/07/2019. Ao exame físico apresentava dor em fossa ilíaca direita e descompressão brusca positiva. Realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve caracterizando apendicite aguda complicada.

Efetuada apendicectomia aberta na mesma data. Durante o intraoperatório, evidenciou-se bloqueio intenso de ceco, apêndice perfurado em seu terço distal, aderido em ceco, presença de líquido inflamatório sem pus na cavidade e base apendicular íntegra e viável. Realizada apendicectomia e drenagem da cavidade.

O resultado do anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma mucinoso bem diferenciado, perfurado, do apêndice cecal, com profundidade de invasão até serosa. Margem cirúrgica do coto apendicular livre de comprometimento neoplásico e margem circunferencial comprometida por neoplasia. O estadiamento anatomopatológico TNM era pT4a Nx Mx. Realizado, então, colectomia direita em nova abordagem cirúrgica, no dia 27/07/2019.

Evidenciada presença de tecido de aspecto mucoide na pelve, em região

de ceco (em coto da apendicectomia) e em topografia de delgado, à 200cm do ângulo de Treitz e 70 cm da válvula íleo cecal. Efetuada peritonectomia em região da parede lateral direita de cavidade abdominal e retirada de tecido mucoide em região de íleo e pelve.



Figura 1. Implantes de mucina pericecais.



Figura 2. Visão anterior da peça cirúrgica (cólon direito).

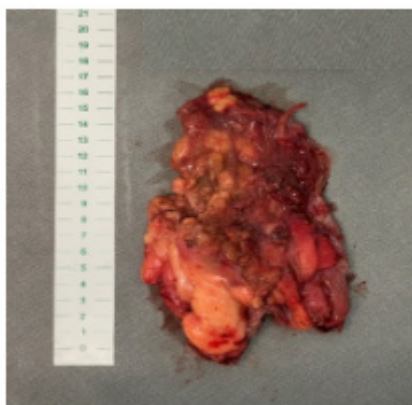


Figura 3. Visão posterior da peça cirúrgica (cólon direito).

4 | DISCUSSÃO

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum das neoplasias primárias

de apêndice, representando aproximadamente 60% dos casos, e é classificado em subtipos mucinoso (mais frequente), não mucinoso, de células calcificadas ou de células em anel de sinete. O adenocarcinoma mucinoso divide-se ainda em graus de diferenciação celular, variando de bem diferenciados (baixo grau) a moderadamente diferenciados ou mal diferenciados (alto grau), podendo estes últimos conter ou não células em anel de sinete. (LU, 2019) (EZE, 2017)

Os adenocarcinomas mucinosos metastáticos do apêndice comumente apresentam a síndrome clínica do pseudomixoma peritoneal, caracterizada pelo acúmulo lento e progressivo de ascites mucinosas e implantes na superfície do peritônio e omento, secundários a uma neoplasia mucinosa perfurada. (SULLIVAN, 2019) O envolvimento peritoneal indica doença em estágio IV e associa-se a diferenças significativas no prognóstico, com taxas de sobrevida em cinco anos de 57% para o tumor bem diferenciado e 11% para tumores pouco diferenciados, com acometimento peritoneal. (LU, 2019)

Atualmente, não há um tratamento padrão estabelecido para o câncer de apêndice tardio disseminado. Centros especializados têm recomendado a cirurgia citorrredutora, seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica com mitomicina C, cisplatina, 5-FU, ou uma combinação destas. (LU, 2019) (SULLIVAN, 2019) (LIU, 2019)

Neoplasias mucinosas de alto grau podem adicionalmente ser abordadas com quimioterapia sistêmica adjuvante, porém seu benefício no tratamento de adenocarcinoma mucinoso apendicular de baixo grau com disseminação peritoneal ainda é incerto. (EZE, 2017) (SULLIVAN, 2019) A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) não possui diretrizes específicas para pacientes com câncer de apêndice e recomenda a terapia sistêmica para adenocarcinoma apendicular de acordo com as diretrizes da NCCN para câncer de cólon. (NCCN, 2019) No entanto, estudos recentes mostram que a quimioterapia sistêmica não se associa a aumento da sobrevida global em pacientes com adenocarcinoma apendicular mucinoso metastático de baixo grau. (LU, 2019) (ASARE, 2016)

5 | CONCLUSÃO

A clínica inicial de uma neoplasia de apêndice cecal pode ser semelhante a um quadro de apendicite aguda. Na maioria dos casos, o diagnóstico da neoplasia de apêndice cecal não é realizado no pré-operatório, surpreendendo o cirurgião com o resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica. Além disso, o tratamento adjuvante ainda se mostra desapontador e não há um consenso específico principalmente para casos mais avançados. Porém, a cirurgia citorrredutora associada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica têm sido recomendadas por

centros mais especializados.

REFERÊNCIAS

- ASARE, E. A.; COMPTON, C. C.; HANNA, N. N.; KOSINSKI, L. A.; WASHINGTON, M. K.; KAKAR, S. **The impact of stage, grade, and mucinous histology on the efficacy of systemic chemotherapy in adenocarcinomas of the appendix: analysis of the National Cancer Data Base.** *Cancer*, v. 122, n. 2, p. 213-221, jan/2016.
- EZE, O.; JONES, R.; MONTGOMERY, E. **A practical approach for diagnosis of appendiceal mucinous neoplasms.** *Diagnostic Histopathology*, v. 23, n. 12, p. 530-535, dez/2017.
- ION, D; SERBAN M. B.; PADURARU D. N.; NICA A. E.; RAHIM A.; ANDRONIC O. **Appendiceal Mass - Dilemmas Regarding Extension of the Resection.** *Chirurgia*, v. 114, n. 1, p. 126-130, jan/2019.
- LIU, W.; LIU, L.; WANG, R.; GONG, G.; DING, X.; YANG, B et al. **Bevacizumab Combined With Oxaliplatin/ Capecitabine in Patient With Refractory and Recurrent Mucinous Adenocarcinoma of the Appendix: A Case Report.** *Frontiers of Oncology*, v. 9, p. 55, fev/2019.
- LU, P.; FIELDS A. C.; MEYERHARDT J. A.; DAVIDS J. S.; SHABAT, G.; BLEDAY, R. et al. **Systemic chemotherapy and survival in patients with metastatic low-grade appendiceal mucinous adenocarcinoma.** *Journal of Surgical Oncology*, v. 120, n. 3, p. 446-451, set/2019.
- NCCN. National Comprehensive Cancer Network. **Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer** (Version 4.2018) Disponível em: <www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2019.
- SULLIVAN, B. J.; BOLTON, N.; SARPEL, U.; MAGGE, D. **A unique presentation of superinfected pseudomyxoma peritonei secondary to a low-grade appendiceal mucinous neoplasm.** *World Journal of Surgical Oncology*, v. 17, n. 1, p. 34, fev/2019.

ANEMIA CRÔNICA COMO PRIMEIRO SINAL DE UM TUMOR DE ESTROMA DUODENAL: A RESPEITO DE UM CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Flávio José Teixeira Rocha Ataíde da Motta

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa — Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/3932834720366204>

Zailton Bezerra de Lima Júnior

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa — Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/9717869725884014>

Fernando Salvo Torres de Mello

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa — Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/5622038260249557>

Matheus Souto Perazzo Valadares

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa — Paraíba

<http://lattes.cnpq.br/7369698608258214>

RESUMO: Os tumores do estroma gastrointestinal representam até 30% das neoplasias primárias de duodeno. Normalmente apresentam-se de forma assintomática, sendo diagnosticados através de tomografia computadorizada ou de ressonância, e encontram seu tratamento na cirurgia e no uso de inibidores de tirosina-quinase. O presente relato discorre sobre um paciente de 71 anos, que deu entrada com queixa de fraqueza, adinamia e dispneia aos médios esforços. A investigação laboratorial evidenciou anemia crônica e resultados negativos para CA 19-9 e sorologias

para hepatite B e C e HIV. A ressonância magnética mostrou lesão nodular infiltrativa e assimétrica entre segunda e terceira porções do duodeno, de 3,6 x 3,7 x 2,0 cm, com componente exofítico superior e margeando inferiormente a cabeça pancreática. A endoscopia digestiva alta mostrou lesão elevada na papila duodenal, ulcerada, acometendo 75% da circunferência, 40% da luz e que se estende por 2 cm. O exame anatomopatológico da biópsia endoscópica evidenciou duodenite crônica inespecífica e proliferação mesenquimal fusocelular com discretas atipias, além de pesquisa negativa para *Helicobacter pylori*. O exame imuno-histoquímico mostrou positividade para anticorpos CD117 (c-KIT), CD34, DOG1 e MIB1 e índice proliferativo de 15% das células mesenquimais, diagnosticando tumor estroma duodenal. Foi submetido a gastroduodenopancreatectomia, com evolução pós-operatória em unidade de terapia intensiva.

PALAVRAS - CHAVE: Tumores do Estroma Gastrointestinal, Anemia, Pancreaticoduodenectomia.

CHRONIC ANEMIA AS THE FIRST SIGN OF A DUODENAL STROMAL TUMOR: ABOUT A CASE

ABSTRACT: Gastrointestinal stromal tumors represent up to 30% of the primary duodenum neoplasms. Usually they present themselves as asymptomatic, being diagnosed by tomography or resonance, and its treatment may be found in surgery and tyrosine kinase inhibitors. The present case reports about a 71-year old patient, admitted with asthenia, adynamia and dyspnea

on exertion. Laboratorial investigation revealed chronic anemia and negative results for CA 19-9 and hepatitis B and C and HIV serologies. Magnetic resonance pointed a infiltrative and asymmetric nodule between the second and the third part of the duodenum, measuring 3,6 x 3,7 x 2,0 cm, with a superior exophytic component, and inferiorly bordering the head of the pancreas. Upper gastrointestinal endoscopy showed an elevated, ulcerated lesion in the duodenal papilla, afflicting 75% of the circumference and 40% of the lumen, extending by 2 cm. The anatomopathological exam of the endoscopic biopsy indicated unspecific chronic duodenitis, fusocellular mesenchymal proliferation with discrete atypical and negative investigation for *Helicobacter pylori*. The immunohistochemical exam tested positive for CD117 (c-KIT), CD34, DOG1 and MIB1 antibodies and proliferative index of 15% of the mesenchymal cells, diagnosing a duodenal stromal tumor. He was submitted to a gastroduodenopancreatectomy, convalescing in a intensive care unit.

KEYWORDS: Gastrointestinal Stromal Tumors, Anemia, Pancreaticoduodenectomy.

1 | INTRODUÇÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal representam até 30% das neoplasias primárias de duodeno. Normalmente apresentam-se de forma assintomática, sendo diagnosticados através de tomografia computadorizada ou de ressonância. Encontram seu tratamento na cirurgia e no uso de inibidores de tirosina-quinase. O presente relato discorre sobre um paciente de 71 anos, submetido a gastroduodenopancreatectomia, por tumor estromal duodenal.

2 | CASO CLÍNICO

Paciente de 71 anos, com queixa de fraqueza, adinamia e dispneia aos médios esforços. A investigação laboratorial evidenciou anemia crônica e resultados negativos para CA 19-9 e sorologias para hepatite B e C e HIV. A ressonância magnética mostrou lesão nodular infiltrativa e assimétrica entre segunda e terceira porções do duodeno, de 3,6 x 3,7 x 2,0 cm, com componente exofítico superior e margeando inferiormente a cabeça pancreática.

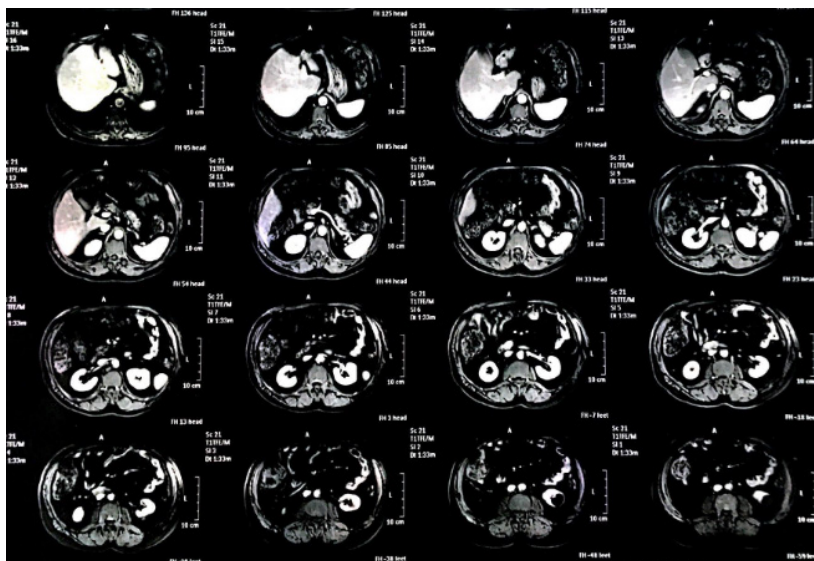


Figura 1. Ressonância de abdome, corte axial.

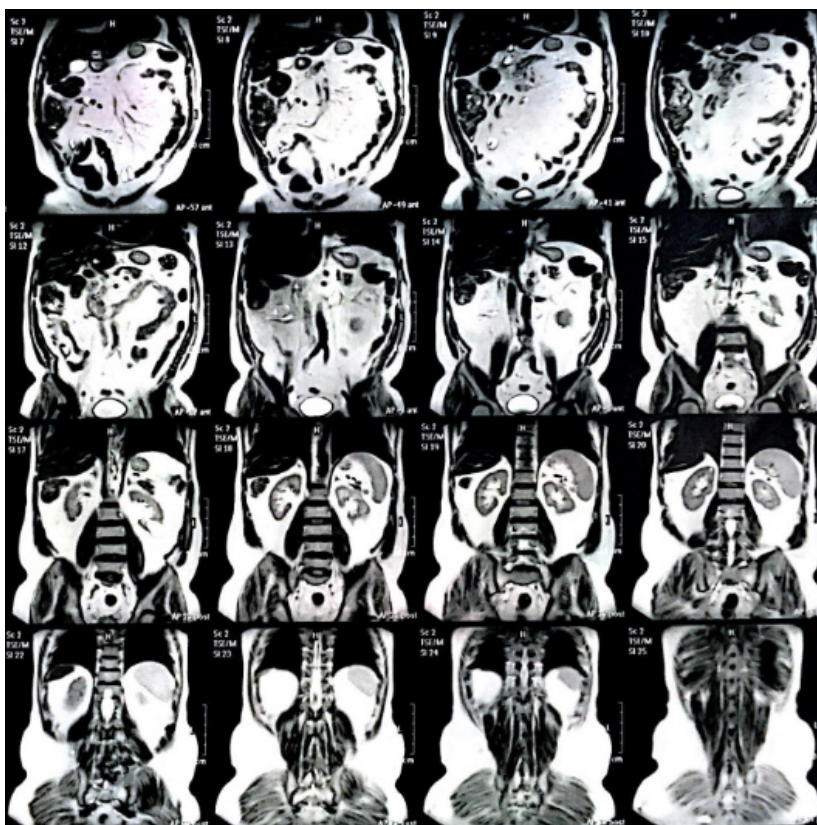


Figura 2. Ressonância de abdome, corte coronal.

A endoscopia digestiva alta mostrou lesão elevada na papila duodenal, ulcerada, acometendo 75% da circunferência, 40% da luz e que se estende por 2 cm.

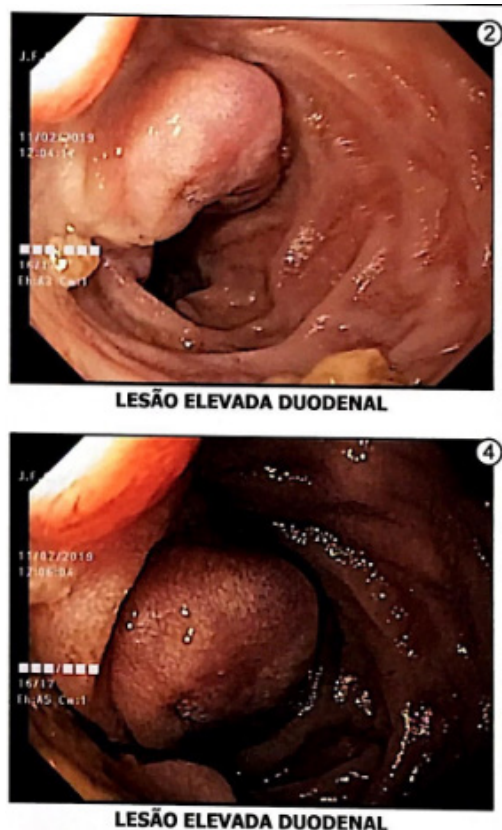


Figura 3. Endoscopia digestiva alta.

O exame anatomopatológico da biópsia endoscópica evidenciou duodenite crônica inespecífica e proliferação mesenquimal fusocelular com discretas atipias, com pesquisa negativa para *Helicobacter pylori*. O exame imuno-histoquímico mostrou positividade para anticorpos CD117 (c-KIT), CD34, DOG1, MIB1 e índice proliferativo de 15% das células mesenquimais, diagnosticando tumor estroma duodenal.

Foi submetido a gastroduodenopancreatectomia, com evolução pós-operatória em unidade de terapia intensiva.

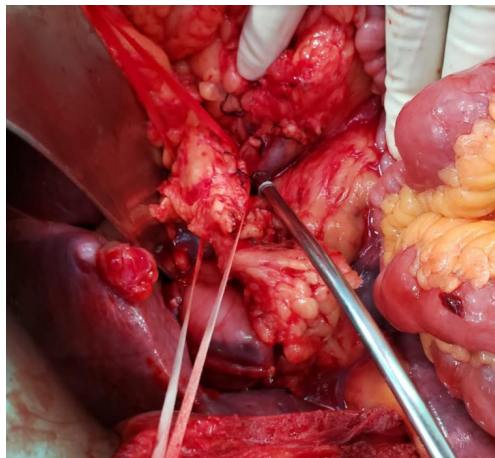


Figura 4. Intraoperatório.



Figura 5. Peça cirúrgica.

3 | DISCUSSÃO

O intestino delgado representa aproximadamente 80% do comprimento do trato digestivo. Entretanto, identifica-se apenas 1% das neoplasias neste segmento. No duodeno, o tumor maligno mais frequente é o adenocarcinoma. Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST, do inglês “gastrointestinal stromal tumors”), por sua vez, são responsáveis por até 2% das neoplasias gastrointestinais, chegando a até 30% dos tumores primários de duodeno. Eles tem origem nas células intersticiais de Cajal que expressam a mutação do proto-oncogene codificador do receptor transmembrânico tirosina-quinase (c-KIT ou CD-117). Acredita-se que há um

estímulo à proliferação continuada e resistência à apoptose.

Frequentemente são assintomáticos, sendo encontrados à endoscopia. Quando clinicamente significativos, apresentam-se com dor abdominal, perda de peso, obstrução intestinal, anemia e hemorragia digestiva; há um caso descrito na literatura com sinal de Chilaiditi. Manifestações paraneoplásicas incluem urticária pigmentosa e tríade de Carney, que se caracteriza por condromas pulmonares, lesões gástricas submucosas e paragangliomas extra-adrenais. Costumam disseminar-se por contiguidade, via hematogênica ou peritoneal. O local mais acometido é o fígado, seguido por peritônio, pulmões e linfonodos. No momento do diagnóstico, 10% dos pacientes já apresentam metástase e 80% as desenvolvem com o tempo. O diagnóstico diferencial inclui leiomioma, pâncreas heterotópico e tumor fibromatoso.

O diagnóstico pode ser estabelecido com tomografia computadorizada, que define a extensão exofítica e intramural do tumor e identifica metástases. A ressonância nuclear magnética revela massa heterogênea, isodensa com o tecido muscular, e áreas císticas ou necróticas. A biópsia e o estadiamento locorregional podem ser realizados com ecoendoscopia, visualizando-se tumores ovoides hipoeoicos, multilobulares ou pediculados.

O manejo atual inclui uma combinação de cirurgia e de inibidores da tirosina-quinase. Tumores maiores que 2 cm devem ser ressecados com margem de igual comprimento, sem linfadenectomia sistemática, de forma local ou com gastroduodenopancreatectomia. A enucleação endoscópica pode ser aplicada em lesões de até 3 cm, restritas à camada mucosa ou à submucosa. A terapia clínica mais utilizada é com imatinibe, um inibidor seletivo de diversas proteínas tirosina-quinases. Nos casos de resistência à droga, pode-se utilizar o sunitinibe como segunda opção.

Para tumores de baixo grau, a sobrevida em cinco anos é de 90%. Naqueles considerados de risco elevado de malignidade, cai para 50%. Após ressecção, a taxa é de 53%, com tempo médio de recorrência de até dois anos.

REFERÊNCIAS

BEHAM, A. et al. **Duodenal GIST: a single center experience.** Int J Colorectal Dis (2013) 28:581–590

BELTRÁN, M. **Current management of duodenal gastrointestinal stromal tumors.** Clin Oncol. 2016; 1:1156

CORREIA, T. et al. **Adenocarcinoma primário da terceira porção do duodeno com identificação concomitante de GIST do jejuno: caso clínico.** GE J Port Gastrenterol. 2014;21(1):26-30

GÓIS, E.; BARBOSA, M.; SANTOS, M. **GIST duodenal e síndrome de Chilaiditi**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 40-42, 2014

HECKER, A. et al. **Dramatic regression and bleeding of a duodenal GIST during preoperative imatinib therapy: case report and review**. World Journal of Surgical Oncology 2010, 8:47

MIKI, Y. et al. **Survival analysis of patients with duodenal gastrointestinal stromal tumors**. J Clin Gastroenterol 2010;44:97-101

OLIVEIRA, L.; PACE, F.; SOUZA, A. **Tumores estromais do trato gastrointestinal: revisão da literatura**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 247-255, abr./jun. 2011

TAKAHASHI, Y. et al. **Gastrointestinal stromal tumor of the duodenal ampulla: report of a case**. Surg Today (2001) 31:722-726

ÚRIA, S.; CACHADO, A.; GARCIA, T. **GIST: gastrointestinal stromal tumors**. Acta Med Port 2011; 24: 1075-1078

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Camila Beltrão Santana de Araújo

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/2942032972511810>

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/7584100189971187>

André Luis Conde Watanabe

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/9765746048995122>

RESUMO: O câncer pancreático é uma doença agressiva, com maior incidência após a 6ª década de vida e mais incidente em homens. Geralmente, é assintomático, sendo diagnosticado em fase tardia, quando sintomas relativos à invasão de estruturas adjacentes aparecem. Apresentamos caso clínico atípico em que paciente feminina, de 39 anos, iniciou com quadro clínico semelhante a tumor de Frantz, inclusive com anatomopatológico confirmando suspeita clínica, porém o tumor comportou-se de maneira bastante agressiva, à maneira do adenocarcinoma pancreático.

PALAVRAS - CHAVE: Adenocarcinoma pancreático, tumores pancreáticos.

ATYPICAL PRESENTATION OF PANCREATIC ADENOCARCINOMA

ABSTRACT: Pancreatic cancer is a fatal malignancy which is predominantly seen in men and at advanced age (40-85 years) and has an aggressive course. Pancreatic cancer takes the first place among asymptomatic cancers. The disease is very difficult to detect as it has no early signs and spreads rapidly to surrounding organs is one of the most deadly types of cancer. Here we present an unusual case of pancreatic adenocarcinoma in a 39 year-old woman.

KEYWORDS: Pancreatic adenocarcinoma, pancreatic cancer.

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma ductal é a neoplasia mais comum do pâncreas, apresentando-se, geralmente, com icterícia progressiva, perda de peso e dor abdominal, além de acometer pessoas acima de 50 anos, mais frequentemente. Apesar de cursar com sintomas característicos, os exames pré-operatórios não apresentam sensibilidade ou especificidade tão altas a ponto de dar o diagnóstico de certeza, que só virá com anatomopatológico da peça.

Apresentamos caso com apresentação distinta, em que foi pensado inicialmente em neoplasia pseudopapilar sólida (tumor de Frantz), por se tratar de mulher jovem, sem queixas de icterícia ou perda peso, mas que evoluiu rapidamente com grande aumento da

massa e expansão locorregional e à distância.

RELATO DE CASO

APSA, 39 anos, encaminhada ao serviço de Cirurgia Geral, devido presença de tumor em cabeça de pâncreas visto em ultrassonografia solicitada após apresentar sintomas dispépticos. Realizada ressonância magnética que evidenciou lesão expansiva sólida de contornos parcialmente delimitados na porção anterior da cabeça do pâncreas e adenomegalias em retroperitônio. Realizado ultrassom endoscópico, que mostrou grande massa sólida em cabeça de pâncreas sem dilatação das vias biliares ou do ducto pancreático principal e sem sinal de invasão vascular.

Feita biópsia com imuno-histoquímica, cujo resultado foi de neoplasia sólida pseudo-papilar (NSP, tumor de Frantz).

Paciente apresentava CEA de 2,6 e CA 19-9 de 15,2.

Assim, pelas características radiológicas da lesão, IHQ e CA 19-9 baixo, sugeriu-se a hipótese de tumor de Frantz e foi indicada duodenopancreatectomia. Enquanto aguardava vaga de UTI, paciente procurou emergência por dor abdominal de forte intensidade, hiporexia e vômitos incoercíveis. No exame físico, tinha massa palpável em mesogástrio, que se estendia até hipocôndrio direito, não presente outrora.

Tomografia de abdome mostrou tumor grande na cabeça do pâncreas, exofítico, com crescimento anterior que deslocava antro gástrico, com necrose central, o que lembra NSP, porém com diversas linfonomegalias de até 5 cm, compressão do Wirsung e padrão de difusão que não se assemelhavam com tumor de Frantz, mas sim adenocarcinoma, além da presença de metástases hepáticas, também incomuns no NSP.

O comportamento agressivo do tumor, com grande expansão em curto espaço de tempo, e as características radiológicas, confirmaram tratar-se de adenocarcinoma de pâncreas que, nesse momento, já era irresecável. Desse modo, a cirurgia curativa não foi mais possível e foi feita apenas a derivação alimentar.

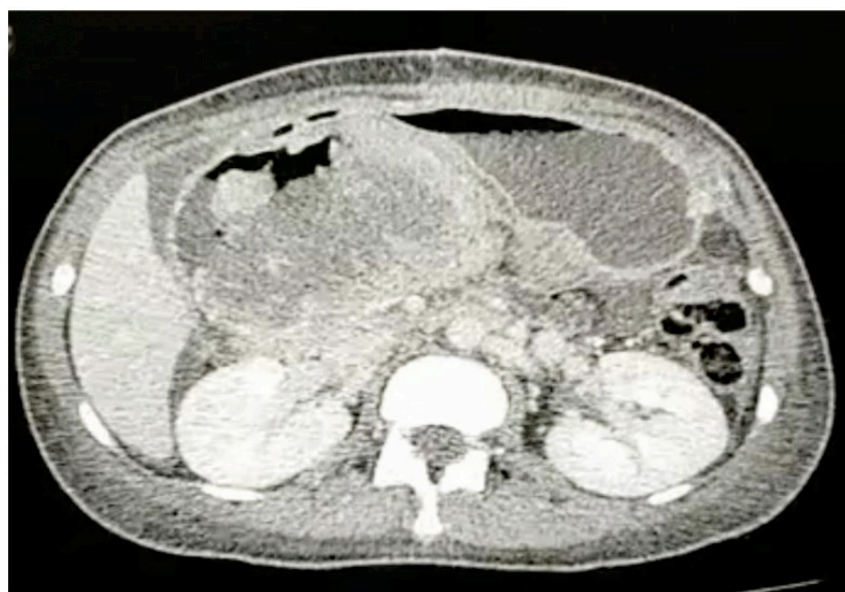
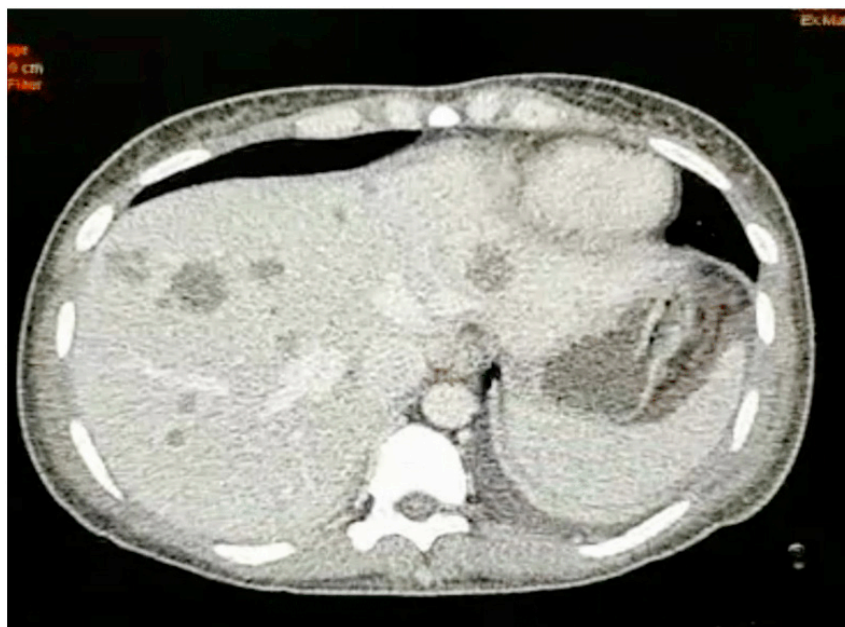
Nova imunohistoquímica veio com expressão de beta-catenina focal, o que excluiria o diagnóstico de neoplasia sólida pseudo-papilar.

CONCLUSÃO

O adenocarcinoma de pâncreas é uma doença com alta mortalidade devido, principalmente, diagnóstico tardio, uma vez que os principais sintomas relacionados só são desenvolvidos quando o câncer está em estágio avançado sendo irresecável.

No caso visto, além da dificuldade diagnóstica, a apresentação atípica

também interferiu na abordagem.



REFERÊNCIAS

Ilic M, Ilic I. Epidemiology of pancreatic cancer. World J Gastroenterol. 2016;22(44):9694-9705. doi:10.3748/wjg.v22.i44.9694

Ansari D, Tingstedt B, Andersson B, et al. Pancreatic cancer: yesterday, today and tomorrow. *Future Oncol.* 2016;12(16):1929-1946. doi:10.2217/fon-2016-0010

Goral V. Pancreatic Cancer: Pathogenesis and Diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(14):5619-5624. doi:10.7314/apjcp.2015.16.14.5619

CISTO HIDÁTICO ESPLÊNICO: RELATO DE UM CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Bruna Raisa Lopes de Mello

Unias Ramalho de Arruda Junior

Alyff Pawlowsky de Santa Ana

Ana Maria de Oliveira Miranda

ID Lattes: 0003791838817157

RESUMO: A doença hidática é uma doença parasitária, que ocorre ao redor do mundo, afetando principalmente moradores de áreas urbanas. Normalmente não apresenta sinais e sintomas por um longo período. A doença hidática esplênica é rara e constitui no máximo 4% dos casos em cavidade abdominal. Esse relato apresenta o caso de um mulher de 37 anos que procurou ajuda médica devido a dor abdominal, que após exames foi diagnosticada com gastrite enantematosa leve com presença do *Helicobacter Pylori* e foi tratada para a doença, mas concomitantemente, um achado radiográfico demonstrou a presença de um cisto hidático esplênico de 6cm, possibilitando, dessa forma, que a paciente fosse encaminhada para a remoção antes do aparecimento de danos maiores.

PALAVRAS-CHAVE: Doença hidática, cisto hidático esplênico, gastrite

ABSTRACT: Hydatid disease is a parasitic

disease that occurs around the world, affecting mainly residents of urban areas. It usually does not show signs and symptoms for a long period. Splenic hydatid disease is rare and constitutes a maximum of 4% of cases in the abdominal cavity. This report presents the case of a 37-year-old woman who sought medical help due to abdominal pain, who, after examination, was diagnosed with mild enanthematous gastritis with the presence of *Helicobacter Pylori* and was treated for the disease, but concurrently, a radiographic finding demonstrated the presence of a 6cm splenic hydatid cyst, thus enabling the patient to be referred for removal before major damage appears.

KEYWORDS: Hydatid disease, splenic hydatid cyst, gastritis

INTRODUÇÃO

A doença hidática é uma infecção ciclozoonótica silenciosa, causada principalmente pelo parasita *Echinococcus Granulosus* (MATOSSIAN; RICKARD; SMYTH, 1977), endêmica em áreas rurais e ocorre em todo o mundo. O órgão mais frequentemente atacado pela doença é o fígado, seguido pelos pulmões, rins, ossos e cérebro. Outros locais como o coração, baço, pâncreas e músculos são raramente afetados. A literatura mostra que o cisto hidático esplênico constitui no máximo 4% dos casos da doença hidática em região abdominal (CELEBI et al., 2006).

No homem os sintomas da doença

hidática unilocular geralmente se manifestam apenas após vários anos da exposição ao parasita (MATOSSIAN; RICKARD; SMYTH, 1977). Os cistos são em sua maioria assintomáticos, de modo geral os pacientes costumam ser examinados após evidências clínicas de aumento de volume ou sintomas vagos. Essa situação justifica a demora no diagnóstico e a falta de dados sobre o possível momento real da infecção. O diagnóstico é confirmado por evidências clínicas, associadas aos dados da anamnese, a epidemiologia e suporte radiológico. A ultrassonografia pode ser considerada como padrão ouro para o diagnóstico dessa doença. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética geralmente oferecem a possibilidade de definir melhor as relações anatômicas (SALAMONE et al., 2016).

A apresentação da doença hidática esplênica pode variar muito, incluindo compressão arterial renal e hipertensão sistêmica, podendo ainda ocorrer a ruptura do cisto hidático esplênico para outros órgãos (CELEBI et al., 2006).

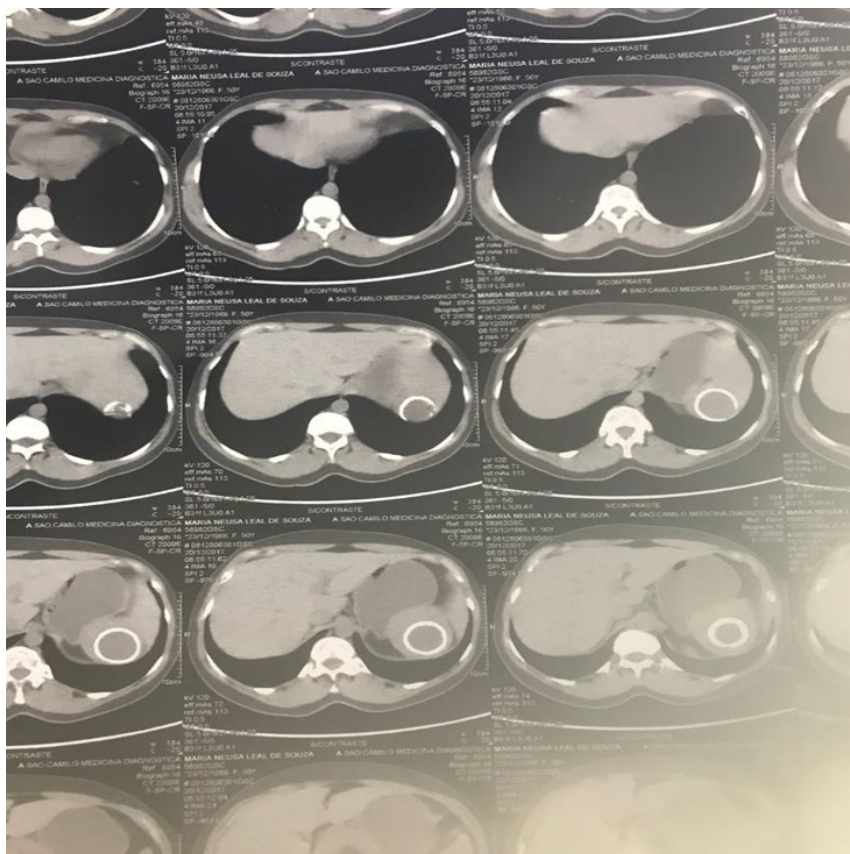
O tratamento de escolha é a esplenectomia para a remoção completa do cisto devido ao alto risco de ruptura nesses pacientes (CELEBI et al., 2006). A esplenectomia é mais indicada para pacientes adultos e é necessária quando o cisto é grande. A excisão parcial do baço pode ser indicada para pacientes mais jovens, que podem ter infecções pneumocócicas aumentadas após esplenectomia total (SINGAL et al., 2016).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, residente no interior do Paraná, apresentou-se com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito e empachamento pós prandial, com evolução de três meses. O exame clínico não revelou nenhum sinal que ajudasse na hipótese diagnóstica, portanto foi solicitada uma tomografia computadorizada de abdômen e uma endoscopia digestiva alta. A endoscopia digestiva evidenciou a presença de gastrite enantematosa leve, no mesmo procedimento foi realizada biópsia para pesquisa de *Helicobacter pylori*, a qual resultou positivo. A paciente foi medicada com Inibidor de bomba de prótons (Omeprazol) 40 mg de 12/12h por 28 dias, Amoxicilina 1 g de 12/12h por 14 dias e Claritromicina de 500 mg de 12/12h por 14 dias. Após 28 dias de tratamento, a paciente foi submetida a nova avaliação, nova endoscopia digestiva com nova pesquisa de *Helicobacter Pylori* foi realizada, com resultado negativo. A paciente relatou melhora dos sintomas.

A tomografia computadorizada mostrou, em região esplênica, a presença de um cisto de seis centímetros, com margens realçadas devido à calcificação dele, o laudo médico confirmou a presença de cisto hidático esplênico (fig. 1). Exames laboratoriais foram solicitados e realizados (Alanina aminotransferase,

Aspartato aminotransferase, Fosfatase alcalina, Gama GT, Bilirrubina total e fração, Coagulograma, Albumina e Hemograma Completo), mas os resultados não apresentaram nenhuma alteração. A paciente foi encaminhada para avaliação e possível intervenção cirúrgica. Até o momento a paciente não retornou para acompanhamento, conforme solicitado.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o cisto hidático seja considerado frequente e normalmente encontrado por todo o mundo, a ocorrência do cisto hidático esplênico costuma ser rara. De uma forma geral ele é subdiagnosticado, principalmente porque na maioria das vezes é assintomático. Um achado radiográfico, como foi esse caso, de localização rara, é uma possibilidade ímpar de tratar o paciente antes do aparecimento de sinais e sintomas e, principalmente, antes da ocorrência de danos maiores, como a ruptura do cisto.

REFERÊNCIAS

CELEBI, S. et al. A Splenic Hydatid Cyst Case Presented with Lumbar Pain. **Internal Medicine**, v. 45, n. 17, p. 1023–1024, 2006.

MATOSSIAN, R. M.; RICKARD, M. D.; SMYTH, J. D. Hydatidosis: a global problem of increasing importance. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 55, n. 4, p. 499–507, 1977.

SALAMONE, G. et al. Uncommon localizations of hydatid cyst. Review of the literature. II **Giornale di Chirurgia**, v. 37, n. 4, p. 180–185, 11 dez. 2016.

SINGAL, R. et al. A giant splenic hydatid cyst. **Proceedings (Baylor University. Medical Center)**, v. 29, n. 1, p. 55–57, jan. 2016.

CAPÍTULO 8

CISTO HIDÁTICO RECIDIVANTE

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Camila Beltrão Santana de Araújo

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/2942032972511810>

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/7584100189971187>

Sergio Renato Pais Costa

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/9186476034035226>

RESUMO: A hidatidose é uma zoonose endêmica na América do Sul, principalmente em países como Peru, Chile, Argentina, Uruguai e no sul do Brasil. Sua incidência nesses locais chega a 50 casos por 100.000 habitantes. O principal órgão afetado é o fígado, seguido pelo pulmão. Apesar do conhecimento dos agentes etiológicos e seu ciclo de vida, o manejo da doença é complexo, faltando evidências mais robustas, principalmente nos casos de recidiva, como o que é apresentado nesse artigo.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto hidático, cisto hepático, cisto hepático benigno.

RELAPSE OF ECHINOCOCCOSIS CYST

ABSTRACT: Echinococcosis is a zoonotic infection endemic in areas such as Peru, Chile, Argentina, Uruguay, southern Brazil. The human incidence can exceed 50 per 100,000 person-years in areas of endemicity. The primary organ affected is the liver followed by lungs. Despite all the knowledge about this disease, it remains one of the 17 neglected tropical diseases.

KEYWORDS: Echinococcosis cyst, liver cyst.

INTRODUÇÃO

O cisto hidático é uma lesão decorrente da infecção por helmintos do gênero *Echinococcus*, sendo a espécie *Echinococcus granulosus* a mais relacionada a hidatidose cística¹. Os sintomas dependem da localização e do tamanho do cisto. O fígado é acometido em 2/3 dos casos, seguido de pulmão e, menos frequentemente, cérebro, rins, ossos, pâncreas e musculatura esquelética².

Na maioria dos casos, os pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é incidental. Contudo, a depender do tamanho, pode ocorrer efeito de massa, levando à colestase, hipertensão portal e síndrome de Budd-Chiari. Raramente, há ruptura do cisto³, levando à peritonite. Também pode haver infecção secundária, formando-se abscessos hepáticos.

A cirurgia representa uma opção terapêutica importante devido seu potencial de levar a cura, principalmente naqueles casos de

formas simples de hidatidose cística². No entanto, as taxas de recorrência após cirurgia ficam em torno de 10%.

RELATO DE CASO

Apresentamos o caso clínico do paciente IBS, 47 anos, com diagnóstico e tratamento prévios de cisto hidático há 13 anos. À época, paciente apresentava-se com dor em hipocôndrio direito e icterícia. Foi feito o diagnóstico de hidatidose pelas características da imagem ultrassonográfica, sendo, em seguida, submetido à hepatectomia parcial esquerda.

Manteve-se assintomático por 11 anos, quando houve retorno da dor em hipocôndrio direito, de características semelhantes de outrora, porém não queixava-se de icterícia, colúria ou acolia. Solicitada ultrassonografia, que revelou diversas imagens císticas em lobo esquerdo remanescente. Complementou-se estudo com ressonância magnética que mostrou fígado com formação expansiva cística heterogênea, multicística e multilobulada, ocupando sítio de lobectomia esquerda prévia, sem plano de clivagem com os segmentos hepáticos remanescentes, com a veia cava retro-hepática e com as estruturas do hilo hepático, medindo cerca de 11.3x7,5x8,4 cm. Lesão circundava completamente e determinava compressão sobre o ducto hepático comum e o colédoco, condicionando leve dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Sugeria, então, recidiva da hidatidose hepática.

Assim, pela proximidade da lesão com vias biliares e vasos sanguíneos nobres (veia cava e artéria hepática esquerda), foi programada peri-cistectomia, na qual fizemos esvaziamento do cisto por punção, ressecção do mesmo, seguida de lavagem com solução salina hipertônica e fulgurização com eletrocautério.

Evoluiu com bilioma infectado, que não respondeu à antibioticoterapia, sendo submetido à reabordagem, por laparotomia exploradora. Após, teve boa evolução, recebendo acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÃO

Ao passo que a cirurgia constitui um importante modalidade terapêutica no contexto da hidatidose hepática, recidivas não são raras. Ainda há carência de evidências científicas que indiquem fatores preditivos para recorrência da doença.

REFERÊNCIAS

Eckert J, Deplazes P. Biological, Epidemiological , and Clinical Aspects of Echinococcosis , a Zoonosis of Increasing Concern. 2004; 17(1):107–35

Agudelo Higuaita NI, Brunetti E, McCloskey C. Cystic Echinococcosis. *J Clin Microbiol.* 2016;54(3):518-523. doi:10.1128/JCM.02420-15

Gavidia CM, Gonzalez AE, Zhang W, Mcmanus DP, Lopera L, Ninaquispe B, et al. Diagnosis of Cystic Echinococcosis, Central Peruvian Highlands. 2008;14(2).

Dziri C, Haouet AEK, Fingerhut AEA. Management of Cystic Echinococcosis Complications and Dissemination: Where is the Evidence ? 2009;1266–73.

Jerraya H, Khalfallah M. Predictive factors of recurrence after surgical treatment for liver hydatid cyst. 2015;86–93.

CAPÍTULO 9

COLANGIOCARCINOMA EM PACIENTE JOVEM COM SÍNDROME DE DOWN

Data de aceite: 03/11/2020

Luis Gustavo Cavalcante Reinaldo

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3560569134658306

Renata Brito Aguiar de Araújo

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3513401368973775

Erisson de Andrade Brito

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 3513401368973775

Auriane de Sousa Alencar

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8415587622408956

Ilana de Meneses Silva

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8001948623245949

Thiago de Melo Diniz

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8256275753985635

Raimundo José Cunha Araújo Júnior

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 4410593659649450

Karoline Dantas de Moraes

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8199275827351799

Hormone Oliveira Rodrigues

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 0346294914562009

Daniel de Alencar Macedo Dutra

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 6227909324275903

Thiago Soares Gondim Medeiros

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 8966019924323280

Andressa Ravelli Gomes da Costa

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina-PI
ID Lattes: 6882650569760235

RESUMO: O relato descreve o caso de um paciente jovem, portador de síndrome de Down, que evoluiu com síndrome colestática com achados de imagem compatível com neoplasia de vesícula biliar ou colangiocarcinoma. Paciente foi submetido a biópsia por ecoendoscopia cujo o resultado do anátomo patológico evidenciou tratar-se de colangiocarcinoma. Optou-se então por realizar uma colangiopancreatografia

retrograda endoscópica (CPRE) com colocação de duas próteses para drenagem de via biliar, tendo sido definido por cuidado paliativo. O colangiocarcinoma tem fatores de risco bem estabelecidos e estão sendo estudados outros fatores predisponentes como a mutação genética, porém, não se encontrou associação na literatura de colangiocarcinoma e síndrome de Down.

PALAVRAS-CHAVE: Colangiocarcinoma; jovem; síndrome de Down.

ABSTRACT: The report describes the case of a young patient with Down syndrome, who developed cholestatic syndrome with imaging findings compatible with gallbladder neoplasia or cholangiocarcinoma. The patient underwent a biopsy by echoendoscopy, the result of the pathological anatomy of which proved to be cholangiocarcinoma. It was then decided to perform an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with the placement of two prostheses for drainage of the bile duct, having been defined by palliative care. Cholangiocarcinoma has well-established risk factors and other predisposing factors such as genetic mutation are being studied, however, no association has been found in the literature on cholangiocarcinoma and Down syndrome.

KEYWORDS: Cholangiocarcinoma; young; Down's syndrome.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, 45 anos, sexo masculino, natural e procedente de Teresina – PI. Sabidamente portador de síndrome de Down e dislipidemia. Apresentou em janeiro de 2019 quadro de icterícia, prurido, colúria e acolia fecal, sendo encaminhado ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU UFPI), para seguimento do caso. Ao exame físico: bom estado geral, acianótico, eupnéico, icterico 3+/4+. Laboratório: bilirrubina total: 22, direta: 16,3, fosfatase alcalina: 1609, Gama GT: 730; TGP: 159, TGO: 99, Ca 19.9: 11,9, hemoglobina: 11,1, leucócitos: 14630. Realizou colangiorressonância e ressonância abdominal que evidenciaram massa hepática em segmentos IV e V acometendo parede da vesícula e confluência dos ductos com invasão linfonodal (Figura 1). Realizada ecoendoscopia com biópsia cujo resultado do anátomo patológico evidenciou colangiocarcinoma. Sendo submetido a colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE) com colocação de duas próteses para drenagem de via biliar, tendo sido definido por cuidado paliativo.

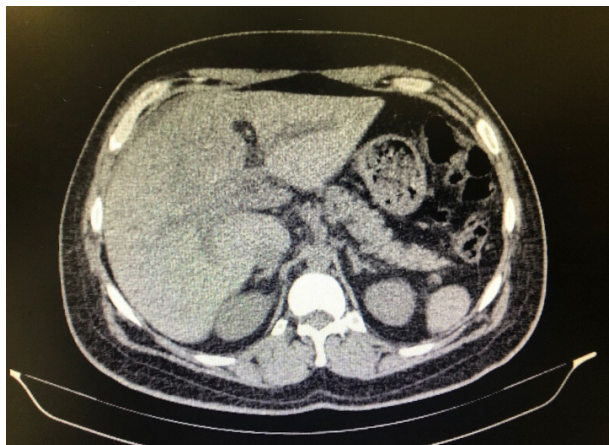


Figura 1: Achados tomográficos de colangiocarcinoma, HU UFPI – 2019.

DISCUSSÃO

A síndrome de Down é a alteração cromossômica mais comum tendo como etiologia uma cópia adicional do cromossomo 21. O colangiocarcinoma é responsável por 3% de todas as lesões malignas do trato gastrointestinal, tendo como faixa etária mais frequente entre 50 a 70 anos de idade. Tem origem no epitélio dos ductos biliares intra ou extra-hepáticos. Tendo como fatores de risco bem estabelecidos infecções parasitárias, colangite esclerosante primária, cistos dos ductos biliares, hepatolitíase e algumas toxinas. E estão sendo estudados outros fatores predisponentes como a mutação genética, porém, não se encontrou associação na literatura de colangiocarcinoma e síndrome de Down. Sendo diagnosticado na grande maioria dos casos na fase avançada. A via endoscópica é o método de escolha para drenagem das vias biliares obstruídas sendo um procedimento pouco invasivo, que permite detectar e tratar anomalias da árvore biliar e do canal pancreático principal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faltam estudos epidemiológicos para se poder associar a síndrome de Down como fator predisponente para o colangiocarcinoma. A drenagem através da inserção de prótese por CPRE é importante para aliviar os sintomas dos pacientes com colangiocarcinoma e é uma medida pouco invasiva no tratamento paliativo.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, L et al. Colangiocarcinoma em paciente jovem: Relato de caso em João Pessoa – PB. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva Express. V28, 2017

GOMES, R et al. Expressão do receptor do fator de crescimento epitelial (EGFR) em colangiocarcinomas: fatores preditivos e sobrevida. Rev. Col. Bras. Cir, V45, p. 26-34, 2018

SOUSA, F et al. Intrahepatic Colangiocarcinoma. Rev. Portuguesa de Cirurgia. V23, p. 2-13, 2012.

CORREIA, M.; BOIN, I. Prevalência dos casos de colangiocarcinoma em um hospital universitário. Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP, n.27, p.1-1, jan, 2019.

HIDALGO, M. Colangiocarcinoma hilar (tumor de klatskin). Rev Clin Fam, n. 7, p. 69-72, 2014

CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE ENTRE TRABALHADORES EM EXPOSIÇÃO SOLAR EXCESSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Marcela Lima Sucupira

Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)
Colatina – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2307697672487327>

Paola Guimarães Cardoso

Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)
Colatina – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/9957682456562657>

Taynara Oliveira Sena

Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)
Colatina – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/1274874848982084>

Kelly Cristina Mota Braga Chiepe

Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC)
Colatina – Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2685980356645065>

RESUMO: O câncer é uma enfermidade caracterizada por um tumor formado por células que sofreram uma transformação e multiplicam-se de maneira desordenada e anormal. O presente artigo tem como ênfase descrever um dos principais tipos dessa neoplasia, o câncer de pele. Dividido em basicamente dois tipos principais (melanoma e não melanoma), esse câncer atinge principalmente pessoas brancas, geralmente do sexo feminino e que aparece com a exposição prolongada e repetida à radiação ultravioleta do sol. Portanto, a proteção solar é

a principal forma de prevenção da doença. O objetivo deste artigo foi realizar um levantamento bibliográfico sobre essa doença, a fim de entender suas características e a diferença entre seus tipos. Foi realizada uma pesquisa exploratória por meio de levantamentos bibliográficos buscando informações disponibilizadas em: livros de câncer de pele, artigos sobre a prevenção dessa doença. Também foi realizada uma entrevista com um especialista na doença e um trabalhador com exposição excessiva ao sol. Conclui verificando que ainda existe pouco conhecimento sobre a prevenção entre os trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção; incidência; câncer de pele.

KNOWLEDGE ABOUT PREVENTION OF SKIN CANCER AMONG WORKERS WITH EXCESSIVE SUN EXPOSURE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Cancer is a disease characterized by a tumor formed by cells that have undergone a transformation and multiply in a disordered and abnormal manner. This article focuses on describing one of the main types of this neoplasm, skin cancer. Divided into basically two main types (melanoma and non-melanoma), this cancer affects mainly white people, usually females and that appears with prolonged and repeated exposure to ultraviolet radiation from the sun. Therefore, sun protection is the main form of disease prevention. The objective of this article was to carry out a bibliographic survey on this disease, in order to understand its characteristics and the difference between its types. An exploratory research was carried out

through bibliographic surveys looking for information available in: skin cancer books, articles on the prevention of this disease. An interview was also conducted with a specialist in the disease and a worker with excessive exposure to the sun. It concludes by verifying that there is still little knowledge about prevention among workers.

KEYWORDS: Prevention; incidence; skin cancer.

1 | INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de câncer de pele tornou-se um problema de saúde pública mundial, sendo considerada a neoplasia mais frequente no Brasil. De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia, o câncer de pele responde por 25% de todos os diagnósticos desta doença no Brasil, sendo que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) registra, a cada ano, 135 mil novos casos. Esse fato pode ser atribuído, principalmente, ao aumento da exposição solar associada a mudanças sociais, ocupacionais e de estilos de vida da população.

A doença é causada pelo crescimento anormal e descontrolado das células epiteliais. Estas células se dispõem formando camadas e, de acordo com as que forem afetadas, são definidos os dois tipos diferentes de câncer, conforme o INCA: os não melanomas, subdivididos em carcinomas basocelulares e os espinocelulares, mais comuns na população e menos invasivos, e o melanoma, que é o tipo mais agressivo e letal de câncer da pele.

Segundo o Manual de Oncologia Clínica da UICC (União Internacional Contra o Câncer), apesar das taxas de cura sejam relevantes, é válido lembrar que ocorrem mortes, ainda que haja conscientização pública sobre a importância do diagnóstico precoce e da prevenção na redução do seu impacto. A instrução do paciente na identificação de lesões também é de extrema importância.

2 | MELANOMA

Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2017) - o melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos, pois estes se queimam com maior facilidade quando se expõem ao sol.

O melanoma pode se desenvolver na pele de qualquer parte do corpo, mas é mais propenso a aparecer em locais como o tronco (mais comum em homens), as pernas (mais comum nas mulheres), o pescoço e o rosto (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

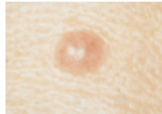
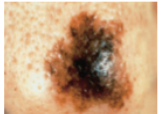

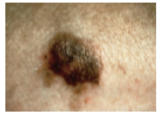



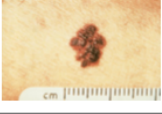
De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD (2016) o melanoma é o tipo menos frequente dentre todos os cânceres da pele, e tem o pior prognóstico e o mais alto índice de mortalidade. A SBD ainda afirma que a

hereditariedade desempenha um papel central no desenvolvimento do melanoma. Por isso, familiares de pacientes diagnosticados com a doença devem se submeter a exames preventivos regularmente.

Segundo o Instituto Oncoguia (2015), o câncer de pele em seu estágio inicial não possui, geralmente, sintomas incômodos até as lesões se tornarem muito grandes, podendo coçar, sangrar ou mesmo apresentar intensa dor, mas normalmente são visíveis e podem ser sentidas muito antes de chegar a este ponto.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2017) quando o diagnóstico do câncer de pele é feito de modo precoce, sua possibilidade de cura é alta. Desse modo, há várias maneiras para se detectar tal doença, como a regra semi-quantitativa denominada ABCD, na qual sua aplicação clínica pode melhorar o processo de detecção de lesões suspeitas (FRIEDMAN, RIGEL e KOPF, 1985).

Tabela 1. Regra ABCD. (Jerant *et al.* 2000)

Regra ABCD	Benigno	Maligno
A = Assimetria suspeita a melanoma: O tumor é dividido ao meio, e as metades não são semelhantes		
B = Borda irregular suspeita de melanoma: Bordas desiguais ou irregular.		
C = Variação de cor suspeita de melanoma: existe mais de uma cor de pigmento		
D = Diâmetro suspeito a melanoma: Caso o diâmetro seja maior que 6 mm		

Essa técnica é avaliada os seguintes aspectos (GANZELI *et al.*, 2011):

- Assimetria (A): A forma de uma metade não é igual à outra;
- Bordas (B): As bordas da lesão são frequentemente imperfeitas, pouco nítidas ou irregulares no seu contorno, e o pigmento pode estender-se;
- Coloração (C): A cor não é uniforme. Tons escuros, marrons e bronzeados podem estar presentes. Áreas brancas, cinzas, vermelhas, róseas ou azuis também podem ser encontradas;
- Diâmetro (D): Existe uma modificação no tamanho, geralmente um aumento. Os melanomas são geralmente maiores que 5 mm.

Segundo o INCA (2017), a maioria dos tratamentos do melanoma são cirúrgicos, exceto em casos muito avançados, em que cuidados paliativos são recomendados.

No estágio 0, os melanomas não se desenvolveram além da epiderme e é realizada excisão das células cancerígenas. A partir do estágio I ao III, requer uma excisão ampla do tumor, removendo também uma parte de pele normal, dependendo do local e espessura do tumor. No terceiro estágio, o tumor já atingiu os linfonodos, necessitando dissecação destes. O quarto estágio é o de mais difícil cura, pois a metástase já atingiu os linfonodos mais distantes e outras áreas do corpo.

Medicamentos que inibem o ponto de verificação do gene cancerígeno podem ser utilizados para aumentar a sobrevivência de paciente com melanoma já nesse estágio avançado (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

O uso de drogas para matar as células cancerosas (quimioterapia), pode ser usada para tratar o estágio avançado do melanoma, mas não é tão eficaz. Essa alternativa pode aliviar os sintomas ou aliviar alguns sintomas, entretanto tem efeitos colaterais como perda de cabelo, náuseas e vômito durante o tempo de tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

3 I CARCINOMAS

3.1 Carcinoma Basocelular (CBC)

Surge nas células basais, que se encontram na camada mais profunda da epiderme (a camada superior da pele). Tem baixa letalidade e pode ser curado em caso de detecção precoce. (SBD, 2016)

O CBC tem um crescimento lento, e raramente se espalha para os gânglios linfáticos ou outras partes do corpo. Entretanto, se não for tratado, pode disseminar-se para outros tecidos e órgãos. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015)

3.2 Carcinoma Espinocelular (CEC)

A SBD (2016) define o CEC como o segundo mais prevalente dentre todos os tipos de câncer. Manifesta-se nas células escamosas, que constituem a maior parte das camadas superiores da pele. As regiões da pele mais expostas ao sol, normalmente, apresenta sinais de dano solar, como enrugamento, mudanças na pigmentação e perda de elasticidade. Alguns casos da doença estão associados a feridas crônicas e cicatrizes na pele, uso de droga, rejeição de órgãos transplantados e exposição a certos agentes químicos ou à radiação.

De acordo com o INCA (2017), os sintomas relacionados ao carcinoma basocelular e espinocelular são feridas na pele cuja cicatrização demore mais de quatro semanas, variação na cor de sinais pré-existentes, manchas que coçam,

ardem, descamam. Além disso, esses carcinomas estão relacionados ao surgimento de lesão de pele em áreas de exposição solar - antebraços, colo, face, pernas. As lesões em geral se iniciam como um pequeno nódulo (caroço). Com o passar do tempo pode lesionar-se e aumentar de tamanho, podendo apresentar sangramento.

Conforme Silva e Dias (2017), a lesão característica do carcicorma basocelular é a pérola, ou seja, lesão papulosa translúcida e brilhante de coloração amarelo-palha; podendo sangrar e formar crosta, ou como uma placa seca, áspera e que descama constantemente, sem cicatrizar. Torna-se importante ressaltar, que um CBC não diagnosticado e não tratado pode tornar-se invasivo e destrutivo.

Moreira, Sabóia e Ribeiro (2015) afirmam que o carcicoma espinocelular, no entanto, tem capacidade de invasão local e de metastatização, que varia de acordo com a lesão que lhe deu origem (mucosa, semi mucosa ou pele, em ordem de gravidade). As áreas mais afetadas são as mais expostas ao sol, como face e dorso das mãos.

A American Cancer Society (2015) estipula tratamento cirúrgico de três tipos no caso de câncer de pele carcinoma: curetagem e eletro dissecação, excisão simples e cirurgia micrográfica de Mohs. A primeira é indicada para carcinomas de células basais menores que 1 cm de diâmetro; a segunda para remover os carcinomas de células basais junto com uma margem de células normais; e a terceira é a que tem melhor taxa de cura em carcinoma basocelular e especialmente útil em tumores localizados na face, couro cabeludo, área genital, dedos e tumores com taxa recidiva, além disso tem uma maior taxa de cura para tumores com mais de 2cm de diâmetro.

O Instituto Oncoguia (2015) afirma que em alguns casos de carcinomas, é feita a criocirurgia, método que usa nitrogênio em temperaturas muito baixas para destruir as lesões cutâneas. Entretanto, não é recomendada para tumores invasivos localizados em regiões como nariz, orelhas, pálpebras ou pernas. Os efeitos colaterais podem incluir a drenagem de líquido no local por 4 a 6 semanas e cicatrização lenta.

Segundo a Skin Cancer Foundation (2010), o tratamento de carcinoma espinocelular avançado pode ser de dois métodos: a dissecação dos gânglios linfáticos, que consiste na remoção regional desses quando estão aumentados ou endurecidos ou quando o câncer é profundamente invasivo e a quimioterapia sistêmica, que é uma solução para pacientes com câncer espinocelular disseminado para gânglios linfáticos ou órgãos distantes. Nos casos de carcinoma basocelular avançado é utilizado um medicamento de via oral diariamente para reduzir ou retardar o crescimento do câncer.

4 | PREVENÇÃO

A radiação ultravioleta (UV) é um dos fatores de risco que contribuem para a gênese das lesões de pele, pois facilita a mutação gênica e exerce efeito supressor no sistema imune cutâneo (CASTILHO *et al.*, 2010)

Dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) revelam que o índice ultravioleta incidido sobre o país é muito alto, o que seria suficiente para motivar a população brasileira ao uso de protetores solares e barreiras físicas contra o sol. (SILVA, *et al.*, 2015).

De acordo com a Skin Cancer Fundation (2010), existem alguns outros hábitos de exposição segura ao sol que ajudam na prevenção do câncer de pele, como por exemplo, procurar não se expor ao sol intenso das 10 horas da manhã até as 4 horas da tarde, uso de bonés, chapéus e óculos de sol com filtros, manter os recém-nascidos longe do sol, realizar autoexame da pele, da cabeça aos pés, a cada 6 meses e consultar seu dermatologista todos os anos para ser feito um exame completo da pele.

5 | MATERIAIS E MÉTODOS

Para realizar o trabalho, primeiramente, foi feita uma seleção do tema, o estabelecimento das questões e objetivos propostos. Após a delimitação do tema, foi feito um estudo descritivo e quantitativo, no qual foram coletados dados e informações a respeito do câncer de pele. Foram pesquisadas as seguintes palavras-chaves: câncer de pele não melanoma; melanoma; câncer de pele: prevenção, sintomas, tratamento; gerando alguns artigos selecionados que compreendiam as informações buscadas, sendo excluídos os que não estavam disponíveis na íntegra ou que não apresentavam elementos relevantes. Além disso, foram usados livros sobre dermatologia e o Manual de Oncologia Clínica da UICC.

Nesta pesquisa, foram incluídos também os dados do Instituto Nacional do Câncer e da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

6 | REVISÃO INTEGRATIVA E DISCUSSÃO

Este estudo tem como objetivo revisar os conceitos e definições a respeito do câncer de pele. Foram utilizados 08 artigos para elaboração do referencial teórico do trabalho, dentre os quais 05 foram selecionados e apresentados no Quadro 1.

Autores	Título do artigo	Resultado	Conclusões
Moura <i>et al.</i>	Câncer de pele: uma questão de saúde pública	Observou-se escassez em políticas públicas voltadas para o câncer de pele.	O sistema deve aprimorar-se mais para aumentar a prevenção e promover saúde.
Moreira, Sabóia e Ribeiro.	Câncer de pele não melanoma e risco ocupacional de trabalhadores ao ar livre: revisão integrativa	A pesquisa foi dividida em seis eixos e sobressaíram estudos internacionais.	A incidência do câncer de pele pode diminuir significativamente com a conscientização de trabalhadores ao ar livre e a reorientação de hábitos.
Imanichi <i>et al.</i>	Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil	A exposição contínua e cumulativa à radiação ultravioleta (RUV) faz com que haja danos ao DNA. Em um organismo idoso, muitas vezes esses danos não são possíveis de serem reparados.	Idosos passam pelos mesmos fatores que adultos em geral, porém tem o sistema imune deficiente, necessitando de maiores medidas protetoras.
Silva e Dias	Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer	A incidência do CBC mostrou-se maior do que do CEC Encontrou-se 42 biópsias com CBC (51,85%), 20 com CEC (24,69%), 3 com Melanoma (3,7%). O quantitativo feminino de CBC e CBE mostra-se maior do que o masculino nas avaliações de exames de acordo com o gênero.	A pesquisa propicia a continuidade de estudos para estimativas de incidência dos tumores, propostas específicas de promoção e prevenção, ações de conscientização e combate ao câncer na região. O estudo concluiu que o CPNM é maior incidência no sexo feminino e em pessoas de pele clara.
Veronese, Corrente e Marques.	Critérios histopatológicos para diagnóstico de melanoma maligno cutâneo: análise comparativa de sua frequência em lesões benignas e melanomas de pequena espessura.	Alguns critérios mostraram alta frequência em lesões benignas, apresentando pouca especificidade, enquanto outros tiveram menor positividade nas benignas, e alta frequência nas malignas, mostrando sua maior especificidade e importância no diagnóstico dos melanomas.	Dentre os cinco critérios estabelecidos, melanomas de pequena espessura não apresentam parte dos que são considerados mais importantes, como falta de maturação, necrose e mitoses profundas.

Quadro 1 – Resultados e conclusões dos artigos selecionados

Após a análise dos artigos selecionados, foi comprovada a grande incidência de câncer de pele, principalmente não melanoma, no sexo feminino, de acordo com Silva e Dias. Além disso, Moura *et al.* apresenta em seu estudo a comprovação da escassez de investimentos na prevenção dessa enfermidade. Imanichi *et al.* afirma que a exposição contínua e cumulativa à RUV causa um dano muito maior no idoso, se comparado a uma pessoa mais nova. A especificidade do diagnóstico

dos melanomas é muito importante para a diferenciação entre benigno e maligno, segundo Veronese, Corrente e Marques.

O alto índice dessa doença poderia, porém, ser minimizado por condutas simples como a distribuição do filtro solar, indicação do uso, educação em saúde e ênfase da importância do mesmo. Pois não basta apenas o sistema disponibilizar a prevenção sem realizar uma intensa conscientização na população, fato já observado pela SBD. Outra conduta importante a ser empregada seria o esclarecimento sobre a neoplasia, enfatizando sua importância e seu diagnóstico precoce, para que as pessoas valorizassem essas informações e comunicassem ao médico possíveis sintomas que poderiam indicar a doença (MOURA, *et al.*, 2017).

Em seu trabalho, Moura *et al* (2017) afirma que devido à sua alta gravidade e incidência, o câncer de pele é um grande problema de saúde pública, mas não existe nenhuma lei a respeito da prevenção dessa doença. Entretanto, existe a lei 4.027 de 2012 que dispõe sobre o fornecimento de protetor solar ao empregado que trabalha a céu aberto, atuando como um equipamento de proteção individual (EPI), porém essa lei, na maioria das vezes, não é cumprida.

7 | CONCLUSÃO

Frente ao alto número de câncer de pele no Brasil, este artigo procura diferenciar os tipos de câncer de pele, esclarecer sobre seu tratamento e prevenção. A detecção precoce para dar início ao tratamento adequado é crucial para maior chance de cura ao paciente. Métodos preventivos são fáceis e simples, porém o desconhecimento da população sobre estes, dificulta a diminuição da incidência dessa doença. Além disso, muitas medidas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) muitas vezes não são cumpridas, o que gera um impacto direto na sociedade. Portanto, políticas públicas que buscam a prevenção de câncer de pele no Brasil necessitam ser aperfeiçoadas para que assim, a incidência do câncer diminua.

REFERÊNCIAS

CASTILHO, Ivan Gagliardi ; SOUSA, Maria Aparecida Alves e LEITE, Rubens Marcelo Souza. **Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários.** An Bras Dermatol, p. 173-178. 2010.

FRIEDMAN, R. J.; RIGEL, D. S.; KOPF, A. W. **Early detection of malignant melanoma: The role of physician examination and self-examination of the skin.** CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 35, n. 3, p. 130–151, mai/jun. 1985.

GANZELI, Heitor de Souza; BOTTESINI, Júlia Godoy; PAZ, Leandro de Oliveira; RIBEIRO, Matheus Figueiredo Salgado. **SKAN: Skin Scanner – System for Skin Cancer Detection Using Adaptive Techniques**. IEEE Latin America Transactions, vol. 9, no. 2, abril 2011, p:206-212.

IMANICHIL, Danielle *et al.*. **Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil**. Revista Diagnóstico e Tratamento, v. 22, p. 3-7, 2017.

Instituto Oncoguia. **Câncer de pele basocelular e espinocelular**. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/cancer-home/cancer-de-pele-nao-melanoma/30/146/>>. Acesso em: 03/05/2017

Instituto Oncoguia. **Câncer de pele melanoma**. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/cancer-home/cancer-de-pele-melanoma/21/138/>>. Acesso em: 03/05/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional Do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). **Pele melanoma**. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma>. Acesso em: 03/05/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional Do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). **Pele não melanoma**. 2017. Disponível em: 13/03/2017 <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_nao_melanoma>. Acesso em 03/05/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional Do Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). **Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=ES>>. Acesso em: 17/05/2017.

MOURA, Paula Francislaine *et al.*. **Câncer de pele: uma questão de saúde pública**. Visão Acadêmica, Curitiba, v.17, n.4, Out./Dez., 2016.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2007, 1600 p.

SBD. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Câncer de pele**. 2016. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doenca/cancer-da-pele/>>. Acesso em: 19/05/2017.

SILVA, A. L. A. *et al.*. **A importância do uso de protetores solares na prevenção do fotoenvelhecimento e câncer de pele**. Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, Juazeiro do Norte, v.3, n. 1, p. 2-8, 2015.

Skin Cancer Foundation. Carcinoma basocelular. 2010. Disponível em: <<http://www.skincancer.org/pt-PT/basal-cell-carcinoma>>. Acesso em: 21/05/2017

VERONESE, Luiz Alberto; CORRENTE, José Eduardo; MARQUES, Mariangela Esther Alencar. **Crítérios histopatológicos para diagnóstico de melanoma maligno cutâneo: análise comparativa de sua frequência em lesões benignas e melanomas de pequena espessura**. Jornal Bras. Patol. Med. Lab. Rio de Janeiro, vol.43, n.5, Set/Out 2007.

CAPÍTULO 11

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DOR E SÍTIOS PRIMÁRIOS DE METÁSTASE ÓSSEA EM PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM MACEIÓ

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Pablo Anselmo Suisso Chagas

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/9385378828960792>
Maceió, Alagoas

Ariana Alencar Gonçalves Ferreira do Amaral

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/6530945862080433>
Maceió, Alagoas

Carolina Záu Serpa de Araújo

Santa Casa de Misericórdia de Maceió
<http://lattes.cnpq.br/3216621775140939>
Maceió, Alagoas

Yago Marinsch Luna Cavalcante de Lima

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/0642815375017504>
Maceió, Alagoas

Daniela de Souza Carvalho

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/9319403686836945>
Maceió, Alagoas

Wanêssa Silva Pereira Thomaz de Godoy

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/5059811557435402>
Maceió, Alagoas

Kerolayne Tavares Bezerra Mota

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/9660311651100124>
Maceió, Alagoas

Nacélia Santos de Andrade

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/6116739551272933>
Maceió, Alagoas

João Lourival de Souza Júnior

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/5818102797597568>
Maceió, Alagoas

Cesário da Silva Souza

UNIT – Centro Universitário Tiradentes
<http://lattes.cnpq.br/8397674250085897>
Maceió, Alagoas

RESUMO: Introdução: Entre as neoplasias do esqueleto, a metástase óssea é a forma mais frequente, sendo os principais sintomas relacionados à dor progressiva e noturna, sem períodos de melhora. Na literatura, os tipos de tumor que mais geram tais metástases são os de mama, pulmão, rim, tireoide e próstata. Os cuidados paliativos, enquanto área responsável por minimizar sofrimento físico e psíquico do enfermo, poderia redirecionar essa percepção dolorosa e proporcionar uma melhora da qualidade de vida e controle através do controle das crises algícas. Ao gerarem metástases para os ossos, estes tumores costumam provocar dor aguda, crônica e neuropática e faz-se necessário seu rastreio e quantificação para o melhor tratamento. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 16 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos de Maceió, Alagoas. Os dados de sexo, idade e sítio primário da neoplasia foram extraídos dos

prontuários. Já os dados relacionados aos tipos de dores, foram coletados através Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) e pela escala DN4 (Douleur neuropathique 4 questions). Número de autorização CEP/UNITAL 2.743.675.

Resultados: Dos 16 pacientes avaliados, 63% eram do sexo feminino e 38% eram do masculino; destes, 44% tinham idade acima de 65 anos. Foram observados dois casos de adenocarcinoma de próstata, três casos de câncer (CA) de pulmão e casos isolados das seguintes neoplasias: carcinoma folicular de tireoide, mieloma múltiplo, mama, rim, sincrônico próstata e rim, neoplasia mesenquimal, melanoma metastático, melanoma maligno e colo de útero. Destes pacientes, todos possuíam dor aguda e crônica, classificada e acompanhada pela EMADOR e, 12 dos 16 enquadravam-se nos critérios de dor neuropática do DN4. **Conclusão:** Faz-se necessário intensificar políticas de prevenção e rastreamento de neoplasias, particularmente da de pulmão, para que estes pacientes tenham chance de tratar antes de evoluir. Além disto, as escalas de dor são úteis para nortear o tratamento e controle das crises algícas. O cuidado paliativo trata o paciente de forma global, a fisioterapia, psicologia, nutrição e fonoaudiologia somadas a medicina melhoram consideravelmente as crises algícas e, conseqüentemente, a qualidade de vida total do portador de metástases ósseas.

PALAVRAS-CHAVE: Metástase, dor crônica, cuidados paliativos.

IMPORTANCE OF PAIN EVALUATION AND PRIMARY BONE METASTASIS SITES IN PATIENTS INTERNED IN A PALIATIVE CARE SERVICE IN MACEIÓ

ABSTRACT: Introduction: Among skeletal neoplasms, bone metastasis is the most frequent form, and the main symptoms are related to progressive and nocturnal pain without periods of improvement. In the literature, the types of tumor that most generate such metastases are breast, lung, kidney, thyroid and prostate. Palliative care, as an area responsible for minimizing the patient's physical and psychological suffering, could redirect this painful perception and provide an improvement in the quality of life and control through the control of pain crises. When they generate metastases to the bones, these tumors usually cause acute, chronic and neuropathic pain and it is necessary to track and quantify them for the best treatment. **Methodology:** Cross-sectional study conducted with 16 patients admitted to a palliative care unit in Maceió, Alagoas. Data related to sex, age and primary site of the neoplasia were extracted from medical records. Data related to types of pain, were collected using the Multidimensional Pain Assessment Scale (EMADOR) and the DN4 scale (Douleur neuropathique 4 questions). CEP / UNITAL authorization number 2,743,675. **Results:** Of the 16 patients evaluated, 63% were female and 38% were male; of these, 44% were aged over 65 years. Two cases of prostate adenocarcinoma, three cases of lung cancer (CA) and isolated cases of the following neoplasms were observed: follicular thyroid carcinoma, multiple myeloma, breast, kidney, synchronic prostate and kidney, mesenchymal neoplasia, metastatic melanoma, malignant melanoma and cervix. Of these patients, all had acute and chronic pain, classified and monitored by EMADOR, and 12 of the 16 met the neuropathic pain criteria of DN4. **Conclusion:** It is necessary to intensify policies for the prevention and screening of neoplasms, particularly lung

cancer, so these patients can have a chance to treat before progressing. In addition, pain scales are useful to guide the treatment and control of pain crises. Palliative care treats the patient globally, physiotherapy, psychology, nutrition and speech therapy combined with medicine considerably improve pain crises and, consequently, the total quality of life of patients with bone metastases.

KEYWORDS: Metastasis, chronic, pain, palliative, care.

REFERÊNCIAS

Hermes HR, Lamarca ICA. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(9):2577-88.

Kim LD, Bueno FT, Yonamine ES, Próspero JD and Pozzan G. **Bone metastasis as the first symptom of tumors: Role of an immunohistochemistry study in establishing primary tumor.** Rev Bras Ortop 53: 467-471, 2018.

Meohas, Walter; Probstner, Danielle; Vasconcellos, Roberto André Torres; Lopes, Ana Cristina de Sá; Rezende, José Francisco Neto; Fiod, Nelson Jabour. **Metástase óssea: revisão da literatura / Bone metastases: literature review.** Rev. bras. cancerol ; 51(1): 43-47, jan.-mar. 2005. illus, tab.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 19/GM de 03 de janeiro de 2002. Institui o **Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm> [acesso em 2020 set. 03].

IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 31/07/2020

Mayara Angélica Cobuci da Silva

Universidade do Estado de Mato Grosso
UNEMAT
Cáceres – MT
<http://lattes.cnpq.br/5458139693041972>

Isabela Iguatemy Forny

Universidade do Estado de Mato Grosso
UNEMAT
Cáceres – MT
<http://lattes.cnpq.br/2393962511742026>

Samira Yukari Kamiyama

Universidade do Estado de Mato Grosso
UNEMAT
Cáceres – MT
<http://lattes.cnpq.br/7933158048310617>

Thaianne Cavalcante Sérvio

Universidade do Estado de Mato Grosso
UNEMAT
Cáceres – MT
<http://lattes.cnpq.br/7222433635260959>

RESUMO: Esse trabalho objetiva avaliar a importância da prática de cuidados paliativos na qualidade de vida do paciente oncológico. Nesse sentido, os cuidados paliativos representam as atividades de assistência à saúde com foco na redução do sofrimento humano em vista de uma patologia que ameaça a continuidade da vida. O câncer é uma doença crônica progressiva

que acomete parcela significativa da população mundial. Tendo em vista minimizar o sofrimento humano, proporcionar melhoria da qualidade de vida e amenizar as angústias associadas ao diagnóstico e tratamento oncológico está a medicina paliativa. Como a prática de cuidados paliativos ainda está em consolidação no cenário brasileiro colocar o tema em evidência destacando sua relevância faz-se necessário para a melhoria da assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Neoplasias; Medicina Paliativa; Oncologia; Qualidade de vida.

IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE IN QUALITY OF LIFE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

ABSTRACT: This work aims to evaluate the importance of the practice of palliative care in the quality of life of cancer patients. In this sense, palliative care represents health care activities with a focus on reducing human suffering in view of a pathology that threatens the continuity of life. Cancer is a progressive chronic disease that affects a significant portion of world population. Palliative medicine is aimed at minimizing human suffering, improving the quality of life and alleviating the anguish associated with cancer diagnosis and treatment. As the practice of palliative care is still in consolidation in the Brazilian scenario, putting the theme in evidence highlighting its relevance is necessary for the improvement of health care.

KEYWORDS: Palliative care; Neoplasms; Palliative Medicine; Medical Oncology; Quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo é o conjunto de atividades assistencialistas voltadas tanto ao paciente quanto aos familiares em vista de uma doença progressiva caracterizada por ameaçar o prosseguimento da vida. Tal cuidado objetiva evitar e diminuir o sofrimento, além de, sobretudo, melhorar a qualidade de vida da pessoa tratada. A qualidade de vida pode ser definida como a busca pelo bem-estar do indivíduo, ressaltando não a patologia, mas a relação objetiva da doença com a subjetividade do paciente, sua interpretação acerca da realidade em que se encontra. Dessa forma, torna-se possível associar os cuidados paliativos com a área oncológica, evidenciando os benefícios dessa prática.

2 | DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O câncer é uma patologia que acomete milhões de brasileiros e previu-se incidência de 600 mil novos casos para o ano de 2019. Essa estimativa é preocupante, pois essa doença, em muitas situações, não apresenta prognóstico favorável, levando o paciente a uma condição de saúde vulnerável, que pode evoluir para o estágio terminal. Nessa perspectiva, o tratamento dos pacientes oncológicos precisa ser preconizado pela medicina, a fim de atender o indivíduo e sua família de maneira integral, gerando uma melhor qualidade de vida para ambos. Nesse tratamento deve ser incluído o cuidado paliativo, já que ele preconiza o alívio da dor, suporte psíquico-espiritual e emocional ao paciente e sua família, ademais ajuda com o processo de luto.

3 | RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A escolha do tema foi motivada pela necessidade de discussão acerca da importância dos cuidados paliativos na redução do sofrimento humano, visto que esse campo de atuação ainda está se desenvolvendo no Brasil. Muitos profissionais de saúde têm uma visão com foco na medicina curativa e, muitas vezes, a cura não é uma realidade frente ao quadro de pacientes oncológicos. Assim, a necessidade de implementar cuidados paliativos em prol de benefícios ao paciente oncológico é justificada.

4 | OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar a importância da prática de cuidados paliativos na qualidade de vida do paciente oncológico.

5 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica com base em documentos do Ministério da Saúde, literatura de referência e artigos das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS Brasil) do período de 2018 a 2019. Os descritores utilizados foram: cuidados paliativos; oncologia e câncer.

6 | RESULTADOS FINAIS

A partir da análise dos dados utilizados, observou-se que a aplicação dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos possibilita melhor enfrentamento da doença por parte do paciente e sua família. Os benefícios incluem redução da dor e ansiedade, maior adesão ao tratamento e melhor comunicação entre paciente, família e equipe multidisciplinar de saúde.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações paliativas representam um papel fundamental no alívio do sofrimento, na melhora da qualidade de vida e, principalmente, na manutenção da dignidade da pessoa tratada, o que demonstra a importância em abordar esse assunto.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana. **Cuidados Paliativos**. In: LOPES, Antônio Carlos. Clínica Médica: Diagnóstico e Tratamento. 1.ed São Paulo: Atheneu, 2014. p. 205-212.

BORRE-ORTIZ, Yeis Miguel et al. **Importance of nursing care in patients with breast cancer: A narrative review**. Salud, Barranquilla, Barranquilla, v. 34, n. 2, p. 475-493, Aug. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas de Câncer no Brasil (2018)**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2018

KUCZYNSKI, Evelyn; JUNIOR, Francisco Assumpção. **Qualidade de vida em Oncologia**. In: LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYEYASU, H. Oncologia para a graduação. 3. ed. São Paulo: Lemar, 2013. p. 284-291.

PRADO, Roberta Teixeira et al. **Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 39, e2017-0111, 2018.

SOUSA, Amanda Danielle Resende Silva e; SILVA, Liliane Faria da; PAIVA, Eny Dórea. **Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrative**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, n. 2, p. 531-540, Apr. 2019.

CAPÍTULO 13

INVESTIGAÇÃO DE TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS EM CASO SUSPEITO DE NEUROFIBROMATOSE INTESTINAL

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 19/08/2020

Antonia Rafaelly Fernandes Silva

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5771744698752013>

Caio Flavio Nascimento Mendes Ouriques

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5944381962730946>

Emanuelle Vasconcelos Ximenes

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0712374771907232>

Geterson Bezerra Moreira

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8571044484826847>

Iago Leandro de Menezes

Centro Universitário – UNINTA

Sobral - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4256622388769796>

Íkaro Iago de Carvalho Cruz

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1472948001996697>

Jessyka de Lima Dias

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

Juan Lucas Furtado Lopes

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

Manoel Otacilio Vasconcelos Neto

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1745505712479456>

Maria Beatriz Aguiar Chastinet

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6696980517632273>

Michele Maria Martins Vasconcelos

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9536469907471345>

Nicolas Matheus Ponte

Centro Universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0882859830135378>

RESUMO: INTRODUÇÃO: Os tumores estromais gastrointestinais são tumores raros de ativação oncogênica, que podem estar associados a quadros de neurofibromatose, pois existe uma maior possibilidade de acometimento nestas populações. APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente procurou atendimento com queixa de dor abdominal e ao realizar exames de imagem, observou-se presença de nodulação em fossa ilíaca direita e foi encaminhado aos cuidados da cirurgia, realizou-se laparotomia exploratória sendo evidenciado uma lesão de 5 cm, exofítica e arredondada na junção jejuno-ileal há 250 cm da válvula ileocecal. Além disso, no jejuno, há 120 centímetros da primeira lesão, detectaram-se duas outras pequenas lesões arredondadas envolvendo serosa e muscular. Durante o

procedimento foram interrogados neurofibromatose e leiomiomas. Após a exérese tumoral, procedeu-se com estudo anatomopatológico que obteve um resultado inconclusivo, sendo, portanto, realizado estudo imunohistoquímico que constatou um tumor do estroma gastrointestinal (GIST). **DISCUSSÃO:** A neurofibromatose é uma doença genética, com maior possibilidade de tumores, por muitas vezes, com diagnóstico negligenciado. Sua associação com quadros de GIST sugere condutas cuidadosas de diagnóstico e terapêutica. **COMENTARIOS FINAIS:** Deve-se estar atento para a possibilidade destes diagnósticos dado a sua variada apresentação, pois a abordagem adequada é decisiva para o prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: GIST, Neurofibromatose.

INVESTIGATION OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS IN A SUSPECTED CASE OF INTESTINAL NEUROFIBROMATOSIS

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** Gastrointestinal stromal tumors are rare tumors with oncogenic activation, which may be associated with neurofibromatosis, since there is a greater possibility of involvement in these populations. **CASE PRESENTATION:** The patient sought care complaining of abdominal pain and when performing imaging exams, the presence of nodulation in the right iliac fossa was observed and was referred for surgery, an exploratory laparotomy was performed, with a 5 cm lesion being evidenced, exophytic and rounded at the jejuno-ileal junction 250 cm from the ileocecal valve. In addition, in the jejunum, 120 centimeters from the first lesion, two other small rounded lesions involving serosa and muscle were detected. During the procedure, neurofibromatosis and leiomyomas were interrogated. After the tumor excision, we proceeded with an anatomopathological study that obtained an inconclusive result, and, therefore, an immunohistochemical study was performed that found a gastrointestinal stromal tumor (GIST). **DISCUSSION:** Neurofibromatosis is a genetic disease, with a greater possibility of tumors, often with a neglected diagnosis. Its association with GIST pictures suggests careful diagnostic and therapeutic approaches. **FINAL COMMENTS:** One must be aware of the possibility of these diagnoses given their varied presentation, as the appropriate approach is decisive for the prognosis.

KEYWORDS: GIST, Neurofibromatosis.

INTRODUÇÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal (“gastrointestinal stromal tumors” – GIST) s, não configuram os tumores mais habituais, no entanto, quando ocorrem são mais comumente encontrados, respectivamente, no estômago e intestino delgado proximal, embora possam ocorrer em qualquer porção do trato digestivo (BRASIL, 2013). O advento do quadro, geralmente, acontece por ativação oncogênica referente a fatores de crescimento derivados de plaquetas (OLIVEIRA, 2007). Embora as características de apresentação sejam sugestivas, há ocasiões em que pode-se haver algum efeito confundidor sendo, portanto, necessário uma análise

imunohistoquímica para confirmação diagnóstica (KANG, 2013).

Há uma pré-disposição para o aparecimento de GIST observada em crianças e adultos jovens que apresentam neurofibromatose tipo I (BRASIL, 2013), uma doença de transmissão genética, herdada de forma autossômica dominante com penetrância completa, com alto poder de mutação e alta propensão a formação de tumores gerais, entre eles os de estroma gastrointestinal (SOUZA, 2019).

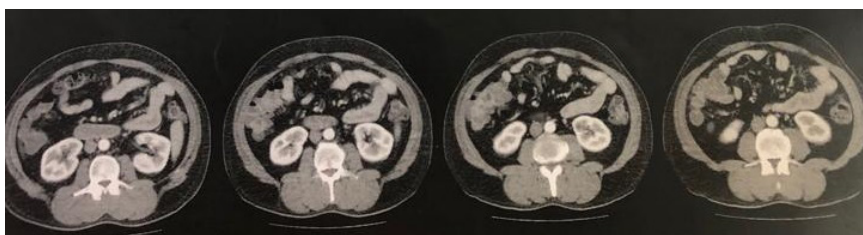
Por serem acometimentos incomumente vistos na prática médica diária, os tumores estromais apresentam-se como desafio ao diagnóstico preciso, além disso, no Brasil, as estatísticas com respeito a incidência e mortalidade destes casos (seja em associação ou não a neurofibromatose) são insuficientes (Ministério da Saúde, 2020) dificultando a adoção de planos de conduta.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 53 anos procurou atendimento com queixa de dor abdominal em aperto, de forte intensidade, em caráter de aperto, que irradiava para o dorso, sem fatores de melhoras associado.

O quadro evoluiu com piora progressiva, estimada em dez dias de evolução, ocasião a qual motivou o paciente a procurar o serviço de saúde. Após análise clínica, foi solicitado ultrassonografia de abdome total, devido quadro que mimetizava cólicas nefríticas, segundo o serviço de atendimento inicial. Este exame evidenciou nodulação nítida, hiperecogênica de limites bem definidos e com vascularização interna ao Doppler no intestino delgado.

Diante desses achados, decidiu-se por realizar uma tomografia abdominal computadorizada com contraste demonstrando lesão nodular na fossa ilíaca direita.



Encaminhado aos cuidados da cirurgia, realizou-se laparotomia exploratória sendo evidenciado uma lesão de 5 cm, exofítica e arredondada na junção jejuno-ileal há 250 cm da válvula ileocecal. Além disso, no jejun, há 120 centímetros da primeira lesão, detectaram-se duas outras pequenas lesões arredondadas envolvendo serosa e muscular. Na primeira, realizou-se uma enterectomia com ente roanostomose primária. Na segunda, realizou-se uma ressecção em cunha com

enterorrafia e revisão da hemostasia.



Durante o procedimento foram interrogados neurofibromatose e leiomiomas, a primeira hipótese diagnóstica deveu-se a presença de neurofibromas na pele, apresentação comum da doença (SOUZA, 2019), embora paciente negasse qualquer outro acometimento, acompanhamento ou conhecimento de história familiar que pudesse corroborar ao diagnóstico.

Após a exérese tumoral, procedeu-se com estudo anatomopatológico que obteve um resultado inconclusivo, sendo, portanto, realizado estudo imunohistoquímico que constatou um tumor do estroma gastrointestinal (GIST) sem associação confirmada a neurofibromatose.

DISCUSSÃO

A neurofibromatose é uma doença genética, multissistêmica com presença de neurofibromas (CHENG, 2004), sendo uma doença de acometimento sistêmico podendo apresentar-se de formas diversas que suscitam em quadros neurológicos, ósseos ou dermatológicos, por exemplo.

Relaciona-se com o aumento da incidência dos tumores GIST (5-25%) que acometem predominantemente no intestino delgado (FERNER, 2007). Em uma série de necropsias em pacientes com neurofibromatose tipo 1, foi detectada a presença de GISTs incidentais em um terço dos indivíduos (FULLER, 2001); este estudo, portanto, aventa a alta probabilidade destas entidades ocorrerem de forma concomitante, indicando a necessidade de investigação.

Exames pré-operatório e de imagem são importantes ferramentas a serem utilizadas no adequado planejamento de uma intervenção cirúrgica, tanto

emergencial quanto eletiva, como afirma MARCIEL; JUNIOR (2016) “o uso da tomografia computadorizada é, muitas vezes, um meio de diagnóstica decisivo para muitas patologias”.

Morfológicamente, os casos de GIST associados à neurofibromatose tipo 1 e esporádicos são indistinguíveis. Portanto, é coerente afirmar que estudo do material coletado em procedimento cirúrgico é prudente e aconselhável, e maneiras de viabilizá-lo de maneira rápida e eficiente devem ser implementadas em serviços de saúde pública.

Atualmente, a imunohistoquímica permite o diagnóstico diferencial entre os GISTs e os leiomiomas com maior confiabilidade, já que são neoplasias muito semelhantes e de prognósticos muito diferentes (KINOSHITA, 2004).

No presente caso, a elucidação diagnóstica ocorreu através deste exame como indica a literatura. É válido salientar que os GISTs são neoplasias muitas vezes assintomáticas e frequentemente diagnosticadas de forma ocasional. Estes tumores costumam ter comportamento imprevisível, sendo difícil prever sua evolução.

A abordagem cirúrgica destes tumores apresentam-se, em grande parte dos casos, conservadores com margens livres extensas sem a necessidade de linfadenectomia, pois as metástases para este sítio são raras, sendo mais comumente encontradas no fígado e peritônio (FILHO, 2009); o qual não coincide com o caso aqui relatado.

COMENTÁRIOS FINAIS

Embora a neurofibromatose e os GISTs sejam acometimentos raros, isoladamente e concomitantemente, deve-se estar atento para a possibilidade dado a sua variada apresentação, pois a abordagem adequada é decisiva para o prognóstico.

REFERÊNCIAS

Cheng, SP. et al. **Neurofibromatosis with gastrointestinal stromal tumors: insights into the association.** Dig Dis Sci. 2004.

Ferner RE, Huson SM, Thomas N, Moss C, Willshaw H, Evans DG et al. **Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis**, 2007.

FILHO, T. et al. **Multiple GISTs in neurofibromatosis type 1: incidental diagnosis in a patient with acute abdomen.** Brasil, 2007

FULLER, C. et al. **Gastrointestinal manifestations of type 1 neurofibromatosis (von Recklinghausen's disease).** Histopathology. 2000.

KANG, C. et al. **Beyond the GIST: Mesenchymal Tumors of the Stomach.** Japão, 2013.

Kinoshita K, Hirota S, Isozaki K, et al. **Absence of c-kit gene mutations in gastrointestinal stromal tumours from neurofibromatosis type 1 patients**, 2004.

Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil** [online]. Rio de Janeiro 2010. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/conteudo_view.asp?ID=2> Acessado em 06 ago. 2020.

Ministério da Saúde. **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)** Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/06/CP-05-Tumor--Estroma-Gastrointestinal.pdf>>. Acessado em 01 de agosto de 2020.

OLIVEIRA, R. et al. **GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR: ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO THE PROGNOSTIC**. BRASIL, 2007.

SOUZA, J. et al. **Neurofibromatosis type 1: more frequente and severe then usually thought**. São Paulo, Brasil, 2009

CAPÍTULO 14

INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA EM CASO DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: UM RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 18/08/2020

Ranna Victória Guimarães

Centro universitário Uninta

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8964759547956039>

Caio Flavio Nascimento Mendes Ouriques

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5944381962730946>

Wemerson Magalhães Medeiros

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1338902939305621>

Antônia Rafaelly Fernandes Silva

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5771744698752013>

Geterson Bezerra Moreira

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8571044484826847>

Íkaro Iago de Carvalho Cruz

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1472948001996697>

José Augusto Ferreira Lima Júnior

Centro universitário UNINTA

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9301136570937794>

Luís Luan Siqueira Arruda

Centro universitário Uninta

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7587900070617456>

Pedro Saulo Martins Moura

Centro universitário UNINTA

Sobral - Ceará

Petrônio Fonteles de Andrade

Sobral – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6621987914724200>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A incidência de tumor estromal gastrointestinal (GISTs) é rara, porém elas são as neoplasias mesenquimais mais frequentes do trato digestivo, representando de 0,1 a 3% de todos os tumores gastrointestinais. Na maioria das vezes se apresentam de forma assintomática e são descobertos de forma incidental por exames de imagens. A ressecção cirúrgica é a terapia de escolha para o tratamento desses pacientes (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011). **RELATO DE CASO:** trata-se de um paciente sintomático, apresentando quadro clínico de dor epigástrica de forte intensidade, astenia, perda de peso e exames laboratoriais sugestivos de anemia. Foi realizado uma endoscopia digestiva alta (EDA), onde detectou-se uma lesão subepitelial ulcerada sugestiva de GISTs, dessa forma, resolveu-se prosseguir a investigação com uma tomografia de abdome, na qual foi possível evidenciar uma lesão expansiva no antro gástrico que colaborou ainda mais para a nossa suspeita inicial. Diante desses achados foi indicada a realização de laparotomia exploratória. **CONCLUSÃO:** Devemos sempre nos lembrar de investigar os

tumores estromais gastrointestinais como o diagnóstico diferencial de massas sólidas no abdome, embora seja um diagnóstico raro, achados sugestivos não devem ser negligenciados.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor estromal gastrointestinal, laparotomia, lesão expansiva.

DIAGNOSTIC INVESTIGATION IN CASE OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR: A CASE REPORT

ABSTRACT: INTRODUCTION: The incidence of gastrointestinal stromal tumors (GISTs) is rare, but they are the most frequent mesenchymal neoplasms of the digestive tract, representing 0.1 to 3% of all gastrointestinal tumors. Most of the time, they appear asymptomatic and are discovered incidentally by imaging exams. Surgical resection is the therapy of choice for the treatment of these patients (OLIVEIRA, 2011; HELENO 2011; MEIRELLES, 2011). **CASE REPORT:** he is a symptomatic patient, presenting a clinical picture of severe epigastric pain, asthenia, weight loss and laboratory tests suggestive of anemia. An upper digestive endoscopy (EDA) was performed, where an ulcerated subepithelial lesion suggestive of GISTs was detected, thus, it was decided to continue the investigation with an abdominal tomography, in which it was possible to evidence an expansive lesion in the gastric antrum that collaborated. further to our initial suspicion. In view of these findings, exploratory laparotomy was indicated. **CONCLUSION:** We should always remember to investigate gastrointestinal stromal tumors as the differential diagnosis of solid masses in the abdomen, although it is a rare diagnosis, suggestive findings should not be overlooked.

KEYWORDS: Gastrointestinal stromal tumor, laparotomy, expansive lesion.

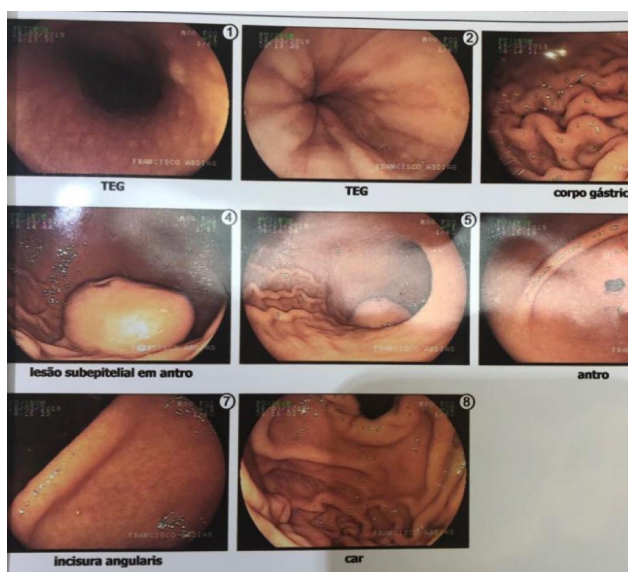
1 | INTRODUÇÃO

O tumor estromal gastrointestinal é originado a partir de células intersticiais de Cajals, as quais fazem parte do plexo mioentérico do trato digestivo e são responsáveis pelo controle da mobilidade intestinal (GREZZANA-FILHO,2009). Eles ocorrem predominantemente de forma esporádica e representam cerca de 1% das neoplasias do trato digestivo. No Brasil, o ministério da saúde estima que existam cerca de 1800 novos casos de GISTS a cada ano, onde a faixa etária mais acometida é entre a 5ª e 6ª década de vida, com igual distribuição entre os sexos (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

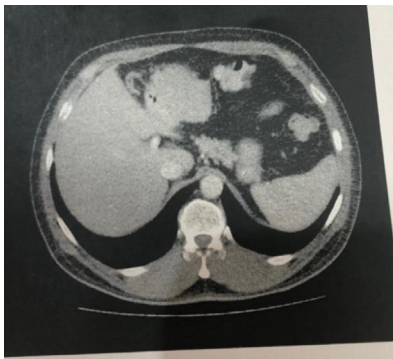
De um modo geral estão localizados na submucosa e na muscular própria dos órgãos acometidos e podem se projetar exofítica e/ou intraluminalmente levando a ulceração da mucosa ou processos obstrutivos. No trato gastrointestinal são localizados mais frequentemente no estômago, seguido pelo intestino delgado e grosso (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

2 | RELATO DE CASO

Paciente masculino, 53 anos, com queixa de refluxo gastroesofágico, epigastralgia de forte intensidade, sem fatores de melhoras associado. Além da sintomatologia apresentada associavam-se ao quadro sintomas de astenia, perda de peso – mensurada em 8 kg em dois meses- e exames laboratoriais indicativos de anemia. Ao procurar serviço de saúde foi indicada a realização de endoscopia digestiva alta (EDA), para melhor análise do caso. Após o procedimento evidenciou-se uma esofagite moderada distal, grau 8 de Los Angeles, pangastrite endoscópica enatematosa leve e lesão subepitelial ulcerada em antro sugestiva de tumor estromais gastrointestinais (GIST).



Devido ao papel limitado da EDA na avaliação das lesões subepiteliais foi sugerido à complementação com estudo tomográfico contrastado de abdome e tórax, pois era o recurso disponível no serviço para elucidação diagnóstica, conforme as primeiras impressões clínicas. A investigação tomográfica do abdome revelou lesão expansiva no antro gástrico de aspecto inespecífico sugestiva de GIST e tórax livre de metástase.



Diante destes achados, indicou-se a laparotomia, neste momento, encontrou-se tumor gástrico subepitelial de 10 cm em seu maior diâmetro, com crescimento exofítico, localizado na parede posterior do corpo gástrico distal e antral junto a grande curvatura, sem invasões de estruturas adjacentes. Foi, então, realizada uma gastrectomia não anatômica por duplo grampeamento mecânico da grande curvatura com cuidadosa dissecação do tumor, pois este possuía íntimo contato com o cólon transverso.



Posteriormente foi realizada uma imunohistoquímica, onde se evidenciou a expressão de anticorpo CD117, e foi possível concluir que o perfil imuno-histoquímico

com os achados morfológicos é consistente com tumor estromal gastrointestinal de baixo grau no estômago.

PAINEL DE ANTICORPOS		
Estômago		
Anticorpo	Clone	Interpretação
CD34	QB6nd/10	Positivo difuso em células lesionais
CD117	EP12	Positivo focal em células lesionais
Desmina	D33	Negativo
EMA	E29	Negativo
S100	POLK/LONAL	Negativo
Actina Músculo Liso (SMA)	1A4	Negativo
Caldesmon	h-CD	Positivo focal em células lesionais
DOG-1	DOG1.1	Positivo difuso em células lesionais

MICROSCOPIA E PARECER DIAGNÓSTICO	
<p>Estômago O perfil imuno-histoquímico em conjunto com os achados morfológicos é consistente com TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL (GIST) de baixo grau do estômago. ✓</p> <p>- Estadiamento patológico (AJCC 8ª edição): pT3 pNx - Avaliação de risco de tumor estromal gastrointestinal primário (GIST): baixo - 3,4% * Guidelines for Risk Assessment of Primary Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST).</p> <p>Metodologia: Recuperação antigênica: calor Amplificação: streptavidina-biotina peroxidase Revelação: diaminobenzidina Controles: adequados</p>	
MACROSCOPIA	
<p>Estômago Exame realizado no bloco: 1000069152 Cassete 1 - 1000069152 Lesão</p>	

3 | DISCUSSÃO

Os GITS se apresentam frequentemente de forma assintomática, sendo diagnosticado na maioria das vezes através de exames de imagens. Estes tumores costumam ter um comportamento imprevisível, sendo difícil prever a sua evolução (GREZZANA-FILHO,2009). Em fases iniciais, o tumor geralmente não apresenta sintomas, mas a medida que cresce começam a surgir as primeiras manifestações clínicas. De uma maneira geral, se apresenta com dor abdominal, sangramento, massa abdominal palpável, anemia ferropriva, sintomas dispépticos, emagrecimento, e se projetam exofitalmente em direção à luz dos órgãos envolvidos, como no caso apresentado (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

A disseminação tumoral ocorre por invasão a órgãos adjacentes, via hematogênica, ou peritoneal, acometendo mais frequentemente fígado e peritônio e menos frequente pulmões e linfonodos (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

Sobre sua investigação a conduta indica é a realização de exames de imagens, ecoendoscopia com punções para obtenção de resultados histológicos, avaliação das características morfológicas celulares típicas e principalmente uma

imunoistoquímica com expressão da proteína c-KIT (CD117). (OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

A tomografia computadorizada representa um exame de custos menores e disponíveis mais facilmente nos serviços para uma avaliação pré-operatória. Este exame nos permite definir a extensão do tumor e torna possível a identificação de metástase a distância. Dessa forma, é um exame bastante utilizado no estadiamento e planejamento cirúrgico dos pacientes(OLIVEIRA,2011; HELENO 2011; MEIRELLES,2011).

A ressecção cirúrgica total, como realizada no presente caso, é o tratamento de escolha para estes pacientes. Não há necessidade de margens cirúrgicas extensas e a linfonodectomia não é realizada de forma rotineira, uma vez que mesmo em fases avançadas às metástases ganglionares são raras (GREZZANA-FILHO,2009).

4 | CONCLUSÃO

Os GISTS devem sempre ser lembrados como diagnóstico diferencial das massas sólidas da cavidade abdominal, embora seja um acometimento raro. Independentemente da disponibilidade de recursos, achados sugestivos não devem ser negligenciados.

REFERÊNCIAS

DE OLIVEIRA, L. DOS R. P.; HELENO DE LIMA PACE, F.; FLÁVIO MEIRELLES DE SOUZA, A. **Tumores estromais do trato gastrointestinal: revisão da literatura**. HU Revista, v. 37, n. 2, 23 mar. 2012.

GREZZANA-FILHO, Tomaz de Jesus Maria et al . **GISTs múltiplos em neurofibromatose tipo 1: diagnóstico incidental em paciente com abdome agudo**. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 22, n. 1, p. 65-68, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202009000100015&lng=en&nrm=iso>.access on 16 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202009000100015>.

CAPÍTULO 15

MELANOMA DE CANAL ANAL: RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Laís Maria Pinto Almeida

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0466017914468293>

Ádila Cristie Matos Martins

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0760825531134476>

Letícia Assunção de Andrade Lima

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0727892773541107>

Nathalia Comassetto Paes

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0931910941439320>

Lílian Santana Marcelino de Araújo

Universidade Tiradentes
Aracaju - SE
<http://lattes.cnpq.br/7531564984238193>

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/7367512058223085>

João Pedro Venancio Lima

Universidade Federal do Ceará - UFC
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/5001211910830555>

João Pedro Matos de Santana

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/7631046524118626>

Christopher Falcão Correia

Universidade Federal do Ceará - UFC
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/2961712278291450>

Alessandra Soares Vital

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/4247247821679788>

Juliana Arôxa Pereira Barbosa

Centro Universitário Tiradentes - UNIT/AL
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/1462303247500764>

RESUMO: O melanoma é a neoplasia cutânea menos comum e de maior mortalidade. Quando ele acomete reto, região anal ou ambos é chamado de melanoma anorretal. Este tipo de neoplasia é rara e possui prognóstico reservado devido à sua agressividade, dificuldade de um diagnóstico precoce e, muitas vezes por possuir achados inespecíficos, acaba sendo confundida com outras patologias benignas comuns. Sua patogênese ainda não está esclarecida, mas existem fatores que aparentam influenciar no seu aparecimento e desenvolvimento, como a genética e imunossupressão, porém ainda pouco se sabe. Além disso, na maioria das vezes os tratamentos não proporcionam uma melhora favorável pois muitos tumores já estão em

estágio muito avançado e com metástases quando descobertos.

PALAVRAS-CHAVE: Anorretal; Canal Anal; Melanoma; Patologia; Relato de Caso.

MELANOMA OF THE ANAL CANAL: CASE REPORT

ABSTRACT: Melanoma is the least common skin cancer and has the highest mortality. When it affects the rectum, anal area or both, it is called anorectal melanoma. This type of neoplasia is rare and has a poor prognosis due to its aggressiveness, difficulty in an early diagnosis and, often for having nonspecific findings, ends up being confused with other common benign pathologies. Its pathogenesis is still unclear, but there are factors that appear to influence its appearance and development, such as genetics and immunosuppression, but still little is known. In addition, most of the time the treatments do not provide a favorable improvement because many tumors are already in a very advanced stage and with metastases when discovered.

KEYWORDS: Anorectal; Anal Canal; Melanoma; Pathology; Case Report.

1 | INTRODUÇÃO

O melanoma é o câncer menos comum dentre as neoplasias cutâneas, uma vez que o carcinoma basocelular e o espinocelular possuem maior frequência, respectivamente, porém é o que possui maior letalidade (WATSON, HOLMAN e MAGUIRE-EISEN, 2016). Por sua vez, sua apresentação anorretal é ainda mais rara e possui prognóstico desfavorável devido à dificuldade de diagnóstico precoce. Geralmente é observado em idosos a partir da sexta ou sétima década de vida, sendo as mulheres mais propensas a desenvolvê-lo (OLOGUN *et al.*, 2017). Devido a sua baixa incidência e aos sintomas inespecíficos, é comum haver erros diagnósticos, atribuindo estes achados a outras patologias comuns e benignas, como as hemorroidas (CHAE *et al.*, 2016; MEGUERDITCHIAN, METERISSIAN e DUNN, 2011).

O objetivo deste trabalho é relatar o perfil da paciente portadora de melanoma de canal anal, além de abordar a literatura acerca do tema.

2 | DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, 60 anos, encaminhada pela gastroenterologia com queixa de sangramento vivo após as evacuações que manchava vaso sanitário e papel higiênico há 10 meses. Apresentou também perda ponderal considerável associada à inapetência durante esse período. Submetida à investigação, a retossigmoidoscopia rígida constatou lesão polipoide acastanhada (Figura 1), medindo 2,0 x 2,0 cm. O anátomo-patológico indicou comprometimento de toda a extensão do fragmento biopsiado com áreas de ulceração (Figuras 2 a 5), sendo Espessura de Breslow: 2,0 cm, Nível de V de Clark e índice mitótico maior que 8 mitoses por campo de

grande aumento, sendo compatível com Melanoma de Canal Anal posteriormente comprovado por imunohistoquímica. Com estadiamento patológico TNM T4b, NX e MX, a paciente foi encaminhada para serviço de oncologia para dar início ao tratamento. O desfecho da história da paciente é incerto uma vez que a mesma não retornou ao serviço após o descrito.

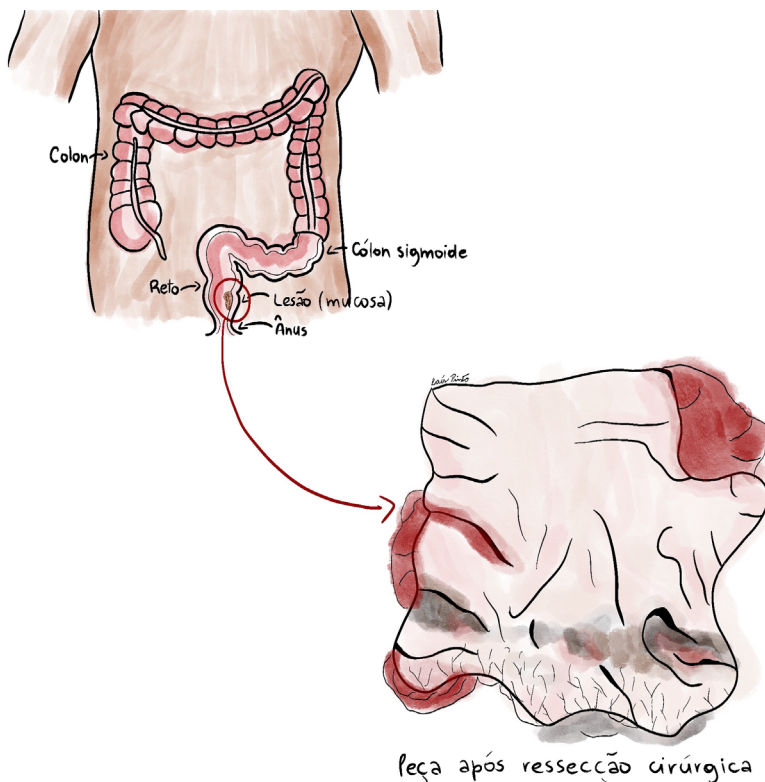


Figura 1 - Representação ilustrativa da lesão macroscópica, de aspecto preto amarronzado, após ressecção cirúrgica.

Fonte: o autor (2020).

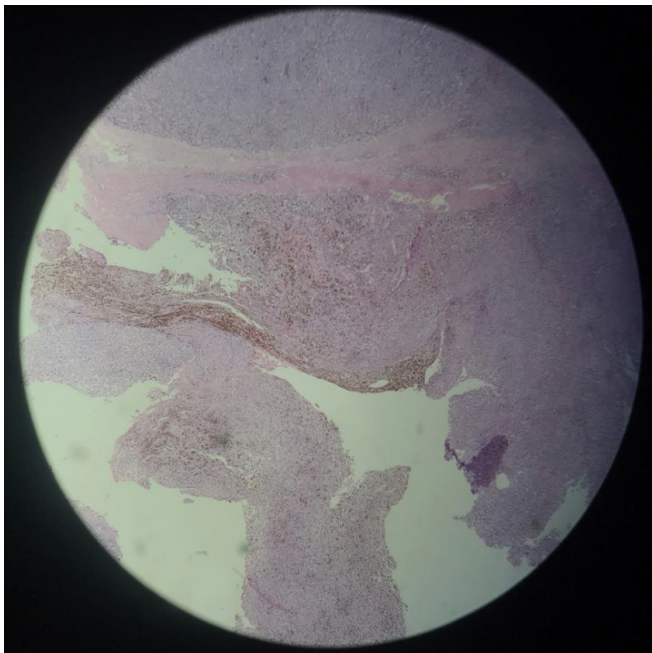


Figura 2 - Melanoma em canal anal representado por área de melanina abundante e algumas células neoplásicas relativamente espaçadas. Aumento: 4X. Coloração: HE.

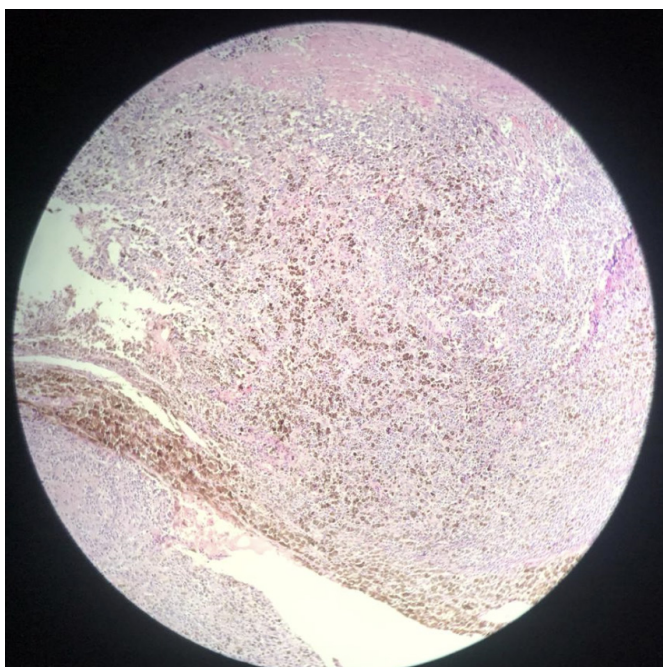


Figura 3 - Melanoma em canal anal representado por área de melanina abundante e algumas células neoplásicas relativamente espaçadas. Aumento: 10X. Coloração: HE.

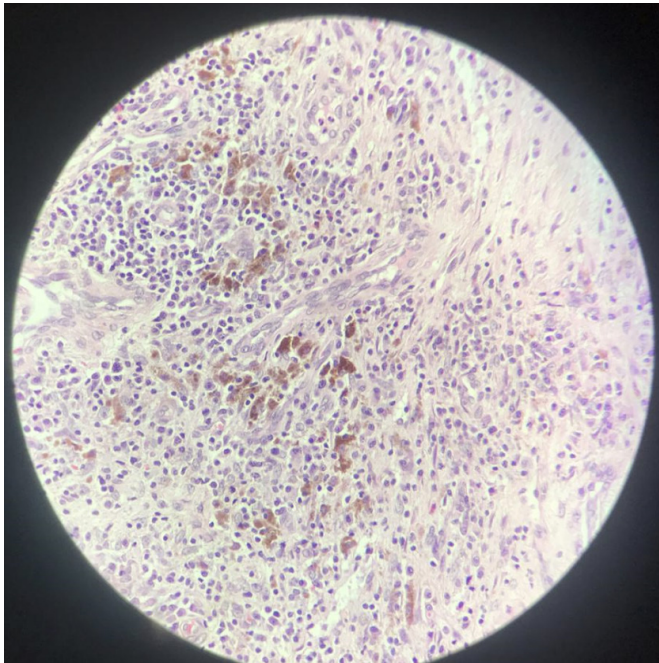


Figura 4 - Área contendo poucas células neoplásicas espaçadas contendo melanina.
Aumento: 40X. Coloração: HE.

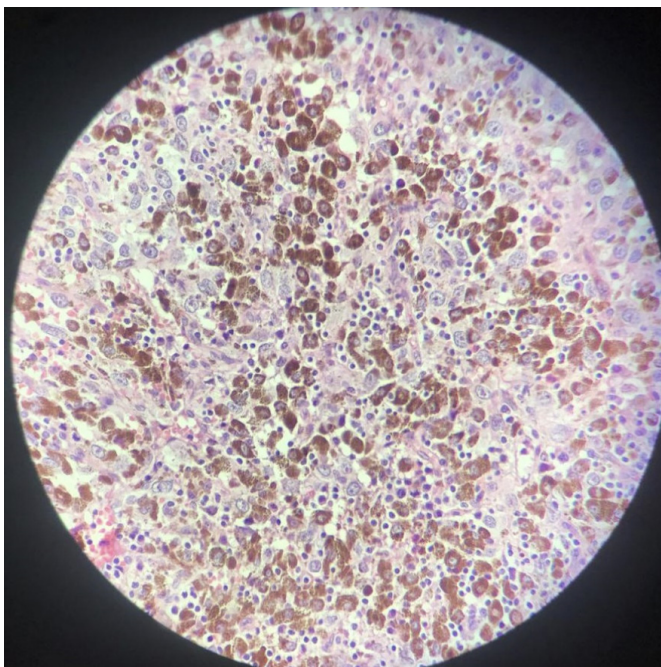


Figura 5 - Área com grande abundância de células neoplásicas contendo melanina.
Aumento: 40X. Coloração: HE.

3 | DISCUSSÃO

O melanoma é um tumor maligno mesenquimal originário dos melanócitos, sendo a pele a principal localização dessa neoplasia e a radiação ultravioleta B é o principal fator de risco para o desenvolvimento desta lesão. Entretanto, por a mucosa anal não ser uma área comumente exposta à luz do sol, o gatilho para o desenvolvimento de melanoma anal ainda não foi identificado (KOBAKOVA *et al.*, 2018). Além disso, os melanomas anorretais primários são consideradas raros e agressivos, sendo responsáveis por 0,1 a 4,6% dos tumores do canal anal. Ademais, os melanomas de mucosa representam aproximadamente 1,2% de todos os melanomas, dos quais menos de 25% são anorretais (CHAE *et al.*, 2016). As lesões podem afetar o canal anal, reto ou ambos, mas a grande maioria dos tumores está localizada em borda anal (MALAGUARNERA *et al.*, 2018).

Apesar de ser raro, a região anorretal é a terceira localização mais frequente para melanomas, ficando atrás apenas da pele e dos olhos (MIREIA e CARLOS, 2020). A idade média de diagnóstico é a partir da sexta década de vida e uma vez que é mais prevalente em pessoas brancas e há um discreto predomínio em mulheres (YOUNG *et al.*, 2020), a Austrália e a Nova Zelândia têm uma predominância mais alta dessa condição, com cerca de 67% dos pacientes já possuindo a doença metastática no momento do diagnóstico. (KOBAKOVA *et al.*, 2020). Ademais, a sobrevida em cinco anos é de 10 a 20%, como sobrevida mediana inferior a 2 anos (OLOGUN *et al.*, 2017).

Sua etiologia não é bem estabelecida, mas algumas hipóteses sugerem que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são fatores de risco, uma vez que a imunossupressão está associada ao surgimento do melanoma anorretal (MIREIA e CARLOS, 2020). Além disso, hoje se sabe que o melanoma anorretal possui semelhanças genéticas e etiológicas com outros melanomas mucosos, o que pode ajudar estudos futuros na investigação dessa neoplasia (MALAGUARNERA *et al.*, 2018).

Os sintomas relacionados ao tumor primário incluem eliminação de muco e/ou sangue pelas fezes, dor ou desconforto, prurido anal, sensação de evacuação incompleta, externalização do tumor e mudança no hábito intestinal (MALAGUARNERA *et al.*, 2018); em caso de doença metastática, outros sintomas como perda de peso, anemia, fadiga e crescimento de massas pélvicas podem estar presentes. A descoberta tardia, devido ao sintomas não característicos, é comum e esse fator, combinado à agressividade do melanoma, leva frequentemente a um quadro de complicações sistêmicas avançadas (KOBAKOVA *et al.*, 2018).

O diagnóstico é feito por colonoscopia combinada à biópsia com posterior coloração da imunohistoquímica. A colonoscopia detecta a morfologia da lesão,

avaliando as margens, coloração, superfície, tamanho, entre outros. É importante ressaltar que 20 a 30% dos tumores são amelanóticos, aparentando ser lesões polipoides benignas. Por sua vez, o estudo histológico caracteriza o tipo de célula, o grau da pigmentação e o índice mitótico (MALAGUARNERA *et al.*, 2018).

O manejo cirúrgico do melanoma de canal anal inclui ressecção abdominoperineal ou ampla excisão local. Constata-se que não há diferença na sobrevida dos pacientes independente do método utilizado, fazendo com que seja mais recomendada a cirurgia local em detrimento da radical. A ressecção abdominoperineal geralmente é feita quando não há possibilidade de ressecar o tumor completo, como acontece em tumor circunferencial ou quando há invasão das estruturas adjacentes. Por sua vez, as terapias adjuvantes não apresentam bons resultados quanto à sobrevida, mas mantém o controle esfinteriano (OLOGUN *et al.*, 2017; PARRA *et al.*, 2010).

4 | CONCLUSÕES

A ocorrência de melanoma de canal anal possui baixa frequência e prognóstico reservado com um alto índice de mortalidade, uma vez que o diagnóstico precoce é difícil de ser realizado, muitas vezes confundido com outras doenças, e por ser uma patologia agressiva. Ademais, independente da intervenção utilizada após o diagnóstico, a sobrevida do paciente permanece baixa. Por este motivo, são necessárias medidas para sua prevenção, como a redução à exposição ao sol, por sua ligação genética com o melanoma cutâneo, e devem ser considerados fatores que facilitem o diagnóstico, realizando biópsia em lesões anorretais atípicas, melhorando a velocidade do diagnóstico e diminuindo as chances de um diagnóstico incorreto. Além disso, são necessários mais estudos quanto à patogênese, etiologia e possíveis tratamentos para essa patologia.

REFERÊNCIAS

CHAE, W. Y.; LEE, J. L.; CHO, D.-H.; YU, C. S.; ROH, J.; KIM, J. C. **Preliminary Suggestion about Staging of Anorectal Malignant Melanoma May Be Used to Predict Prognosis.** Cancer Research and Treatment, v. 48, n. 1, p. 240–249, 15 jan. 2016.

KOBAKOVA, I.; STOYANOV, G.; POPOV, H.; SPASOVA-NYAGULOVA, S.; STEFANOVA, N.; STOEV, L.; YANULOVA, N. **Anorectal Melanoma - a Histopathological Case Report and a Review of the Literature.** Folia Medica, v. 60, n. 4, p. 641–646, 1 dez. 2018.

MALAGUARNERA, G.; MADEDDU, R.; CATANIA, V. E.; BERTINO, G.; MORELLI, L.; PERROTTA, R. E.; DRAGO, F.; MALAGUARNERA, M.; LATTERI, S. **Anorectal mucosal melanoma.** Oncotarget, v. 9, n. 9, p. 8785–8800, 2 fev. 2018.

MEGUERDITCHIAN, A.-N.; METERISSIAN, S. H.; DUNN, K. B. **Anorectal Melanoma: Diagnosis and Treatment**. Diseases of the Colon & Rectum, v. 54, n. 5, p. 638–644, maio 2011.

MIREIA, M. R.; CARLOS, C. S. **Anal Melanoma**. Diseases of the Colon & Rectum, v. 63, n. 5, p. 573–576, 2 maio 2020.

OLOGUN, G. O.; STEVENSON, Y.; SHEN, A.; RANA, N. K.; HUSSAIN, A.; BERTSCH, D.; CAGIR, B. **Anal Melanoma in an Elderly Woman Masquerading as Hemorrhoid**. Cureus, v. 9, n. 11, p. 10–12, 26 nov. 2017.

PARRA, R. S.; ALMEIDA, A. L. N. R. DE; BADIALE, G. B.; MORAES, M. M. F. DA S.; ROCHA, J. J. R.; FÉRES, O. **Melanoma of the anal canal**. Clinics, v. 65, n. 10, p. 1063–1065, 2010.

WATSON, M.; HOLMAN, D. M.; MAGUIRE-EISEN, M. **Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk**. Seminars in Oncology Nursing, v. 32, n. 3, p. 241–254, ago. 2016.

YOUNG, A. N.; JACOB, E.; WILLAUER, P.; SMUCKER, L.; MONZON, R.; OCEGUERA, L. **Anal Cancer**. Surgical Clinics of North America, v. 100, n. 3, p. 629–634, jun. 2020.

CAPÍTULO 16

MORTALIDADE POR CÂNCER GÁSTRICO: UM RECORTE DENTRO DO NORDESTE BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2008 A 2017

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Christopher Falcão Correia

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/2961712278291450>

João Pedro Venancio Lima

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/5001211910830555>

Nathalia Comassetto Paes

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0931910941439320>

Lílian Santana Marcelino de Araújo

Universidade Tiradentes
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/7531564984238193>

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/7367512058223085>

Letícia Assunção de Andrade Lima

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0727892773541107>

Laís Maria Pinto Almeida

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0466017914468293>

João Pedro Matos de Santana

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/7631046524118626>

Alessandra Soares Vital

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/4247247821679788>

Ádila Cristie Matos Martins

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0760825531134476>

Adryane Gomes Mascarenhas

Universidade Federal do Sul da Bahia
Teixeira de Freitas - BA
<http://lattes.cnpq.br/5103305086138564>

Juliana Arôxa Pereira Barbosa

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/1462303247500764>

RESUMO: O câncer gástrico (CG) possui alta prevalência, sendo o quarto tipo mais recorrente entre homens e sétimo entre mulheres no mundo. Ademais, o diagnóstico em estágio avançado diminui radicalmente a sobrevida, o que coloca o CG como terceiro em mortalidade por neoplasias. Os países emergentes têm baixa adesão a programas de triagem de GC, levando a sobrevida em 5 anos para 20%. No Brasil, incidência do CG varia de acordo com a região, de modo que a Bahia é o segundo estado

do Nordeste em mortes por CG. **Objetivo:** Levantar dados acerca da mortalidade de CG na região Nordeste, com destaque para a Bahia e sua capital, Salvador, no período de 2008-2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza quantitativa, com coleta de dados de CG do Instituto Nacional do Câncer, para ambos os sexos, na região do Nordeste, no período de 2008-2017. **Resultados:** Na região Nordeste, a distribuição proporcional primária do tumor, em ambos os sexos, no período de 2008-2012, alcançou 7,84 e, de 2013-2017, alcançou 7,25. Já o estado da Bahia, no período de 2008-2012, alcançou 7,4 e, de 2013-2017, 6,64. Ao passo que Salvador, nesses mesmos períodos, 2008-2012 e 2013-2017, obteve 6,08 e 6,04, respectivamente. Vale ressaltar que, no período de 2013-2017, a mortalidade relativa ao sexo feminino foi 0,45% maior que de 2008-2012. Nenhum outro aumento foi observado. **Conclusão:** O declínio da mortalidade de CG nas localidades descritas é consonante com o observado mundialmente. As altas taxas de mortalidade, no entanto, indicam que o CG persiste como um preocupante problema de saúde, sendo de fundamental importância a melhoria no acesso e qualidade dos programas de triagem, bem como criação de programas de educação em saúde e atualização dos já existentes, que sejam eficazes na prevenção primária, a fim de conscientizar sobre os fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer Gástrico; Epidemiologia; Mortalidade; Oncologia.

GASTRIC CANCER MORTALITY: A FOCUS ON THE NORTHEAST OF BRAZIL BETWEEN 2008 TO 2017

ABSTRACT: Gastric cancer (GC) has a high prevalence, being the fourth most recurrent type among men and seventh among women in the world. Moreover, the diagnosis in an advanced stage radically decreases survival rates, which places GC as the second in mortality from neoplasms. Emerging countries have low adherence to GC screening programs, bringing 5-year survival to 20%. In Brazil, the incidence of GC varies according to the region, so Bahia is the second state in the Northeast in deaths from GC. **Aim:** To collect data on GC mortality in the Northeast region, especially Bahia and its capital, Salvador, in the period 2008-2017. **Methodology:** This is an epidemiological study, with quantitative nature, collecting GC data from the National Cancer Institute (INCA), for both sexes, in the Northeast region, between 2008-2017. **Results:** In the Northeast region, the primary proportional distribution of the tumor, in both sexes, in the period 2008-2012, reached 7.84 and, between 2013-2017, reached 7.25. The state of Bahia, in the period 2008-2012, reached 7.4 and, between 2013-2017, 6.64. Regarding Salvador, in these same periods, 2008-2012 and 2013-2017, the city obtained 6.08 and 6.04, respectively. It is noteworthy that, in 2013-2017, mortality relative to females was 0.45% higher than in 2008-2012. No other rates increases were observed. **Conclusion:** The decline of gc mortality in the described localities is like observed worldwide. The high mortality rates, however, indicate that GC persists as a major health problem, being of fundamental importance the improvement in the access and quality of screening programs, as well as the creation of health education programs and updating existing ones, which are effective in primary prevention, in order to raise awareness about risk factors.

KEYWORDS: Gastric Cancer; Epidemiology; Mortality; Oncology.

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico (CG) é uma das principais causas de morte no mundo, destacando-se como o quarto tipo de câncer mais recorrente entre homens e o sexto entre mulheres (FERLAY et al., 2015; SOUZA GIUSTI et al., 2016). Em 2018, sua prevalência mundial foi de 1,03 milhão de casos, enquanto sua mortalidade foi de 783 mil (BRASIL, 2018). Somado a isso, quase 80% dos pacientes com CG são diagnosticados em estágio avançado, o que diminui radicalmente sua sobrevida, sendo a terceira maior mortalidade dentre as relacionadas a neoplasias (BRAY et al., 2018).

No Brasil, no triênio de 2020-2022, são estimados 21.000 novos casos de câncer de estômago (BRASIL, 2019). Além disso, as estatísticas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2019) demonstram uma incidência de 13,36 para homens e 7,87 para mulheres por 100.000 habitantes, revelando a predominância de casos na população masculina evidenciada pela literatura (AMORIM et al., 2014; GUIMARÃES; MUZI, 2012; ANDERSON et al., 2010). A incidência e a mortalidade do CG no Brasil variam de acordo com a região (BRAGA et al., 2019), sendo o segundo mais incidente no Norte e o terceiro no Nordeste (SANTOS, 2018).

As altas taxas de mortalidade por CG em regiões como Norte e Nordeste do Brasil, podem ser justificadas devido às discrepantes desigualdades socioeconômicas regionais e nos sistemas de saúde (UTHMAN; JADID; MORADID, 2013; BRAGA et al., 2019). Em 2015, a Bahia foi o segundo estado do Nordeste com maior quantitativo de mortes por CG (GUERRA et al., 2017), sendo esse, já em 2012/2013, o quarto câncer mais incidente no mesmo estado (BRASIL, 2012).

Os países em desenvolvimento, como o Brasil, e as regiões com maiores níveis de desigualdade, como o Nordeste, apresentam baixa adesão a programas de triagem de CG. Tal fato reflete para que a taxa de sobrevida em cinco anos esteja em declínio nas últimas décadas (BRAGA et. al., 2019), em oposição à melhora do índice global, aspecto que destaca a importância da análise da mortalidade nessas localidades. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo levantar dados sobre a taxa de mortalidade de câncer gástrico na região Nordeste, no estado da Bahia e sua capital Salvador, no período de 2008-2012 e 2013-2017.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza quantitativa, com coleta

de dados através do Atlas On-line de Mortalidade por Câncer, do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores: (1) câncer de estômago; (2) sexo feminino e sexo masculino; (3) região do Nordeste; (4) estado da Bahia; (5) município de Salvador. Avaliou-se o número de casos de câncer de estômago nessas localidades, nos períodos de 2008-2012 e 2013-2017.

Os dados coletados da amostra incluída foram descritos sucintamente. Assim, os dados resultantes dessa avaliação foram reunidos, tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, através de tabelas e gráficos em planilhas eletrônicas, no software Excel versão 2016. Realizou-se a tabulação dos dados por meio das características e variáveis analisadas com distribuições absolutas, percentuais e cálculos das seguintes medidas estatísticas: média e desvio padrão.

Os dados compilados foram transformados em gráficos, para melhor visualização das taxas obtidas do INCA. Ademais, analisaram-se e interpretaram-se esses materiais, para selecionar e/ou excluir os dados julgados necessários para completar as informações percorridas ao longo das discussões.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2017, registrou-se um total de 137.502 óbitos por câncer gástrico no Brasil, uma média anual de $13.750,2 \pm 643,43$, dos quais 30.630 ($\bar{x}= 3.063$; $\sigma=217,16$) ocorreram no Nordeste.

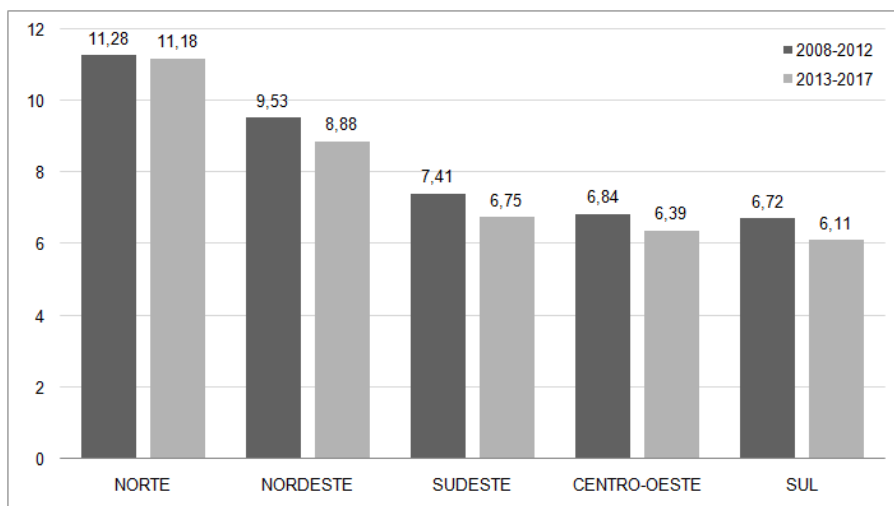


GRÁFICO 1. MORTALIDADE POR CÂNCER GÁSTRICO NAS REGIÕES DO BRASIL, COMPARANDO OS PERÍODOS DE 2008-2012 E 2013-2017.

A composição das regiões brasileiras obteve algumas variações na taxa de mortalidade por câncer gástrico. No Gráfico 1, estão expressas as médias das taxas de mortalidade corrigidas, por 100.000 habitantes, de cada uma das regiões para o intervalo destacado.

A região com maior média das taxas de mortalidade, nos períodos de 2008-2012 e 2013-2017, foi o Norte (11,23), seguida do Nordeste (9,20), Sudeste (7,08), Centro-Oeste (6,61) e Sul (6,41). Ressalta-se que a região com maior redução na taxa de mortalidade, entre os períodos supracitados, foi o Sudeste (-0,66), seguido do Nordeste (-0,65).

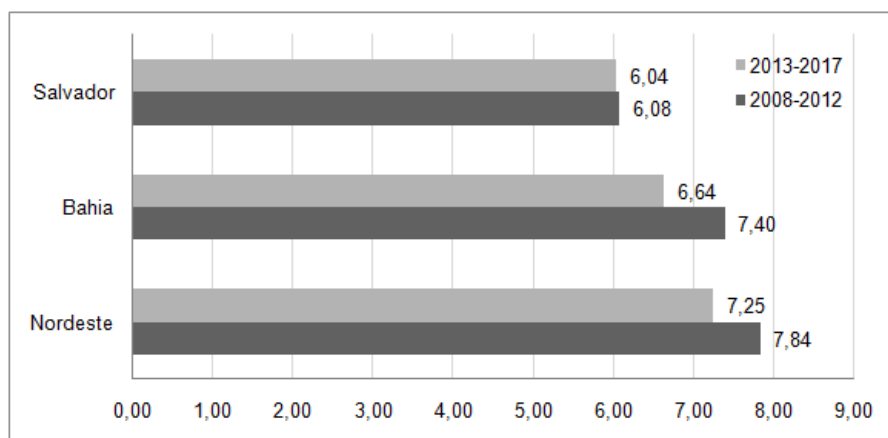


Gráfico 2. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DO TOTAL DE MORTES POR CÂNCER GÁSTRICO, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DO TUMOR, PARA AMBOS OS SEXOS, NO NORDESTE, NA BAHIA E EM SALVADOR-BA, NOS PERÍODOS DE 2008-2012 E 2013-2017.

A partir da composição total dos casos de câncer de estômago, o INCA disponibiliza a distribuição proporcional primária do tumor, por 100.000 habitantes, em ambos os sexos, a qual alcançou 7,84 na região Nordeste no período de 2008-2012 e, de 2013-2017, alcançou 7,25. Já o estado da Bahia alcançou 7,40 no período de 2008-2012 e, de 2013-2017, 6,64. Já em sua capital, Salvador, nesses mesmos períodos (2008-2012 e 2013-2017) obteve 6,08 e 6,04, respectivamente (Gráfico 2).

A prevalência do CG por sexo apresenta um quantitativo maior entre a população masculina nas três localidades de coleta e em ambos períodos retratados, com média de 9,20 no Nordeste, 8,07 na Bahia e 7,07 em Salvador (Gráfico 3). Destacam-se, ainda, as taxas de mortalidade no sexo feminino no município de Salvador, em cujo período de 2013-2017 foram 0,45% maior que de 2008-2012. Não houve demais aumentos durante os períodos citados.

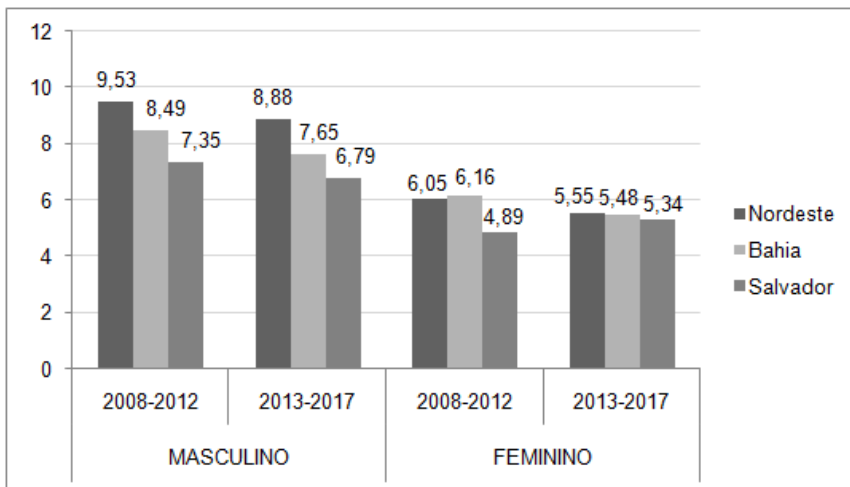


Gráfico 3. PREVALÊNCIA DE CÂNCER GÁSTRICO POR SEXO NO NORDESTE, NA BAHIA E EM SALVADOR-BA, NOS PERÍODOS 2008-2012 E 2013-2017.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, houve a redução mundial do número de casos de CG, com declínio nas taxas de incidência e mortalidade, enquanto houve aumento da incidência dessa doença entre o sexo feminino (FERLAY et al., 2015; FERLAY et al., 2013; STEEVEN et al., 2009).

A análise da mortalidade por CG no Brasil entre o período de 2008 a 2017 realizada por esse estudo evidencia um declive das taxas de mortalidade em todas as regiões brasileiras. Em consonância a esses dados, Silva et al. (2011) relatam em seu estudo a redução das taxas de mortalidade dos cânceres de estômago no Brasil, exceto na região Nordeste, onde as taxas vêm aumentando (GUIMARÃES; MUZI, 2012).

O perfil das regiões analisadas caracteriza-se pelas discrepâncias que exibem. O Norte e o Nordeste apresentam taxas semelhantes a de países menos desenvolvidos, refletindo a associação existente entre CG e baixas condições socioeconômicas (SANTOS, 2018; TRIPULAÇÃO; NEUGUT, 2006). Em associação aos dados coletados nesse estudo, Santos (2018), revela que o Norte caracteriza-se como a região de maior prevalência do câncer gástrico do Brasil, comparando-se as altas taxas de mortalidade dessa região com as do estado do Ceará. (GUERRA et al, 2017).

O sumo acometimento entre o sexo masculino pelo câncer gástrico (GUERRA et al., 2015) pode ser um dos motivos da maior mortalidade nessa população. Apesar da predominância nesse grupo, observa-se, através de análises

estatísticas, que existe uma clara diminuição na proporção entre os sexos. Além disso, o quantitativo de mulheres acometidas pela doença vem aumentando, mesmo com a predominância ainda no sexo masculino (JACOB et al., 2009).

Nos últimos anos, houve expressiva redução por sexo, com -38,9% para mulheres e -37,3% para homens (GUERRA et al., 2015). Entretanto, as projeções de mortalidade realizadas por Souza e colaboradores (2016) demonstram que ocorrerá aumento nas taxas para ambos os sexos no Nordeste até 2030, caracterizando-se como uma das possíveis causas a dificuldade no tocante ao diagnóstico e ao tratamento por essas populações.

As taxas de mortalidade na Bahia descritas corroboram com as do estudo de Carvalho e Paes (2019), as quais explicitam a maior variação de óbitos por câncer de estômago, em ambos os sexos, nos estados da Bahia e do Sergipe. Os dados obtidos em relação à Bahia e a sua capital Salvador, nesta pesquisa, revelam o declínio das taxas de mortalidade nessas localidades. Em contraposição a isso, Rego et al. (2011) observou em seu estudo uma pequena tendência crescente nesse Estado, o que contrasta com o padrão mundial. Enquanto isso, sua capital Salvador apresentou um declínio médio anual nas taxas de mortalidade por CG, com 2,58% entre mulheres e 2,31% entre homens (REGO et al., 2011).

A região do Nordeste, nos últimos anos, apresentou consideráveis melhorias no diagnóstico, tratamento, verificação e certificação de óbito. A discrepância dos quantitativos de óbito do Nordeste e Norte, em relação a outras regiões do Brasil, é reflexo dessas melhorias e de um maior acesso aos serviços de saúde (SOUZA GIUSTI et al., 2016). Ressalta-se que os valores obtidos nas localidades selecionadas poderiam refletir significativo sub-registro.

CONCLUSÃO

O declínio da mortalidade de CG nas localidades descritas está em consonância com o observado mundialmente. As altas taxas de mortalidade, no entanto, indicam que o CG persiste como um preocupante problema de saúde, sendo de fundamental importância a melhoria no acesso e na qualidade dos programas de triagem, a fim de aumentar a taxa de diagnóstico em estágios primários e, consequentemente, a sobrevivência desses indivíduos. Faz-se necessário, ainda, a criação de programas de educação em saúde e a atualização dos já existentes, que sejam eficazes na prevenção primária, a fim de alertar e conscientizar acerca dos fatores de risco.

REFERÊNCIAS

AMORIM, César Augusto et al. Ecological study of gastric cancer in Brazil: Geographic and time trend analysis. **World J Gastroenterol**, v. 20, n. 17, p. 5036–5044, May 2014.

ANDERSON, William F. et al. Age-specific trends in incidence of noncardia gastric cancer in US adults. *JAMA*, v. 303, p. 1723–1728, 2010.

BRAGA, Lucia Libanez Bessa Campelo et al. Unequal burden of mortality from gastric cancer in Brazil and its regions, 2000–2015. **Gastric Cancer**, v. 22, n. 4, p. 675-683, 2019.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed., Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa – Câncer**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em: 04 ago. 2020.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CARVALHO, João Batista; PAES, Neir Antunes. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3857-3866, Oct. 2019.

FERLAY, Jacques et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. **Eur J Cancer**. v.49, n.6, p. 1374-403, 2013.

FERLAY, Jacques et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**. v.136, n.5, p.E359–E386, 2015.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, SUPPL 1, p. 102-117, 2017.

GUIMARAES, Raphael Mendonça; MUZI, Camila Drumond. Trend of mortality rates for gastric cancer in Brazil and regions in the period of 30 years (1980-2009). **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 184-188, Sept. 2012.

JACOB, Carlos Eduardo et al. Behavior of gastric cancer in Brazilian population. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 29-32, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de agosto de 2020.

SANTORO, Eugenio. The history of gastric cancer: legends and chronicles. **Gastric Cancer**, v. 8, n. 2, p. 71, 2005.

SANTOS, Marceli de Oliveira. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. **Rev Bras. Cancerol.**, v. 64, n.1, p. 119-120, 2018.

SILVA, Gulnar Azevedo et al. Cancer mortality trends in Brazilian state capitals and other municipalities between 1980 and 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1009-1018, Dec. 2011.

SOUZA GIUSTI, Angela Carolina Brandão et al. Trends and predictions for gastric cancer mortality in Brazil. **World Journal of Gastroenterology**, v. 22, n. 28, p. 6527, 2016.

STEEVENS, Jessie et al. Trends in incidence of oesophageal and stomach cancer subtypes in Europe. **Eur J Gastroenterol Hepatol**. v. 22, n. 6, p. 669-78, 2010.

REGO, Marcos Antonio Vasconcelos et al. Tendência da mortalidade por câncer de estômago em Salvador e no estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. **Rev Baiana de Saude Publica**, v.35, n.4, p.869-883, out./dez. 2011

TRIPULAÇÃO, Katherine D., NEUGUT, Alfred I. Epidemiologia do câncer gástrico. **Mundo J Gastroenterol.**, v.12, p. 354-362, 2006.

UTHMAN, Olalekan A; JADIDI, Elham; MORADI, Tahereh. Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. **J Epidemiol Community Health.**, v. 67, p. 854–60, 2013.

CAPÍTULO 17

MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE PÂNCREAS AO LONGO DE UMA DÉCADA NO BRASIL

Data de aceite: 03/11/2020

Denilson Soares Gomes Junior

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 1936851909878855

Jean Augusto de Sousa Tavares

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 6275677784451683

Marina Gregória Leal Pereira

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 8183614240332968

João Vitor Ferreira Walfredo

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 0703736350008235

Camila de Almeida Silva

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 2421714979185585

Marco Antonio Barros Guedes

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 0649460928194879

Nathália Lima de Araújo Rodrigues

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 0449377451762050

João Pedro Santos Bentes

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 5566289351086550

João Paulo Mota Lima

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 1064715825996142

Caio Vitor de Miranda Pantoja

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Campus XII
Santarém – Pará
ID Lattes: 2072091868629831

RESUMO: A neoplasia de pâncreas é uma questão de saúde pública preocupante, visto que apresenta alta letalidade e o diagnóstico tardio acarreta taxa de sobrevida bastante reduzida. Nessa perspectiva, objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico nacional de óbitos por neoplasia de pâncreas ao longo dos anos de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo documental, descritivo, quantitativo e transversal, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Visto isso, foram obtidos dados de acesso público irrestrito acerca de óbitos ocorridos durante 2008 a 2017 no Brasil, abrangendo as

seguintes variáveis: ano de óbito, sexo, faixa etária, etnia, estado civil e grau de escolaridade. Posteriormente, essas informações foram tabuladas e analisadas por meio da estatística descritiva. Constatou-se que houve 84.877 óbitos com média anual de $8.489,4 \pm 1.235,8$ e aumento considerável de óbitos em cada região do país. Em relação ao sexo, feminino (50,36%) indicou discreta prevalência e a faixa etária principal foi de 60-79 anos (54,16%). No que concerne à cor da pele, branco registrou 63,32%; estado civil com maior registro foi casado (47,26%) e o grau de escolaridade mais evidenciado foi de 1 a 7 anos de estudo (43,07%). Conclui-se que o presente estudo identificou prevalência semelhante em ambos os sexos e maior frequência para brancos, casados e indivíduos acima de 60 anos com 1 a 7 anos de estudo. Destaca-se ainda um aumento significativo de óbitos no período (58,96%) e nota-se que é necessário aperfeiçoar políticas de assistência à saúde quanto à prevenção primária, visando diagnóstico e tratamento precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores (Estatística). Neoplasias. Perfil de Saúde.

MORTALITY FOR MALIGNANT NEOPLASIA OF PANCREAS OVER A DECADE IN BRAZIL

ABSTRACT: Pancreatic cancer is a matter of public health concern, since it has high lethality and late diagnosis leads to a very low survival rate. In this perspective, the objective was to characterize the national sociodemographic profile of deaths due to pancreatic cancer from 2008 to 2017. This is a documentary, descriptive, quantitative and cross-sectional study, based on the Mortality Information System (SIM). In view of this, data were obtained from unrestricted public access about deaths that occurred during 2008 to 2017 in Brazil, covering the following variables: year of death, sex, age group, ethnicity, marital status and educational level. Subsequently, this information was tabulated and analyzed using descriptive statistics. It was found that there were 84,877 deaths with an annual average of $8,489.4 \pm 1,235.8$ and a considerable increase in deaths in each region of the country. Regarding gender, female (50.36%) indicated a slight prevalence and the main age group was 60-79 years (54.16%). With regard to skin color, white registered 63.32%; the highest registered marital status was married (47.26%) and the most evident educational level was from 1 to 7 years of study (43.07%). It is concluded that the present study identified a similar prevalence in both sexes and a higher frequency for whites, married people and individuals over 60 years of age with 1 to 7 years of study. There is also a significant increase in deaths in the period (58.96%) and it is noted that it is necessary to improve health care policies regarding primary prevention, aiming at early diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Indicators (Statistics). Neoplasms. Health Profile.

1 | INTRODUÇÃO

A neoplasia de pâncreas é uma questão de saúde pública preocupante, visto que apresenta alta letalidade – taxa de sobrevivência de 5% em cinco anos – pois grande parte dos diagnósticos são tardios em fase avançada ou com metástase

já estabelecida. Nesse contexto, a decisão mais efetiva com potencial de cura é a conduta cirúrgica, porém, em estadiamentos tardios, o tumor encontra-se irressecável (BRASIL, 2018; CAPURSO et al., 2015).

Sendo assim, destaca-se a importância de os profissionais de saúde buscarem indivíduos com fatores de risco e acompanharem a evolução clínica deles. Vale ressaltar que pacientes acima de 50 anos e com histórico familiar positivo são candidatos absolutos para acompanhamento e fatores de risco devem ser observados como: tabagismo, pancreatite crônica, cirrose, obesidade, sedentarismo, dieta rica em gordura e colesterol, diabetes mellitus, exposição ocupacional a agentes carcinógenos e baixo nível socioeconômico (VASEN et al., 2016; SOLDAN, 2017).

Dado isso, evidencia-se que esse tipo de câncer possui relevância considerável para a saúde pública no Brasil e caracterizar o perfil dessa enfermidade no país possibilita conhecer melhor o cenário de cidadãos acometidos, além de auxiliar no planejamento de políticas públicas. Portanto, esse estudo objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico nacional de óbitos por neoplasia de pâncreas ao longo dos anos de 2008 a 2017.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de cunho documental e descritivo com abordagem quantitativa e transversal que visou coletar informações relacionadas ao óbito por neoplasia de pâncreas em todo território nacional, compreendendo as 27 unidades federativas presentes nas 5 regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul.

Esse estudo aborda a neoplasia maligna do pâncreas, classificada sob o código C25 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), que abrange as neoplasias na cabeça, no corpo, na cauda e no canal pancreático.

Os dados são referentes ao período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017 e foram coletados por meio da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. As variáveis incluídas no estudo foram: ano de óbito, sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade e estado civil. Posteriormente, essas informações foram tabuladas no Microsoft Excel e analisadas por meio da estatística descritiva.

Ressalta-se que o presente estudo utilizou dados secundários de acesso público irrestrito e, portanto, dispensa-se o parecer ético do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as normas contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se, no período abordado, a ocorrência de 84.894 óbitos por neoplasia maligna de pâncreas, com média anual de $8.489,4 \pm 1.235,8$. No gráfico 1, demonstra-se a distribuição da quantidade de óbitos por região brasileira: Norte (3,50%), Nordeste (17,72%), Centro-oeste (6,04%), Sudeste (50,82%) e Sul (21,92%).

Ressalta-se que houve uma elevação de 58,97% na quantidade de óbitos ao longo do período e evidenciou-se aumento considerável em todas as regiões: Norte (81,98%), Nordeste (73,73%), Centro-oeste (85,68%), Sudeste (56,24%) e Sul (44,17%).

Esse cenário é observado em alguns estudos realizados no Brasil, como na região Sul (KUIAVA; CHIELLE, 2018) e na Bahia (FONSECA; RÊGO, 2016). Destaca-se que é constatado um aumento vertiginoso na mortalidade por câncer de pâncreas no Brasil e este cenário é alarmante, que exige maior aperfeiçoamento das medidas públicas de assistência à saúde relacionadas à prevenção dessa patologia.

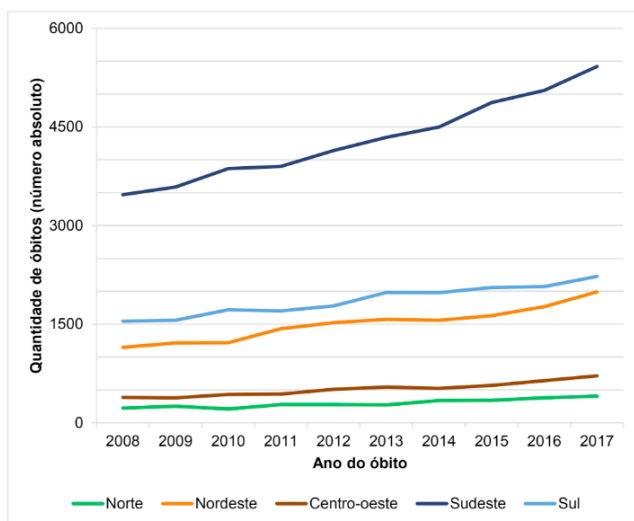


Gráfico 1. Distribuição da quantidade de óbitos por neoplasia de pâncreas nas 5 regiões brasileiras no período de 2008 a 2017 (n = 84.877)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – Ministério da Saúde.

Na tabela 1, apresenta-se a distribuição dos 84.877 óbitos de acordo com sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade e estado civil. Verificou-se discreta prevalência do sexo feminino (50,36%) e predominou a faixa etária de 60-79 anos (54,16%). No que tange à cor da pele, notou-se maioria branca (63,32%) e

escolaridade de 1 a 7 anos de estudo (43,07%) foi a mais observada. Quanto ao estado civil, notou-se maior registro de casados (47,26%) e viúvos (23,44%).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	42.122	49,63%
Feminino	42.745	50,36%
Ignorado	10	0,01%
Faixa Etária (anos)		
< 20	57	0,07%
20 – 29	250	0,29%
30 – 39	1.148	1,35%
40 – 49	5.072	5,98%
50 – 59	14.503	17,09%
60 – 69	22.440	26,44%
70 – 79	23.531	27,72%
≥ 80	17.866	21,05%
Ignorada	10	0,01%
Cor da Pele		
Branca	53.742	63,32%
Preta	5.084	5,99%
Amarela	806	0,95%
Parda	21.343	25,15%
Indígena	76	0,09%
Ignorada	3.826	4,51%
Escolaridade		
Nenhum	8.834	10,41%
1 a 3 anos	20.273	23,89%
4 a 7 anos	16.277	19,18%
8 a 11 anos	12.562	14,80%
12 anos e mais	8.510	10,03%
Ignorado	18.421	21,70%
Estado Civil		
Casado	40.114	47,26%
Solteiro	12.546	14,78%
Viúvo	19.895	23,44%
Separado judicialmente	6.133	7,23%
Outro	1.541	1,82%
Ignorado	4648	5,48%

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas de indivíduos que evoluíram ao óbito por neoplasia de pâncreas no Brasil entre 2009-2017 (n = 84.877).

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – Ministério da Saúde.

É válido salientar importante achado em relação ao sexo, dado que é bastante comum haver predomínio do masculino o que difere do presente estudo. Geralmente é atribuído maior quantidade de casos em homens devido aos hábitos e estilo de vida inadequados que podem desencadear essa neoplasia (KAMISAWA et al., 2016; MUNIRAJ; JAMIDAR; ASLANIAN, 2013).

No que concerne à faixa etária, acima de 50 anos a possibilidade de desenvolver neoplasia maligna de pâncreas aumenta e atinge seu pico em torno de 70 anos, semelhante ao encontrado no estudo. Sabe que quanto maior idade, os cuidados de rastreamento devem ser aprimorados com objetivo de realizar o diagnóstico mais breve possível (ESKANDER; BLISS; TSENG, 2016).

A cor da pele mais predominante foi branca, o que difere da literatura que tende a ser com maior frequência pretos ou pardos, associado mais particularmente com fatores de risco, como: tabagismo, obesidade e diabetes (MUNIRAJ; JAMIDAR; ASLANIAN, 2013).

Evidencia-se que a baixa escolaridade é marcante na epidemiologia da neoplasia de pâncreas (SOLDAN, 2017) e essa questão pode estar associada a maior incidência de câncer em cidadãos com este nível de escolaridade reduzido, visto que educação em saúde pode interferir na prevenção de diversas patologias. Em relação ao estado civil, não se constata alguma relação direta de indivíduos casados e o câncer de pâncreas, porém é válido salientar que união estável saudável está associada a maior chance de cura (BASTOS et al., 2018).

As limitações do estudo incluem a escassez de estudos sociodemográficos em âmbito nacional e regional que embasem melhor os dados contidos nesta pesquisa, bem como o aspecto da subnotificação que pode estar presente, uma vez que são dados públicos secundários e falhas de alimentação do banco de dados são possíveis.

4 | CONCLUSÃO

Diante disso, conforme metodologia empregada, o presente estudo constatou prevalência semelhante em ambos os sexos com predomínio de brancos, casados e acima de 60 anos com 1 a 7 anos de estudo. É preciso evidenciar também um aumento relevante no período de 2008 a 2017 com elevação de 58,97% na quantidade de óbitos, incluindo elevações significativas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.

Portanto, nota-se que é necessário aperfeiçoar políticas de assistência à saúde em relação à prevenção primária que vise o diagnóstico e tratamento precoce dessa neoplasia, potencializando a sobrevida e qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

REFERÊNCIAS

BASTOS, B. R.; PEREIRA, A. K. S.; CASTRO, C. C.; CARVALHO, M. M. C. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 2, p. 31-36, set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tipos de câncer: Câncer de pâncreas. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pancreas>. Acesso em: 04 ago de 2020.

CAPURSO, G.; SIGNORETTI, M.; VALENTE, R.; ARNELO, U.; LOHR, M; POLEY, J.; FAVE, G. D.; CHIARO, M. Methods and outcomes of screening for pancreatic adenocarcinoma in high-risk individuals. **World Journal of Gastrointestinal Endoscopy**, v. 7, n. 9, p. 833-842, 2015.

ESKANDER, M. F.; BLISS, L. A.; TSENG, J. F. Pancreatic adenocarcinoma. **Current Problems In Surgery**, v. 53, n. 3, p. 107-154, 2016.

FONSECA, A. A.; RÊGO, M. A. V. Tendência da Mortalidade por Câncer de Pâncreas em Salvador - Brasil, 1980 a 2012. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 1, n. 62, p. 9-16, 2016.

KAMISAWA, T.; WOOD, L. D.; ITOI, T.; TAKAORI, K. Pancreatic cancer. **The Lancet**, v. 388, n. 10039, p. 73-85, 2016.

KUIAVA, V. A.; CHIELLE, E. O. Epidemiologia do câncer de pâncreas na região Sul do Brasil: estudo da base de dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Revista de Atenção à Saúde**, v. 56, n. 16, p. 32-39, 2018.

MUNIRAJ, T.; JAMIDAR, P. A.; ASLANIAN, H. R. Pancreatic cancer: a comprehensive review and update. **Disease-A-Month**, v. 59, n. 11, p. 368-402, 2013.

SOLDAN, M. Rastreamento do câncer de pâncreas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 109-111, 2017.

VASEN, H.; IBRAHIM, I.; PONCE, C. G.; SLATER, E. P.; MATTHÄI, E.; CARRATO, A.; EARL, J.; ROBBERS, K.; VAN MIL, A. M.; POTJER, T. Benefit of Surveillance for Pancreatic Cancer in High-Risk Individuals: outcome of long-term prospective follow-up studies from three european expert centers. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 17, p. 2010-2019, 2016.

CAPÍTULO 18

PANORAMA DO CÂNCER DE ESÔFAGO NO BRASIL: UMA ABORDAGEM ACERCA DOS ÍNDICES DE MORTALIDADE ENTRE 2010 E 2017

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

João Pedro Matos de Santana

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/7631046524118626>

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva

Centro Universitário Tiradentes
Maceió-AL
<http://lattes.cnpq.br/7367512058223085>

Ádila Cristie Matos Martins

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0760825531134476>

Alessandra Soares Vital

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/4247247821679788>

Christopher Falcão Correia

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/2961712278291450>

João Pedro Venancio Lima

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – CE
<http://lattes.cnpq.br/5001211910830555>

Laís Maria Pinto Almeida

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0466017914468293>

Letícia Assunção de Andrade Lima

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/0727892773541107>

Lílian Santana Marcelino de Araújo

Universidade Tiradentes
Aracaju - SE
<http://lattes.cnpq.br/7531564984238193>

Nathalia Comassetto Paes

Centro Universitário Tiradentes
Maceió-AL
<http://lattes.cnpq.br/0931910941439320>

Murilo Sousa Ramos

Universidade Federal do Sul da Bahia
Teixeira de Freitas - BA
<http://lattes.cnpq.br/1426640100751726>

Juliana Arôxa Pereira Barbosa

Centro Universitário Tiradentes
Maceió - AL
<http://lattes.cnpq.br/1462303247500764>

RESUMO: Câncer esofágico (CAE) é uma neoplasia severa e de alta prevalência, sendo o 3º tumor maligno mais comum no sistema gastrointestinal em todo o mundo. O presente trabalho tem como objetivo delinear o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer de esôfago a nível nacional entre 2010 e 2017. Consiste em um estudo transversal, descritivo e retrospectivo a partir de dados do Instituto Nacional do Câncer. Foram utilizados os seguintes descritores: óbitos, região, taxas de mortalidade (a cada 100 mil habitantes), sexo e faixa etária. No

período em análise, o câncer de esôfago foi responsável por 64.355 óbitos, sendo a taxa de mortalidade nacional (3,89 a cada 100 mil) superior à média mundial (3,71 /100 mil). Quanto à distribuição regional das notificações, o Sudeste despontou com o maior número de registros (30.568 óbitos), sendo seguido pelas regiões Sul (15.777), Nordeste (12.494), Centro-Oeste (3.815) e Norte (1.701). Em relação ao sexo, os homens demonstraram índices mais exuberantes, perfazendo cerca de 78% dos óbitos e taxa de mortalidade (6,67 /100 mil) significativamente maior que a encontrada entre as mulheres (1,57 /100 mil). A faixa etária e sexo são descritas como predominantemente na terceira idade de população do gênero masculino, o que de fato condiz com os dados demonstrados, cerca de 63% dos óbitos constatados nos últimos 10 anos, apresentam paciente com mais de 60 anos, juntamente com o sexo masculino, representando 78% dos casos. Notou-se, ainda, a existência de maiores índices em pacientes com idade elevada e taxa de mortalidade nacional superior à mundial. Diante desse cenário, estima-se que a atuação de políticas públicas voltadas à conscientização e manejo dos fatores de risco modificáveis projeta-se como importante mecanismo para viabilizar a redução da mortalidade pelo agravo em tela.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Neoplasia; Sistema Digestório.

PANORAMA OF ESOPHAGUS CANCER IN BRAZIL: AN APPROACH TO MORTALITY INDICES BETWEEN 2010 AND 2017

ABSTRACT: Esophageal cancer (CAE) is a severe and highly prevalent neoplasm, being the 3rd most common malignant tumor in the gastrointestinal system worldwide. The present study aims to outline the epidemiological profile of deaths from esophageal cancer at the national level between 2010 and 2017. It consists of a cross-sectional, descriptive and retrospective study based on data from the National Cancer Institute. The following descriptors were used: deaths, region, mortality rates (per 100 thousand inhabitants), sex and age group. In the period under analysis, esophageal cancer was responsible for 64,355 deaths, with the national mortality rate (3.89 per 100 thousand) higher than the world average (3.71 / 100 thousand). As for the regional distribution of notifications, the Southeast emerged with the largest number of records (30,568 deaths), followed by the South (15,777), Northeast (12,494), Central-West (3,815) and North (1,701) regions. Regarding gender, men showed more exuberant rates, making up about 78% of deaths and mortality rate (6.67 / 100 thousand) significantly higher than that found among women (1.57 / 100 thousand). The age group and sex are described as predominantly in the third age of the male population, which in fact is consistent with the data shown, about 63% of the deaths recorded in the last 10 years, present a patient over 60 years old, together with the male sex, representing 78% of the cases. It was also noted the existence of higher rates in patients with high age and a higher national mortality rate than the world. In view of this scenario, it is estimated that the performance of public policies aimed at raising awareness and managing modifiable risk factors is projected as an important mechanism to enable the reduction of mortality from the disease on screen.

KEYWORDS: Epidemiology; Neoplasia; Digestive system.

INTRODUÇÃO

O câncer esofágico é uma neoplasia severa e de alta prevalência, sendo o 3º tumor maligno mais comum no sistema gastrointestinal em todo o mundo. Em estágios iniciais, demonstra um quadro clínico silencioso, o que pode levar a um diagnóstico tardio, em alguns casos a presença de disfagia progressiva, odinofagia, desconforto retroesternal, dor epigástrica, náuseas e anorexia pode sugerir o CA esofágico, sendo o adenocarcinoma e o carcinoma epidermóide os principais tipos histológicos envolvidos. No ocidente, a patologia apresenta maior frequência no sexo masculino e em pacientes acima dos 50 anos de idade, podendo apresentar diferenças quantitativas em diferentes regiões. Sua formação, assim como a distribuição epidemiológica estão associadas a uma ampla gama de fatores, como distúrbios esofágicos e nutricionais, raça negra, tabagismo, etilismo, fatores ambientais, genética, dentre outros.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo delinear o perfil epidemiológico dos óbitos por câncer de esôfago a nível nacional entre 2010 e 2017, fazendo um comparativo com a média mundial.

METODOLOGIA

Consiste em um estudo transversal, descritivo e retrospectivo a partir de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram utilizados os seguintes descritores: óbitos, região, taxas de mortalidade (a cada 100 mil habitantes), sexo e faixa etária. Os dados foram abordados a partir da análise de artigos obtidos das plataformas Scielo e Pubmed.

RESULTADOS

No período em análise, o câncer de esôfago foi responsável por 64.355 óbitos, sendo a taxa de mortalidade nacional (3,89 a cada 100 mil) superior à média mundial (3,71 /100 mil), de acordo com o visualizado no gráfico 1.

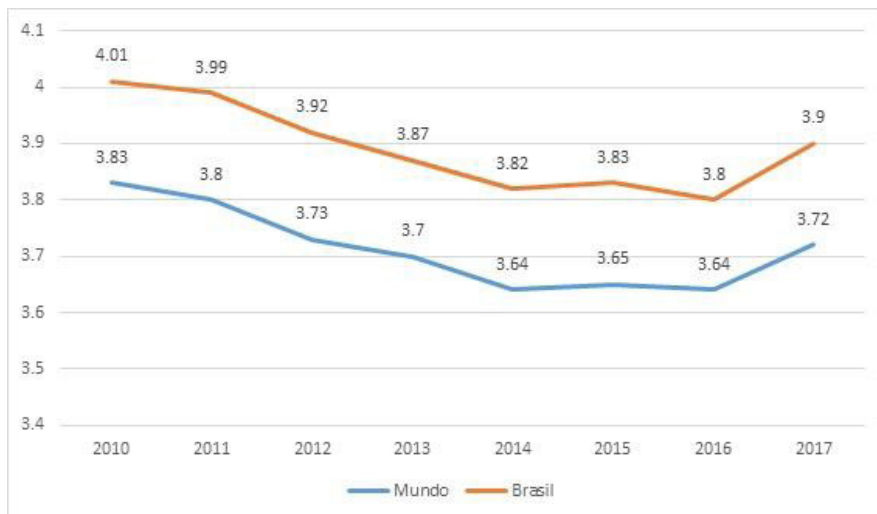


Gráfico 1: Taxa de mortalidade a cada 100 mil habitantes por câncer de esôfago no Brasil e no Mundo entre 2010 e 2017

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020

Apesar da elevação de 7.645 para 8.554 casos fatais entre o primeiro e o último ano analisados, conforme ilustrado no gráfico 2, houve queda da mortalidade de 4,01/100 mil para 3,90/100 mil.

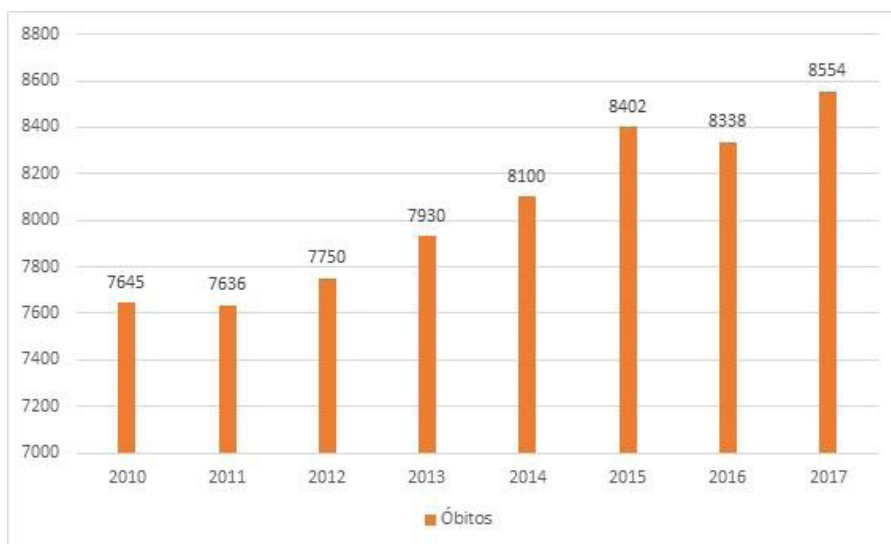


Gráfico 2: Óbitos por câncer de esôfago no Brasil entre 2010 e 2017

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020

Quanto à distribuição regional das notificações, o Sudeste despontou com o maior número de registros (30.568 óbitos), sendo seguido pelas regiões Sul (15.777), Nordeste (12.494), Centro-Oeste (3.815) e Norte (1.701).

Em relação ao sexo, os homens demonstraram índices mais exuberantes, perfazendo cerca de 78% dos óbitos e taxa de mortalidade (6,67 /100 mil) significativamente maior que a encontrada entre as mulheres (1,57 /100 mil).

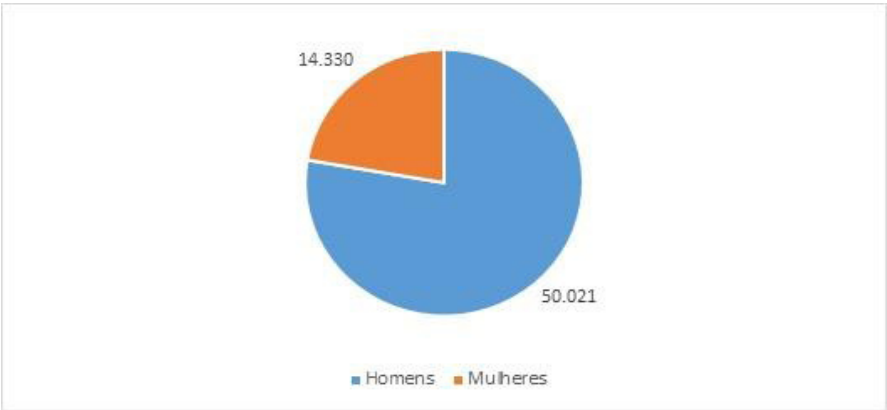


Gráfico 3: Distribuição dos óbitos por câncer de esôfago de acordo com o sexo

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020

Por fim, a faixa etária que contempla pessoas acima dos 50 anos envolveu aproximadamente 90% das notificações, de acordo com o explicitado na tabela 1. Desse modo, ocorreram 16.613 óbitos entre 50 e 59 anos, 18.549 entre 60 e 69, 13.932 entre 70 a 79 e 8.540 entre pacientes com 80 anos ou mais.

Faixa etária	Óbitos
00 a 04 anos	4
05 a 09 anos	1
10 a 14 anos	1
15 a 19 anos	13
20 a 29 anos	93
30 a 39 anos	725

40 a 49 anos	5.865
50 a 59 anos	16.613
60 a 69 anos	18.549
70 a 79 anos	13.932
80 ou mais anos	8.540
Idade ignorada	19

Tabela 1: Distribuição dos óbitos por câncer de esôfago de acordo com a faixa etária

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020

DISCUSSÃO

O CA de esôfago é uma neoplasia prevalente do Brasil e no mundo, sendo uma das principais causas de morte por tumores malignos do trato gastrointestinal.

Pesquisas sobre a prevalência são de extrema importância para o entendimento dos principais fatores desencadeantes, sobretudo na prática médica, ou seja, reconhecer as formas de diagnóstico, prevenção e tratamento da neoplasia, atuando em de modo equivalente a incidência em cada região brasileira.

A incidência mundial dos casos cresceu de forma exorbitante nos últimos anos, até a primeira década era a sexta causa de morte. Atualmente, ocupa a terceira colocação, apontando o Brasil com números maiores do que a média mundial. As suas principais causas ainda não estão bem estabelecidas, mas acredita-se que os hábitos de vida, alimentação, faixa etária e sexo são fatores importantes a serem analisados.

A frequência de óbitos pelo CA de esôfago foi analisado nos períodos de 2010 e 2017, sendo feita a comparação entre o Brasil e a média mundial. Notou-se que a média de mortes no território brasileiro é proporcionalmente maior (3,89 a cada 100 habitantes) se comparado com o mundo (3,71/100 mil), representando um total de 64.355 casos fatais na última década.

O aumento quantitativo de casos e a mortalidade possui inúmeras explicações, apresentando como fator primordial a detecção precoce da doença, ou seja, o rastreamento em pessoas assintomática ou com alto risco para o desenvolvimento do câncer (ex: Esôfago de Barrett), objetivando o diagnóstico em estágio inicial, quando a taxa de cura ainda é maior. Entretanto, a realização da endoscopia digestiva alta (exame padrão) ainda é deficiente em países em desenvolvimento, o que dificulta o diagnóstico precoce e andamento do tratamento, afetando diretamente da taxa de

mortalidade, se comparado com os países desenvolvidos. (VITOR ARANTES et al., 2012)

Desse modo, para entender esse cenário, foi contabilizada a distribuição regional das notificações de CA de esôfago entre as regiões brasileiras, evidenciando o Sudeste com o maior quantitativo (30.568 óbitos), representando mais de 47% de todas as mortes contabilizadas no Brasil na última década, valor expressivo se comparado com o restante do território. Estima-se que isso ocorra em decorrência de um somatório de fatores, como alimentação inadequada, alcoolismo, tabagismo, obesidade e exposição ocupacional, que estão presentes no Sudeste devido ao nível de industrialização, grau de desenvolvimento das grandes cidades, atuando de forma direta no hábito de vida da população. Desse modo, o encontrado no presente estudo é compatível com as pesquisas e informações na literatura, que demonstram que áreas industrializadas contemplam maior incidência deste tipo de malignidade. (Melo MM et al, 2012).

Outros aspectos como faixa etária e sexo são descritas como predominantemente na terceira idade de população do gênero masculino, o que de fato condiz com os dados demonstrados, cerca de 63% dos óbitos constatados nos últimos 10 anos, apresentam paciente com mais de 60 anos, juntamente com o sexo masculino, representando 78% dos casos.

CONCLUSÃO

Diante do panorama estatístico evidenciado, a taxa de mortalidade entre homens ainda é maior que a das mulheres, o que pode ser justificado por inadequados hábitos alimentares e comportamentais, contemplando grande ingestão etílica e consumo do tabaco. Notou-se, ainda, a existência de maiores índices em pacientes com idade elevada e taxa de mortalidade nacional superior à mundial. Diante desse cenário, estima-se que a atuação de políticas públicas voltadas à conscientização e manejo dos fatores de risco modificáveis projeta-se como importante mecanismo para viabilizar a redução da mortalidade pelo agravo em tela.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br>. Acesso em: 27 julho 2020

FREIRE, Maria Eliane Moreira et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 357-367, 2014.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 102-115, 2017.

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda et al. Epidemiological features of esophageal cancer. Squamous cell carcinoma versus adenocarcinoma. **Acta cirurgica brasileira**, v. 29, n. 6, p. 389-393, 2014.

MAIA, Fernanda Maria Machado; SANTOS, Emanuely Barbosa; REIS, Germana Elias. Oxidative stress and plasma lipoproteins in cancer patients. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 4, p. 480-484, 2014.

MELO, M.M.; NUNES, L.C.; LEITE, I.C.G. **Relationship between Dietary Factors and Anthropometric and Gastrointestinal Tract Neoplasms: Investigations Done in Brazil**. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(1): 85-95. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v01/pdf/13_revisao_literatura_relacao_fatores_alimentares_antropometricos_neoplasias_trato_gastrointestinal_investigacoes_conduzidas_brasil.pdf> Acesso em: 04 de Agosto de 2020.

RÊGO, Marco Antônio Vasconcelos; FONSECA, Anderson Amaral da. Tendência da mortalidade por câncer de esôfago na cidade de Salvador e no estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012. **Rev Bras Cancerol**, v. 60, n. 1, p. 25-33, 2014.

VITOR ARANTES, MD, MSC, PHD; ELIAS ALFONSO FORERO PIÑEROS, MD; KEN YOSHIMURA; TAKASHI TOYONAGA. **Advances in the management of early esophageal carcinoma**. Rev. Col. Bras. Cir. 2012. 39(6): 534-543 Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n6/15.pdf>>. Acesso em: 04 de Agosto de 2020.

RELAÇÃO ENTRE O USO DE OMEPRAZOL E O CÂNCER GÁSTRICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 09/08/2020

Sarah de Caldas Costa Sousa

Centro Universitário de Patos
Patos – Paraíba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7144475724080270>

Ohanna Núria Nunes Pereira Inácio de Queiroz

Centro Universitário de Patos
Patos – Paraíba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1432702181720259>

Osman Batista de Medeiros Filho

Centro Universitário de Patos
Patos – Paraíba, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0437492256925709>

RESUMO: O omeprazol é um medicamento usado no tratamento de diversas patologias do trato gastrointestinal. Entretanto, estudos tem relacionado que essa modalidade terapêutica, de forma indevida e prolongada, pode levar a uma série de efeitos nocivos, destacando a metaplasia intestinal e hiperplasia das células neuroendócrinas, sugerindo então que essas alterações teriam relação com o desenvolvimento de tumores gástricos. O estudo objetivou discutir o mecanismo de ação e os possíveis efeitos colaterais desse medicamento, demonstrando quais as evidências clínicas de pacientes em uso de omeprazol e o desenvolvimento de câncer gástrico. A investigação foi conduzida por meio de uma revisão sistemática da literatura, com

pesquisa de trabalhos publicados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online*, Informação e Recursos para os Médicos e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde. Os critérios de inclusão foram artigos originais, meta-análises, revisões sistemáticas e revisões de especialistas, publicados entre janeiro de 2009 e junho de 2018, nas línguas inglesa e portuguesa, que avaliaram relações entre o uso de omeprazol e o câncer gástrico, efeitos colaterais do omeprazol e indicações clínicas do seu uso. Foi evidenciado que o que leva ao aparecimento dos efeitos indesejados ao fármaco é o uso indevido ou sem indicação clínica, pois dependendo da dose e do tempo de uso, os efeitos podem ser benéficos ou prejudiciais, fazendo-se necessário mais estudos acerca do tema.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer Gástrico. Omeprazol. Tratamento.

RELATIONSHIP BETWEEN THE USE OF OMEPRAZOL AND GASTRIC CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT: Omeprazole is a medicine used to treat various conditions of the gastrointestinal tract. However, articles have related that this modality improperly and prolonged, can lead to a series of harmful effects, highlighting the intestinal metaplasia and hyperplasia of the neuroendocrine cells, suggesting then that these alterations would be related to the development of gastric tumors. The study aimed to discuss the mechanism of action and possible side effects of this drug, demonstrating the clinical evidence of patients taking omeprazole and the development

of gastric cancer. The research was conducted through a systematic review of the literature, using papers published in the Scientific Electronic Library Online database, Information and Resources for Physicians and Latin American Literature in Health Sciences. The inclusion criteria were original articles, meta-analyses, systematic reviews and expert reviews, published between January 2009 and June 2018, in the English and Portuguese languages, which evaluated the relationships between omeprazole use and gastric cancer, side effects of omeprazole and clinical indications of its use. It has been shown that what leads to the appearance of undesirable effects to the drug is undue use or without clinical indication, because depending on the dose and the time of use, the effects can be beneficial or harmful, requiring further studies on the subject.

KEYWORDS: Gastric Cancer. Omeprazole. Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

O Omeprazol é um fármaco que pertence a classe dos Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), que são muito utilizados no tratamento de diversas patologias relacionadas ao trato gastrointestinal, tais como a doença do refluxo gastroesofágico, úlceras pépticas, dispepsia não ulcerosas e as gastrites. Entretanto, recentemente alguns estudos têm relacionado que essa modalidade terapêutica de forma indevida e prolongada, pode levar a uma série de efeitos nocivos, como alterações na mucosa gástrica, hipocalcemia, deficiência de vitamina B12, interações medicamentosas, entre outros (ARAÚJO, 2017; ARAI; GALLERANI, 2011).

A mais polêmica destas alterações seriam as modificações na mucosa gástrica, levando a atrofia glandular, metaplasia intestinal e hiperplasia das células neuroendócrinas, sugerindo então que essas alterações teriam relação com o desenvolvimento de tumores gástricos (SOUZA, 2013).

Ainda conforme os autores, um dos mecanismos carcinogênicos seria hipersecreção de gastrina, que exerceria efeitos tróficos sobre as células enteroendócrinas, levando à hiperplasia e posteriormente aos tumores nessa região. Outro mecanismo possível seria a presença de compostos N-nitrosos, potencialmente carcinogênicos e com tropismo pela mucosa gástrica. Esses compostos só são produzidos na presença de bactérias, destacadamente *Escherichia coli* e *Pseudomonas*, que seriam estimuladas pela hipocloridria medicamentosa.

A gastrite é provocada principalmente pela *Helicobacter pylori* e a presença dessa bactéria eleva o risco de câncer gástrico em até seis vezes. O tratamento de escolha para a gastrite é o omeprazol, mas o uso prolongado desse medicamento levaria à piora progressiva das gastrites em pacientes infectados por esse microorganismo por causar hipocloridria (MULLER et al., 2007).

A utilização contínua do omeprazol, principalmente por automedicação,

ainda é um grande problema no Brasil, tendo em vista que esse medicamento pode causar efeitos agudos ou crônicos. Além disso, há o desconhecimento da população sobre seus efeitos, dificuldade de acesso ao profissional de saúde e indicações de terceiros (SOUZA, 2013).

A realização desse estudo se justifica pela importância de discutir o mecanismo de ação e os possíveis efeitos colaterais desse medicamento, visto que ele vem sendo usado de forma indevida ou sem indicação clínica, muitas vezes sem a prescrição médica.

Embora haja estudos comprovando que o omeprazol é o mais potente inibidor da secreção ácido-gástrica disponível no mercado, compreende-se ainda a necessidade de prosseguir os estudos acerca dos danos à saúde humana originados pelo seu uso (ARAÚJO, 2017).

A partir do exposto, o objetivo do trabalho foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o uso de omeprazol e sua relação com o desenvolvimento de câncer gástrico, tipificando os mecanismos pelos quais esse medicamento leva ao desenvolvimento da neoplasia no estômago, ilustrando os demais efeitos colaterais do mesmo e identificando as indicações clínicas do omeprazol.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado por meio de uma revisão sistemática. Este método fundamenta-se em coletar dados disponíveis na literatura e compará-los para aprofundar conhecimento sobre o tema investigado (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

O questionamento elaborado para a realização desse estudo foi: “o uso de omeprazol está relacionado ao desenvolvimento de câncer gástrico?”. Foram utilizados trabalhos publicados nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e na Informação e Recursos para os Médicos (MEDSCAPE).

A seleção dos descritores foi feita mediante consulta aos Descritores Controlados em Ciências da Saúde. As bases de dados foram pesquisadas com as palavras-chave seguintes: “câncer gástrico” AND “omeprazol”, “câncer gástrico”, “omeprazol” e “inibidor da bomba de prótons”.

Através do processo de busca foram identificadas inicialmente 2270 publicações potencialmente eficazes para a pesquisa. Em seguida foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, meta-análises, revisões sistemáticas e revisões de especialistas, publicados entre janeiro de 2009 e junho de 2018, nas línguas inglesa e portuguesa, que avaliem relações entre o uso de omeprazol e o câncer gástrico, efeitos colaterais do omeprazol e indicações clínicas

do seu uso, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados e texto disponível na íntegra na internet. Utilizaram-se como critérios de exclusão estudos que abordem outros IBPs, relatos de caso, cartas ao editor ou estudos que abordem relação com outros tipos de câncer.

Após a primeira análise com leitura dos títulos, 32 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos. Posteriormente à leitura dos resumos, a amostra foi representada por 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para o estudo.

3 | RESULTADOS

Conforme o quadro 1, percebe-se que a base de dados de maior destaque foi a SCIELO com aproximadamente 58,3%, a base de dados LILACS teve 33,3% e a MEDSCAPE correspondeu a apenas 8,4%. Com relação aos periódicos, observa-se uma diversidade, mas Arquivos Brasileiros de cirurgia digestiva liderou a estatística com 16,6%. E no que diz respeito ao idioma, o português liderou com 91,6%, enquanto o inglês totalizou apenas 8,4%. Verifica-se, ainda, que 59% pertence à categoria que inclui o omeprazol como fator de risco para neoplasia gástrica e 41% na categoria que não mostra relação.

Categoria 1: O uso de omeprazol relacionado ao risco de câncer gástrico.				
Autor	Título	Base de dados	Tipo de publicação	Idioma
ARAÚJO, 2017	Riscos e benefícios do uso prolongado de Omeprazol.	LILACS	Revista Especialize On-line IPOG.	Português
CHEUNG et al., 2017	Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for <i>Helicobacter pylori</i> : a population-based study	MEDSCAPE	Gut	Inglês
HOEFLE; LEITE, 2009	Segurança do uso contínuo de inibidores da bomba de prótons.	LILACS	Boletim farmacoterapêutica.	Português
MARTINS; BONATTO, 2014	Pólipos gástricos estão relacionados ao uso crônico de inibidores de bomba de próton?	LILACS	GED gastroenterol. endosc. dig.	Português
MENEGASSI; CZECKOL; CZECKO, 2010	Prevalência de alterações proliferativas gástricas em pacientes com uso crônico de inibidores de bomba de prótons.	SCIELO	Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva.	Português
RASCADO et al., 2017	Inibidores da Bomba de Prótons podem aumentar o risco de câncer gástrico.	LILACS	Centro de Farmacovigilância da UNIFAL/MG.	Português
VIANA et al., 2010	Avaliação das prescrições contendo omeprazol e associações na farmácia pública de Governador Valadares	SCIELO	Monografia	Português

Categoria 2: O uso de omeprazol não relacionado ao risco de câncer gástrico.				
CAMPELO; LIMA, 2012	Perfil Clínico epidemiológico do Câncer Gástrico Precoce em um Hospital de Referência em Teresina	SCIELO	Revista Brasileira de Cancerologia	Português
CHINZON; CHINZON; RUZZI, 2015	Perfil de segurança da terapia com inibidores de bomba de prótons (IBP).	SCIELO	Grupo Editorial Moreira Júnior.	Português
LIMA; NETO FILHO, 2014	Efeitos em longo prazo de inibidores da bomba de prótons.	SCIELO	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.	Português
SILVA; FELICIO, 2016	Fatores de risco para o câncer gástrico em grupos de classe sócioeconômico baixa: revisão literária.	SCIELO	Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações.	Português
SOUZA et al., 2013	Análise qualitativa das alterações anatomopatológicas na mucosa gástrica decorrentes da terapêutica prolongada com inibidores da bomba de prótons: estudos experimentais x estudos clínicos.	SCIELO	Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.	Português

Quadro 1. Categorização dos Estudos Selecionados

Fonte: Dados de Pesquisa (2018).

4 I DISCUSSÃO

O câncer é o conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Essas células podem ser muito agressivas e descontroláveis, já que se dividem rapidamente, provocando o desenvolvimento de tumores malignos que podem se propagar para outras regiões (INCA, 2018).

A estimativa é 576 mil novos casos de cânceres; desses, 20 mil estão relacionados ao câncer gástrico, sendo 65% desses diagnósticos em homens acima de 50 anos. Nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, constata-se o terceiro maior índice entre a população. Os tumores gástricos são classificados em três tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma (3% dos casos) e leiomiossarcoma (2%) (SILVA; FELICIO, 2016).

Nas populações de baixo nível socioeconômico, a prevalência de câncer gástrico e a mortalidade são três vezes maiores do que nos grupos de nível socioeconômico alto, devido aos hábitos alimentares, fatores sociais, ambientais e clínicos (CAMPELO; LIMA, 2012).

O câncer gástrico surge com alterações da mucosa, que, sob a ação de muitos fatores, adquire um fenótipo progressivamente regressivo, substituindo as células normais do organismo por aquelas que são naturais do intestino (delgado

e grosso), que é o sentido inverso do que ocorre durante o desenvolvimento fetal. Esse processo de mutação da mucosa do estômago ocorre em longo prazo e sugere que os fatores de risco para o câncer gástrico atuem desde a infância e por muito tempo (SILVA; FELICIO, 2016). Outros fatores de risco são os fatores ambientais, como o tabaco (CAMPELO; LIMA, 2012; SILVA; FELICIO, 2016; INCA, 2018; BAU; HUTH, 2011). Quanto aos relacionados a fatores clínicos, a maioria dos cânceres gástricos está relacionada a uma longa exposição da mucosa gástrica ao processo inflamatório causado pelo *Helicobacter pylori* (CAMPELO; LIMA, 2012).

O omeprazol, assim como o lanzoprazol, pantoprazol, rabeprazol e esomeprazol, pertence à classe dos inibidores da bomba de prótons (IBPs), os quais agem suprimindo a secreção de ácido gástrico por meio de inibição específica da enzima H⁺,K⁺ ATPase na superfície secretora da célula parietal do estômago. Logo, o uso crônico de IBPs preocupa a medicina, pois eles inibem irreversivelmente essa enzima. Eles são pró-fármacos que precisam ser ativados em ambiente ácido e só realizam sua ação quando são absorvidos pelo sangue e transportados para o interior de células parietais (ARAÚJO, 2017).

O omeprazol é utilizado para o tratamento de distúrbios relacionados à secreção ácida do estômago, como: alívio de sintomas e tratamento do refluxo gastroesofágico, úlceras gástricas e duodenais, erradicação da infecção por *H. pylori*, prevenção e tratamento de danos por uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), controle de quadros de hipersecreção ácida e tratamento de sangramentos do trato gastrointestinal alto (LIMA; NETO FILHO, 2014)

Em geral, o omeprazol causa poucos efeitos adversos, sendo bem tolerado e seguro. Os efeitos adversos mais comuns são: náuseas, dor abdominal, constipação intestinal, cefaleia, flatulência e diarreia. Porém, pode também resultar em efeitos mais graves, como hematúria, proteinúria e infecção do trato urinário, sendo esses raros e pouco frequentes. Pode ainda ocorrer alteração da histologia gástrica com seu uso indevido e prolongado (ARAÚJO, 2017).

Há relação entre o uso crônico de omeprazol com alterações proliferativas gástricas, afirmando ainda que a infecção pelo *H. pylori* juntamente com a utilização desse medicamento pode causar aceleração ou progressão da gastrite crônica do antro gástrico para uma gastrite crônica predominante no corpo gástrico. Essa alteração pode ser um fator de risco para câncer de estômago (MARTINS; BONATTO, 2014).

De acordo com um estudo populacional observacional realizado em Hong Kong, o uso de omeprazol também é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de estômago. Eles compararam pacientes em uso de IBPs e pacientes em uso de antagonistas do receptor H₂ da histamina (ARH2) para o risco de câncer gástrico. Os pacientes do último grupo não apresentaram risco

maior, o que apoia ainda mais o papel específico dos IBPs no desenvolvimento da neoplasia gástrica (CHEUNG et al., 2017).

A utilização por longo prazo de omeprazol em humanos pode então relacionar-se com a proliferação de células e tumores carcinoides (CHEUNG et al., 2017), devido à hipergastrinemia compensatória. Como os IBPs inibem a secreção ácida, por *feedback* negativo, há estímulo à produção de gastrina e consequente produção maior de ácido gástrico (MENEGASSI; CZECHKOL; CZECHKO, 2010).

Apesar de ser considerada segura a terapia com os IBPs, ela contribui com o agravamento da atrofia gástrica e pacientes que fazem uso prologando dessa medicação tiveram um aumento de 43% no risco de desenvolver o câncer de estômago (HOEFLER; LEITE, 2009).

Porém, a relação entre tumor gástrico e o uso de omeprazol ainda não foi bem estabelecido em humanos, apesar de estudos clínicos a respeito desse assunto demonstrarem o efeito trófico exercido pela hipergastrinemia, decorrente da hipocloridria, após uso contínuo e prolongado desse medicamento sobre as células gástricas. Ainda há objeção sobre a influência da infecção por *Helicobacter pylori* sobre essas células (SOUZA et al., 2013; RASCADO et al., 2017).

Apesar de ainda não ser possível afirmar que o tratamento prolongado com omeprazol induza ou acelere a progressão de câncer gástrico em humanos, alguns autores demonstraram ou sugeriram que o seu uso prolongado poderia promover o desenvolvimento de câncer no estômago, associado à hipergastrinemia, progressão da gastrite atrófica ou hiperplasia das células estomacais.

Sabe-se que esses aspectos isoladamente não são responsáveis pelo aumento de incidência de neoplasia, já que há a participação de fatores genéticos e ambientais (CHINZON; CHINZON; RUZZI, 2015). Logo, o que leva ao aparecimento dos efeitos indesejados ao fármaco é o uso indevido ou sem indicação clínica, pois dependendo da dose e do tempo de uso, os efeitos podem ser benéficos ou prejudiciais (SOUZA et al., 2013).

5 | CONCLUSÃO

Os achados indicam que o uso prolongado do omeprazol possui efeito relevante sobre o risco aumentado de desenvolver neoplasias gástricas. Contudo, os estudos afirmam os riscos, mas não mensuram a intensidade.

Esta constatação sugere que são necessários mais estudos com protocolos diferentes, com maior número de pacientes e maiores tempo de tratamento com o esse medicamento para confirmar tal hipótese.

REFERÊNCIAS

- ARAI, A. E.; GALLERANI, S. M. C. **Uso crônico de fármacos inibidores da bomba de prótons: Eficácia clínica e efeitos adversos**. 2011. Monografia (Especialização em farmacologia). Centro Universitário Filadélfia, Londrina.
- ARAUJO, E. G. M. Riscos e benefícios do uso prolongado de Omeprazol. **Revista Especialize On-line IPOG** - Goiânia - Ano 8, Edição nº 14, Vol. 01, 2017.
- BAU, F. C.; HUTH, A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. **Revista Contexto & Saúde Ijuí**, v. 21 n. 11, p. 16-24, 2011.
- CAMPELO, J. C. L.; LIMA, L. C. Perfil clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n 1, p. 15-20, 2012.
- CHEUNG, K. S., et al. Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study. **Gut**, p. 28-35, 2017.
- CHINZON, D.; CHINZON, M.; RUZZI, A. M. Perfil de segurança da terapia com inibidores de bomba de prótons (IBP). **Clínica e Terapêutica Gastroenterologia**, v.1, n.1, p. 11-16, 2015.
- GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.
- HOEFLER, R.; LEITE, B. F. Segurança do uso contínuo de inibidores da bomba de prótons. Boletim Farmacoterapêutica. **Revista Pharmacia Brasileira**, n.70, p.1-3, 2009.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 4ed. Rio de Janeiro, 2018.
- LIMA, A. V.; NETO FILHO, M. D. A. Efeitos em longo prazo de inibidores bomba de protons, **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.5, n.3, p.45-49, 2014.
- MARTINS, R. F.; BONATTO, M. W. Pólipos gástricos estão relacionados ao uso crônico de inibidores de bomba de próton? **GED Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, v. 33, n. 4, 2014.
- MENEGASSI V. S.; CZECKOL. E. A.; CZECKO L. S. G. Prevalência de alterações proliferativas gástricas em pacientes com uso crônico de inibidores de bomba de prótons. **Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva**, v.23, n.3, p.145-149, 2010.
- MULLER, L. B., et al. Prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* e das lesões precursoras do câncer gástrico em pacientes dispépticos. **Arquivo de Gastroenterologia**, v. 44, n. 2, p. 93-98, 2007.
- RASCADO, R.R., et al. Inibidores da Bomba de Prótons podem aumentar o risco de câncer gástrico. Centro de Farmacovigilância da UNIFAL/MG, v. 1, n.1, p. 1-2, 2017.

SILVA, V.C.S; FELICIO, D.C. Fatores de risco para o câncer gástrico em grupos de classe socioeconômica baixa: revisão literária. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**. v. 6, n. 1. 2016.

SOUZA, I. K. F., et al. Análise qualitativa das alterações anatomopatológicas na mucosa gástrica decorrentes da terapêutica prolongada com inibidores da bomba de prótons: estudos experimentais x estudos clínicos. **Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**, v.26, n.4, p.328-334, 2013.

VIANNA, C. J. C., et al. **Avaliação das prescrições contendo omeprazol e associações na farmácia pública de Governador Valadares**. 2010. 71p. Monografia (Bacharelado em farmácia). Faculdade de ciências da saúde, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR DO TIPO ESCLERODERMIFORME E RECIDIVA LINFONODAL: RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 11/09/2020

Ana Carolina Pastl Pontes

Hospital Professor Alberto Antunes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/2468872951285157>

Marcella de Albuquerque Wanderley

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/5210085453722969>

Ana Miele Pereira Melo

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/7746563234585483>

Débora Araújo Aguiar

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/8207994146331081>

Carla Mariana Xavier Ferreira

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/1209456945350339>

Júlia Teresa de Albuquerque Celestino

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes
Maceió/AL

José Lucio Martins Machado

Universidade São Caetano do Sul
São Caetano do Sul/SP
<http://lattes.cnpq.br/9929706338666879>

RESUMO: **Introdução.** O carcinoma esclerodermiforme é um dos subtipos histológicos do carcinoma basocelular de maior caráter infiltrativo e recidivante, sendo responsável por cerca de 20% dos carcinomas primários e 88% dos tumores recidivantes. O tumor recidivado apresenta pior prognóstico. Geralmente manifesta-se em área de cicatriz, ao seu lado ou em profundidade, principalmente em região do “H” da face. Este tumor pode apresentar-se sob outros tipos histológicos, a exemplo do basoescamoso. **Relato de caso:** Paciente masculino aos 17 anos diagnosticado com carcinoma basocelular do subtipo esclerodermiforme passou por parotidectomia estendida ao pavilhão auricular e pele, com esvaziamento cervical. À reconstrução levou à paralisia por sacrifício do tronco superior do nervo facial - ramo orbicular do olho e frontal. Realizou cirurgia plástica e fez radioterapia adjuvante. Aos 21 anos apresentou linfonodomegalia cervical com necessidade de esvaziamento e biópsia, resultando em carcinoma basoescamoso. Evoluiu com disseminação da doença a distância em tórax e bacia, sendo submetido a novos ciclos de radioterapia e quimioterapia combinados. Vindo a falecer por complicações pulmonares. **Conclusão:** Em razão do caráter infiltrativo, alta recidiva e aparência inoculada ao exame físico, o tratamento do CBC agressivo é a cirurgia radical com margens cirúrgicas livres, pois rastreia suas extensões subclínicas, sendo, dessa forma, uma das mais seguras para a cura do paciente e prevenção de recidivas. Quando primário, o CBC necessita, além da cirurgia, por muitas vezes da radioterapia. O tumor recidivado tem tratamento

desafiador e normalmente cursa com a necessidade de novas reabordagens cirúrgicas e utilização de outras modalidades terapêuticas, como a quimioterapia com medicações modernas que permitem o aumento de sobrevida.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma basocelular. Cirurgia. Recidiva. Prognóstico.

SURGICAL TREATMENT OF SCLERODERMIFORM TYPE BASOCELLULAR CARCINOMA AND LYMPHONODAL RECURRENCE: CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction. Sclerophermiform carcinoma is one of the histological subtypes of the most infiltrative and recurrent basal cell carcinoma, accounting for about 20% of primary carcinomas and 88% of recurrent tumors. The recurrent tumor has a worse prognosis. It usually presents in a scar area, beside it or in depth, mainly in the “H” region of the face. This tumor may present itself under other histological types, such as basal squamous. **Case report:** A 17-year-old male patient diagnosed with basal cell carcinoma of the sclerodermiform subtype underwent parotidectomy extended to the ear and skin, with neck dissection. Upon reconstruction, he was paralyzed by sacrifice of the upper trunk of the facial nerve - orbicular branch of the eye and frontal. He underwent plastic surgery and had adjuvant radiotherapy. At the age of 21, he developed cervical lymph node enlargement at the same site as the previous surgery, requiring a neck dissection again. Lymph nodes presented as basal squamous carcinoma. The patient progresses with the spread of the disease at a distance in the chest and pelvis, being submitted to new cycles of combined radiotherapy and chemotherapy. He evolves to death due to pulmonary complications of the disease. **Conclusion:** Due to the infiltrative character, high recurrence and appearance inoculated on physical examination, the treatment of aggressive BCC is radical surgery with free surgical margins, as it tracks its subclinical extensions, being, therefore, one of the safest when healing the patient, both in preventing recurrences and in curing them. When primary, CBC often requires, in addition to surgery, radiotherapy. The recurrent tumor has challenging treatment and usually comes with the need for new surgical approaches (if possible) and the use of other therapeutic modalities, such as chemotherapy with newer drugs that allow for increased survival.

KEYWORDS: Basal cell carcinoma. Surgery. Relapse. Prognosis.

1 | INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum e sua incidência continua aumentando. (KONDO et al, 2019) Ele representa, sozinho, aproximadamente 65% de todos os epiteliomas e a incidência é 4 vezes maior do que a do carcinoma de células escamosas. (SARTORE et al.,2011) A exposição solar, a propensão genética e a exposição a outros carcinógenos ambientais são fatores etiológicos relacionados a essas lesões. (SOUZA et al., 2011)

O CBC é originado da camada basal da epiderme, seus anexos e sua classificação atual estabelece quatro variantes clínicas principais desse tumor:

superficial, nodular, infiltrativo e pigmentado. (HUSEIN-ELAHMED, 2018) Os dois tipos menos frequentes e mais agressivos de carcinoma basocelular são o metatípico e o esclerodermiforme. O metatípico reúne características comuns aos carcinomas basocelular e espinocelular. (ROSSATO *et al.*, 2016)

O tipo esclerodermiforme é uma das variantes mais importantes, apresentam um maior risco de malignidade local, invasividade perineural e metástases à distância. (CONFORTI *et al.*, 2020) Esse tipo cresce lento e progressivamente, e pode se expandir para a superfície e/ou invadir tecidos como músculos, cartilagens e ossos, causam destruição e deformação da área, implicando em alta morbidade. (MENDAÇOLI *et al.*, 2011) Ele aparece como uma placa branco-amarelada, escleroatrófica, de aspecto duro, liso, sem definição clara de bordas, podendo apresentar telangiectasias, semelhante a esclerodermia. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013)

Em relação a localização, cerca de 80-85% dos CBCs acometem regiões da cabeça e pescoço. Habitualmente, 70% localizam-se na face e 25-30% em região nasal, o que é consistente com o papel etiológico da radiação solar. Pode haver também acometimento das bochechas, região retroauricular, região frontal da face e zona periorbital. (SARTORE *et al.*, 2011) Em 15% dos casos, podem estar presentes no tronco. Muito raramente o CBC é diagnosticado em áreas como o pênis, vulva ou pele perianal. (WU *et al.*, 2019)

Uma vez que o CBC é diagnosticado, o risco de uma nova lesão aumenta dez vezes. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013) De acordo com a literatura, tumores primários excisados cirurgicamente podem mostrar uma taxa de recorrência que varia de 5 a 14% (AASI *et al.*, 2020) e representam o principal desafio no tratamento do CBC. Portanto, a determinação do risco de recorrência é muito importante. Os fatores de risco para recorrência de CBC são: tumor de tamanho grande (mais de 2 cm); localização particular - sítio facial central (periocular, perioral, nasal); invasão perineural e perivascular; histologia agressiva e recorrência anterior de CBC. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013)

O tipo do método de tratamento aplicado depende da identificação do risco de recorrência. A cirurgia é geralmente a terapêutica padrão ouro para a maioria dos cânceres de queratinócitos. Destacando-se também a radioterapia, que desempenha um papel importante na rotina clínica prática. (CONFORTI *et al.*, 2019) Porém, nas lesões com alto risco de recorrência pode-se realizar a cirurgia micrográfica de Mohs (MMS), um procedimento que permite a avaliação de todas as margens do tecido excisado. Eletrodessicação e curetagem (ED&C), criocirurgia e terapias tópicas, como fluoruracila ou imiquimod tópicos, não são recomendadas para o tratamento de CBCs com alto risco de recorrência. (AASI *et al.*, 2020)

O objetivo deste trabalho é relatar um tipo raro de carcinoma basocelular, seu

desfecho clínico recidivado com outros tipos histológicos e formas de tratamento utilizadas.

2 | METODOLOGIA

Estudo de caso com paciente jovem, realizado desde sua admissão no mês de outubro de 2013 com seguimento clínico até agosto de 2020, em unidade de cirurgia oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes de Maceió, Alagoas. A investigação foi conduzida por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos cirúrgicos e revisão literaria. Um estudo observacional, com caráter descritivo e abordagem qualitativa.

3 | RELATO DE CASO

TMMS, sexo masculino, 17 anos, diagnosticado com carcinoma basocelular metatípico, do subtipo esclerodermiforme (Figura 1). Realizou ressecção de lesão sem margens adequadas em lóbulo de orelha direita fora do serviço em 2011, fazendo-se necessário a parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele e esvaziamento cervical supraomohioideo ipsilateral, com necessidade de remoção do conduto auditivo externo e sacrifício dos ramos superiores do nervo facial por invasão tumoral direta (Figuras 2, 3, 4 e 5), reconstruído imediatamente com retalho de avanço cérvico-facial em outubro de 2013 (carcinoma basocelular metatípico com margens cirúrgicas coincidentes). Realizou radioterapia adjuvante com 71 Gray.



Figura 1: Tumoração ulcerada à direita envolvendo lóbulo, conduto auditivo externo, pele pré-auricular e parótida.

Fonte: autor.



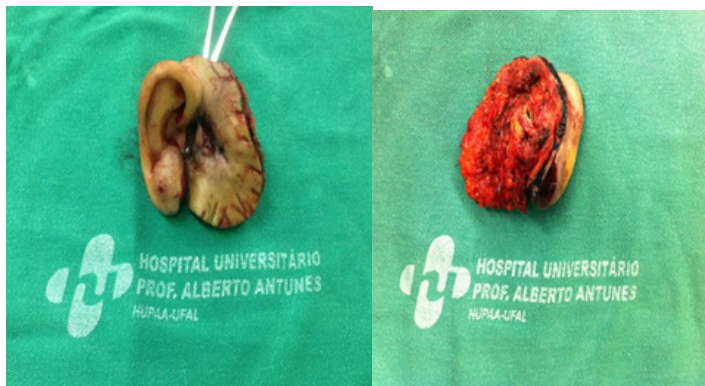
Figura 2: Paciente em posicionamento para o ato cirúrgico com aposição de campos e tricotomia.

Fonte: autor.



Figura 3: Parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele com margens livres - leito cirúrgico após ressecção.

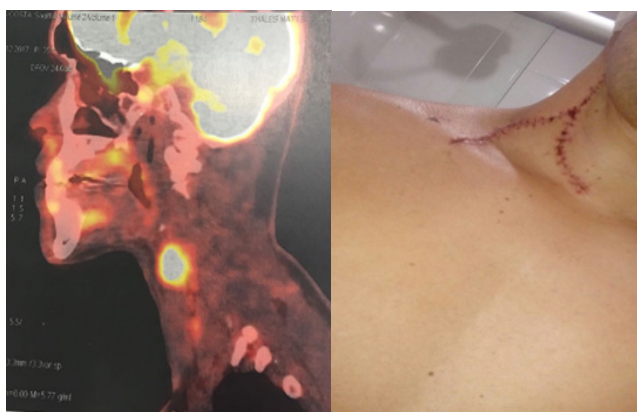
Fonte: autor.



Figuras 4 e 5: Parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele com margens livres - peça cirúrgica: visões anterior e posterior.

Fonte: autor.

Apresentou recidiva tumoral após dois anos e nova ressecção: carcinoma basocelular esclerodermiforme com margens livres. Nova radioterapia externa com elétrons adjuvante com dose de 60 Gray em 30 frações durante dois meses. Aos 21 anos evoluiu com linfonodomegalia cervical nível II a direita em Tomografia por Emissão de Pósitrons – PET-CT (Figura 6), onde a biópsia apresentou-se como carcinoma basoescamoso. Submetido a linfadenectomia cervical radical tipo II (invasão do músculo esternocleidomastoideo) direita em maio de 2017 e novo esvaziamento radical modificado tipo III por nova recidiva com linfonodomegalia na cadeia jugular interna média direita (nível III) em setembro de 2017 (Figura 7).



Figuras 6 e 7: Imagem de PET-CT com captação linfonodal cervical direita e cicatriz do esvaziamento cervical realizado em 2017.

Fonte: autor.

Iniciado novo tratamento com radioterapia de intensidade modulada em dezembro de 2017 em outro serviço concomitante à quimioterapia com cisplatina. PET - CT de controle nos meses seguintes (2018) identificou nódulo pulmonar à direita, linfonodomegalia hilar ipsilateral e mediastinal (biópsiada pela cirurgia de tórax), retroperitoneal, mediastinais nas cadeias paratraqueais, subcarinal e paraesofageana e aumento da extensão do metabolismo em lesões focais no íliaco direito: metástase óssea e pulmonar. Quimioterapia (cisplatina, 5-fluorouracil e ácido zoledrônico) e radioterapia externa paliativa em lesão óssea sacroilíaca direita com dose de 5 Gray (4 sessões).

Internado em agosto de 2020 com quadro importante de desconforto respiratório e hematêmese, evoluindo para óbito nesta mesma data.

4 | DISCUSSÃO

Devido ao caráter infiltrativo, o tratamento do carcinoma basocelular agressivo é a ressecção cirúrgica com margens amplas e exame de congelação intraoperatório, pois é a única que analisa de forma confiável a histologia de praticamente 100% das margens cirúrgicas do tumor e rastreia suas extensões subclínicas. Podemos entender que o primeiro tratamento instituído para este paciente não obedeceu aos princípios mínimos em tal direção. O subtipo esclerodermiforme normalmente apresenta-se mais agressivo, com maiores taxas de recidiva local. (CONFORTI *et al.*, 2020)

Além do mesmo, o tipo misto que surge posteriormente no caso, podendo ter ou não relação com diversos fatores de risco do paciente e tratamentos adjuvantes, teve também evolução com desfecho insatisfatório a despeito de todos os esforços realizados pela equipe assistencial. Vale lembrar que ainda assim, o paciente teve um grande aumento de sobrevida (cerca de 9 anos desde o início da doença).

5 | CONCLUSÃO

Os carcinomas cutâneos agressivos necessitam de um tratamento inicial radical o que se torna evidente com este caso, devido ao seu desfecho. Os pacientes têm maior chance de cura quando a abordagem inicial é a adequada. Muitas vezes, os procedimentos de resgate não apresentam o sucesso desejado devido a característica infiltrante deste tipo tumoral específico. Quando primário, o tratamento cirúrgico dos carcinomas de pele pode vir a ser a única modalidade terapêutica utilizada com altas taxas curativas. Já as lesões recidivadas e metastáticas, por apresentarem piores prognósticos, podem necessitar de radioterapia e quimioterapia, com intuito curativo ou paliativo.

REFERÊNCIAS

1. AASI, S. Z. et al. **Treatment of basal cell carcinomas at high risk for recurrence.** 2020 UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-basal-cell-carcinomas-at-high-risk-for-recurrence?search=carcinoma>>. Acesso em: 03/09/2020.
2. CONFORTI, C. et al. **Evolving Role of Systemic Therapies in Non-melanoma Skin Cancer.** Clinical Oncology, v. 31. p. 759-768. 2019.
3. CONFORTI, C. et al. **Sclerodermiform basal cell carcinomas versus other histotypes: analysis of specific demographic, clinical and dermatoscopic features.** Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology. 13 maio de 2020.
4. HUSEIN-ELAHMED, H. **Sclerodermiform basal cell carcinoma: how much can we rely on dermatoscopy to differentiate from non-aggressive basal cell carcinomas? Analysis of 1256 cases.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 93. p. 229-232. 2018.
5. KONDO, R. N.; GON, A. S.; JUNIOR, R. P. **Recurrence rate of basal cell carcinoma in patients submitted to skin flaps or grafts.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 94, n. 2. p. 442-445. 2019.
6. MACKIEWICZ-WYSOCKA, M. et al. **Basal cell carcinoma – diagnosis.** Contemporary Oncology, v. 17, n. 4. p. 337-342. 2013.
7. MENDAÇOLI, P. J. et al. **Nuclear morphometry and chromatin textural characteristics of basal cell carcinoma.** Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 90. p. 874-878. 2015.
8. ROSSATO, Luiz Angelo; et al. **Diagnosis of aggressive subtypes of eyelid basal cell carcinoma by 2-mm punch biopsy: prospective and comparative study.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 262-269, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
9. SARTORE, L. et al. **Facial basal cell carcinoma: Analysis of recurrence and follow-up strategies.** Oncology Reports, vol. 26. p. 1423-1429. 2011.
10. SOUZA, C. F. D. et al. **Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o padrão histológico: um estudo retrospectivo de 1.042 lesões.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, n. 02. p. 272-277. 2011.
11. WU, P. A. et al. **Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma.** UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>>. Acesso em: 03/09/2020.

CAPÍTULO 21

TUMOR DE CAUDA DE PÂNCREAS COM METÁSTASE HEPÁTICA E INVASÃO GÁSTRICA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 19/08/2020

Carolina Cortezzi Ribeiro Nascimento

Hospital Santa Rita de Maringá
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5502246347042572>

Pâmella Andressa Pereira El Majzoub

Hospital Santa Rita de Maringá
Maringá – Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-9280-1785>

Mariana Fabrini Gomes

Centro Universitário de Maringá - Unicesumar
Maringá – Paraná
<https://orcid.org/0000-0001-7974-2063>

Rodrigo Lautenschlager Zanko

CEPAT – Centro de patologia de Maringá
Maringá – Paraná
<https://orcid.org/0000-0002-5021-482X>

André Ribeiro Nascimento

Hospital Santa Rita de Maringá
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7575561379966758>

Fernanda da Silva Miliorini

Hospital Santa Rita de Maringá
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3418829250455547>

Igor Passareli Jordão

Universidade Estadual de Maringá
Departamento de Medicina
Maringá - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4440106462944455>

Vitor Zanata Adacheski

Universidade Estadual de Maringá
Departamento de Medicina
Maringá - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1784883243290139>

João Paulo Fais

Universidade Estadual de Maringá
Departamento de Medicina
Maringá - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3637239146778699>

RESUMO: Os tumores neuroendócrinos pancreáticos são tumores raros de crescimento lento, cuja forma metastática é de prognóstico desfavorável. Apresentamos um caso de paciente do sexo masculino, 41 anos, admitido com quadro de melena e dor abdominal. Por meio de uma endoscopia digestiva alta associada a histopatologia, imuno-histoquímica e sinais clínicos-laboratoriais, um tumor neuroendócrino de cauda de pâncreas foi suspeitado. Na tomografia computadorizada identificou-se metástase hepática e compressão extrínseca gástrica. O tumor encontrava-se na cauda do pâncreas - localização atípica para sua forma não funcionante. O paciente foi inicialmente conduzido com radioterapia abdominal e seguiu com quimioterapia paliativa. Evoluindo posteriormente a óbito em decorrência do acometimento hepático e gástrico. Sabe-se que o tratamento cirúrgico é o único potencialmente curativo, e deve ser indicado de acordo com as características do tumor e do paciente. O desfecho do caso nos mostra a necessidade de um diagnóstico mais precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor neuroendócrino; metástase hepática; invasão gástrica; pâncreas.

PANCREATIC TAIL TUMOR WITH HEPATIC METASTASIS AND GASTRIC INVASION: A CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT: Pancreatic neuroendocrine tumors are rare, slow growth tumors, whose metastatic form has an unfavorable prognosis. We present a case of a 41-year-old male patient admitted with melena and abdominal pain. Through an upper gastrointestinal endoscopy associated with histopathology, immunohistochemistry and clinical-laboratory signs, a neuroendocrine tumor of the pancreas tail was suspected. A computed tomography identified liver metastasis and extrinsic gastric compression. The tumor was in the tail of the pancreas - atypical location for its non-functioning form. The patient was initially treated with abdominal radiotherapy and followed up with palliative chemotherapy. Subsequently passed away due to hepatic and gastric involvement. It is known that surgical treatment is the only potentially curative treatment, and should be indicated according to the characteristics of the tumor and the patient. The outcome of the case shows us the need for an earlier diagnosis.

KEYWORDS: Neuroendocrine tumor; liver metastasis; gastric invasion; pancreas.

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (TNP), outrora denominados tumores incidentais neuroendócrinos do pâncreas, são caracterizados pela diferenciação neoplásica expressiva, independente do grau histológico (STROSBURG, 2020). São considerados raros, com poucos relatados em literatura e correspondem a aproximadamente 2% dos tumores pancreáticos. Apresentam-se com variação morfológica e clínica (SÁNCHEZ-CIFUENTES, 2019), de 25 a 50% dos tumores tem o potencial de secretar peptídeos hormonais, como a insulina, glucagon, gastrina e o peptídeo vasoativo intestinal, resultando em síndromes hormonais. Sendo, devido a isso, chamados de TNP funcionais. Os demais por não secretarem hormônios são classificados como TNP não funcionais (O'GRADY, CONLON, 2008).

Sua heterogeneidade pode resultar em maior dificuldade diagnóstica e terapêutica, e, portanto, pior prognóstico. (VARAS-LORENZO, 2019). Sua incidência têm aumentado nos últimos anos. Todavia, não é possível afirmar se isso é devido ao aumento efetivo de casos, se está associado ao aprimoramento de técnicas diagnósticas (SOTO-SOLÍS et al, 2019) ou se é pela junção de ambos os fatores (HERRERA-MARTÍNEZ, 2019). Possuem capacidade metastática, acometendo principalmente fígado, seguido de pulmões; o acometimento linfonodal e ósseo é menos evidente (STROSBURG, 2020). É de característica silenciosa, quando não funcional, sem predileção sexual e comumente diagnosticado na sexta década de

vida (GARCIA-CARBONERO, 2016).

A etiogênese desses tumores permanece obscura em vários aspectos. Apenas 10% dos casos tem caráter de síndromes familiares, enquanto os 90% restantes são considerados esporádicos. Alterações cromossômicas têm sido relatadas, como ganho de cromossomo 4 ou 9q e perda dos 1, 3p, 6q, 11q, 17p, ou 22q; o que promove soma de oncogenes e deleção de genes supressores de tumor, respectivamente. Outro gene possivelmente envolvido tanto nos tumores de origem familiar quanto esporádicos é o *MEN1*. (RO et al., 2013; HERRERA-MARTÍNEZ, 2019)

Dividem-se em duas classes principais: TNP funcionais, quando se associam a quadros clínicos secundários à secreção tumoral, podendo ser de 9 tipos diferentes – insulinomas, gastrinomas, vipomas, glucagonomas, GRFomas, somatostatonomas, ACTHomas, carcinóides ou produtores de PTH-rp (SANTOS, 2015), e TNP não funcionais, quando não se associam.

Majoritariamente, os tumores não funcionais são assintomáticos, diagnosticados muitas vezes de maneira acidental (VARAS-LORENZO, 2019). Quando sintomáticos, expressam-se por dor abdominal (35 a 78%), perda de peso (20 a 35%), anorexia e náusea (45%), estando muitas vezes associados à metástase e efeito de massa (STROSBERG, 2020). Já os funcionantes, apresentam a clínica da hipersecreção hormonal, dependendo do tipo. Tumores não funcionais podem iniciar com o quadro de hipersecreção posteriormente (RO et al., 2013).

O diagnóstico é feito a partir de exames de imagem e análise imuno-histoquímica. É fundamental que os benefícios e limitações de cada método sejam conhecidos, para que o melhor método diagnóstico seja escolhido (LIZARBE et al., 2018). Quanto aos exames de imagem, a tomografia com emissão de pósitrons (PET) de Gálio é o exame com melhor sensibilidade e deve ser o teste de escolha. Caso não haja disponibilidade do PET, a tomografia tradicional também pode ser utilizada, sua sensibilidade para detecção dos tumores neuroendócrinos varia de 61% a 93% e a especificidade de 71% a 100% (SUNDIN et al., 2018; GABRIEL et al., 2007).

É necessário a associação de exames que permitam definir a localização e características do tumor (SÁNCHEZ-CIFUENTES, 2019). Inicialmente exames de imagem devem ser solicitados após suspeição clínica, como a tomografia computadorizada contrastada, que evidenciará lesões isodensas ao parênquima hepático, a ressonância nuclear magnética, caracterizados por baixo sinal nas imagens de T1 e alto sinal nas imagens de T2, e ecoendoscopia, a qual evidenciará lesões menores e permite a realização de biópsia. Nesse método, os tumores se apresentam como lesões hipoeocogênicas inespecíficas, porém bem definidas. Após isso, para confirmação deve ser realizada biópsia com análise anatomopatológica e

imuno-histoquímica. (LIZARBE et al, 2018).

Para identificação de sítios ocultos, o uso de análogos de somatostatina radiomarcada é recomendado. É comum os pacientes apresentarem exames de imagem inalterados associados a quadros sindrômicos devido à hipersecreção hormonal, nestes casos, é indicado a realização de USG endoscópica. Uma vez que a maioria das lesões são altamente vascularizadas, se apresentam isodensas em relação ao fígado em TC não contrastada; já nos casos contrastados, nota-se aumento dos tumores na fase arterial inicial e wash out na fase venosa portal. Esse método é de sensibilidade elevada em se tratando de tumores maiores que 2 cm, principalmente para aquele com diâmetro superior a 4cm. Quando são de diâmetro reduzido, podem ser confundidos com a vasculatura ou ainda, se apresentar hipodensos (STROSSBERG, 2020).

O tratamento costuma variar de acordo com o estadiamento do tumor e estado clínico geral do paciente (BELOTTO, 2019), devendo ser feita cirurgia curativa em casos localizados e tratamento paliativo para os casos mais graves. Mesmo nos casos em que o tumor é irresssecável, o paciente pode se beneficiar de uma remoção parcial do tumor, com reflexos positivos na qualidade de vida (O'GRADY, CONLON, 2008).

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 41 anos, admitido em unidade de pronto atendimento (UPA) com quadro de melena e dor abdominal, associado a perda de peso, em março de 2019. Foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA) que visualizou sangramento difuso e coágulo aderido à mucosa gástrica com ulcerações rasas (imagem 1) que foram biopsiadas, além de um abaulamento na parede posterior de corpo gástrico, à retrovisão identificadas varizes de fundo gástrico. Ao anatomopatológico: presença de células dismórficas e arranjo sólido com múltiplas figuras de mitoses atípicas permeando glândulas gástricas (imagem 2).

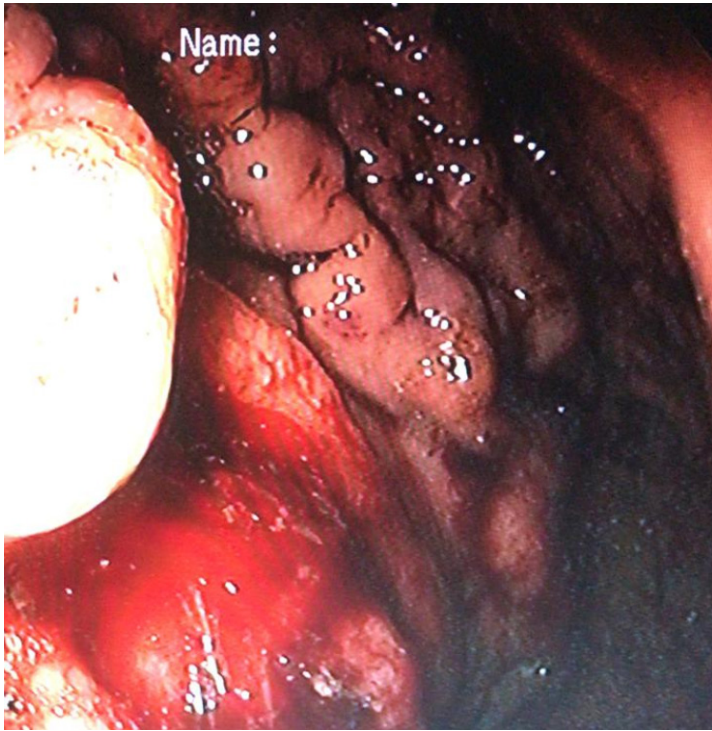


Imagem 1: varizes gástricas com sangramento ativo evidenciadas em endoscopia digestiva alta.

Em exame imuno-histoquímico, identificou-se anticorpos AE1/AE3, sinaptofisina, KI-67 em cerca de 60% das células atípicas de interesse e CK7, sugestivo de tumor neuroendócrino de cauda de pâncreas. Devido a ausência de sintomatologia por hipersecreção hormonal, foi diagnosticado como TNP não funcionante.

Em tomografia de abdome, realizada um mês depois, foram visualizadas múltiplas lesões nodulares hepáticas e lesão expansiva hipodensa de 9 cm em cauda de pâncreas. Frente a tais achados, o paciente foi encaminhado ao oncologista e posteriormente classificado como portador de carcinoma grau 3 com metástase hepática, estadiamento T4NxM1 e compressão extrínseca gástrica associada a hemorragia.

Inicialmente, a abordagem cirúrgica do tumor primário foi descartada devido a instabilidades hemodinâmicas em decorrência do acometimento hepático extenso por metástase; optou-se então por radioterapia abdominal. Após investigação extensa foi iniciado quimioterapia paliativa com cisplatina (CDDP) e cloridrato de irinotecano D1 e D8 a cada 21 dias por 4 ciclos, havendo melhora do quadro de melena. Durante o tratamento quimioterápico, o paciente apresentou neutropenia

febril, quadro esse que levou à suspensão de algumas sessões, retomadas após melhora. Também apresentou síncope isoladas, sem retorno das queixas iniciais. Realizada a quimioterapia paliativa e acompanhamento com equipe especializada em cuidados paliativos. Por complicações hemodinâmicas decorrentes da metástase hepática e gástrica, paciente teve piora no quadro de lesão erosiva gástrica, culminando em hemorragia digestiva alta com hematêmese, sendo trazido ao pronto atendimento por equipe de emergência em dezembro de 2019, sendo internado durante 5 dias, seguiu para unidade de terapia intensiva (UTI) na tentativa de reverter o quadro sem sucesso. Desenvolveu pneumonia e sepse na UTI vindo a óbito nesse episódio.

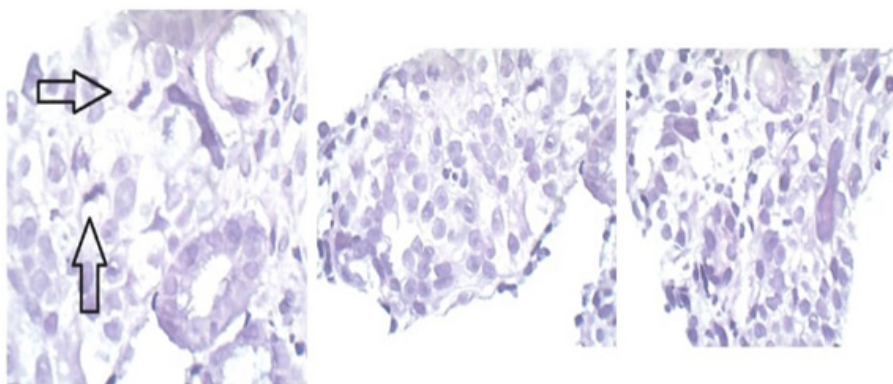


Imagem 2: neoplasia epitelióide com células dismórficas. Arranjo sólido com múltiplas figuras de mitoses atípicas e permeando glândulas gástricas reativas.

DISCUSSÃO

Os tumores neuroendócrinos pancreáticos são raros e se originam de células pluripotentes (KIM, HONG, RO, 2017) Possuem crescimento lento, são em grande maioria silenciosos, diagnosticados sob forma já metastizada, tal qual o paciente reportado, cuja metástase hepática apresentava-se desde o início do quadro, reduzindo a sobrevida global do paciente (BELOTTO, 2019). A divisão entre funcionantes e não funcionantes tem grande variação clínica (SÁNCHEZ-CIFUENTES, 2019). A sintomatologia do paciente era de um tumor não funcionante, pois apresentava sinais mais sugestivos de metástase, como a perda de peso e nenhum indício de hipersecreção de hormônios pancreático.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, tais tumores são classificados quanto à agressividade em bem diferenciados e poucos diferenciados (KLIMSTRA, 2010). A partir das características clínicas descritas no caso clínico apresentado,

podemos classificar o paciente como portador de neoplasia agressiva, pouco diferenciada. Os tumores neuroendócrinos não-funcionantes comumente afetam a cabeça do pâncreas, enquanto os funcionantes são mais característicos da cauda pancreática (THOMPSON, ECKHAUER, 1984). O que foi observado neste relato foi um achado excepcional: um tumor não funcionante de cauda.

O diagnóstico é realizado pela associação de exames que permitem definir a localização e características do tumor (SÁNCHEZ-CIFUENTES, 2019). Inicialmente exames de imagens devem ser solicitados após suspeição clínica, como tomografia computadorizada contrastada, ressonância nuclear magnética e endoscopia digestiva altas (O'GRADY, CONLON, 2008). Somado a esses exames, análise anatomopatológica e imuno-histoquímica confirmam o diagnóstico. Para seguimento, a tomografia computadorizada contrastada é o exame de escolha (LIZARBE et al, 2018).

No presente estudo, evidenciou-se através da EDA com biópsia e estudo imuno-histoquímico, a presença de neoplasia epiteloide. Nos casos de tumores pancreáticos com lesões gástricas reduzidas, a EDA pode auxiliar na diferenciação de tumores neuroendócrinos pancreáticos de gastrointestinais (SANTOS, 2015).

Uma vez que esses tumores possuem heterogeneidade significativa, o agrupamento dos diversos tipos clínicos é feito a partir de marcadores neuroendócrinos (PAVEL et al., 2020). Os testes imuno-histoquímicos permitem avaliar e quantificar Ki-67, sinaptofisina e cromogranina A, os principais marcadores de tumores neuroendócrinos (HERRERA-MARTÍNEZ, 2018; PERRI, PRAKASH, KATZ, 2019).

Os tumores bem diferenciados podem ainda ser subdivididos em baixo grau proliferativo com Ki-67 inferior a 3% (G1) e grau intermediário proliferativo com Ki-67 entre 3 e 20%(G2). Por outro lado, os tumores pouco diferenciados, são classificados como alto grau (G3), apresentando Ki-67 acima de 20% (BELOTTO, 2019; SANTOS, 2015). No entanto, tem se sugerido que os tumores G3 não são todos mal diferenciados, especialmente os que têm índice de proliferação visto no ki-67 entre 20 e 55%. Geralmente nessa faixa há histologia bem diferenciada, prognóstico relativamente bom e uma resposta ruim a quimioterapia com cisplatina (PERRI, PRAKASH, KATZ, 2019).

No caso do paciente descrito, encontramos Ki-67 elevado (60%), indicando alto grau proliferativo e presença de sinaptofisina, confirmando a suspeita de tumor neuroendócrino. Soma-se ao quadro bioquímico a presença de metástase hepática, comum em quadros avançados de tumores neuroendócrino pancreáticos (KIM, HONG, RO, 2017), conferindo maior malignidade, classificando o paciente como portador de neoplasia neuroendócrina pouco diferenciada de grau 3.

O tratamento cirúrgico é o único considerado curativo, devendo ser realizado

sempre em casos de tumor não metastático, culminando na melhor qualidade de vida e prognóstico. Nos casos de tumor irresssecável, também é muitas vezes recomendada a remoção do tumor, mesmo que parcial, para melhora na qualidade de vida. Nos casos cirúrgicos, é indicado que seja feito com margem negativa e, se necessário, linfadenectomia. Deve-se considerar individualmente a indicação de cirurgia em pacientes com metástase hepática de grande volume (LUNZ et al., 2015; O'GRADY, CONLON, 2008). No caso relatado, optou-se pela não realização da cirurgia, devido a grande acometimento do fígado, que gerava hipertensão, contraindicando abordagem cirúrgica do tumor primário.

Em relação à terapia medicamentosa, nos casos metastáticos de alto grau, devem ser usados cisplatina associado a irinotecano ou etoposida, com resposta mais evidentes em pacientes com Ki-67 superior a 55%. Diversos estudos mostram que a quimioterapia neoadjuvante aumenta significativamente a sobrevida de pacientes tratados de maneira cirúrgica (GARCIA-CARBONERO, 2016).

Ainda, a quimioterapia paliativa é uma opção em detrimento à terapêutica cirúrgica para pacientes com contra-indicação, uma vez que a evolução do quadro costuma ser rápida (GARCIA-CARBONERO, 2016). Tendo em vista que o paciente apresentava quadro grave como foi descrito, metastizado e com invasão gástrica, o tratamento paliativo foi escolhido visando melhorar sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

De acordo com os aspectos observados nota-se que a abordagem terapêutica a ser tomada varia de acordo com o tipo histológico, estadiamento, grau de acometimento metastático e características do paciente, podendo ser considerado a quimioterapia paliativa em alguns casos como melhor opção.

No paciente aqui relatado, podemos identificá-lo como portador de neoplasia de alto grau devido a presença de sinaptofisina e alto índice de positividade para Ki-67, metástase hepática e invasão gástrica. Sendo assim, o tratamento cirúrgico deve ser repensado, avaliando prós e contras, instituindo terapia paliativa, tal qual foi optado, a fim de melhorar a qualidade de vida. O desfecho do caso reflete a necessidade de um diagnóstico precoce para um melhor prognóstico, mesmo se tratando de uma neoplasia relativamente menos agressiva.

REFERÊNCIAS

BELOTTO, Marcos et al. Pancreatic neuroendocrine tumors: surgical resection. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 32, n. 1, 2019.

GABRIEL, Michael et al. 68Ga-DOTA-Tyr3-Octreotide PET in Neuroendocrine Tumors: comparison with somatostatin receptor scintigraphy and ct. **Journal Of Nuclear Medicine**, v. 48, n. 4, p. 508-518, 2007

GARCIA-CARBONERO, Rocio et al. ENETS consensus guidelines for high-grade gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors and neuroendocrine carcinomas. **Neuroendocrinology**, v. 103, n. 2, p. 186-194, 2016.

HERRERA-MARTÍNEZ, A D. *Novel diagnostic biomarkers and therapeutic options for neuroendocrine tumors*. 2019. 197f. Tese de Doutorado. Erasmus University Rotterdam - Holanda, 2019.

KIM, Joo Young; HONG, Seung-Mo; RO, Jae Y. Recent updates on grading and classification of neuroendocrine tumors. **Annals of diagnostic pathology**, v. 29, p. 11-16, 2017.

KLIMSTRA, David S. et al. The Pathologic Classification of Neuroendocrine Tumors. **Pancreas**, v. 39, n. 6, p. 707-712, 2010.

LASKARATOS, Faidon-Marios; CAPLIN, Martyn. Treatment challenges in and outside a network setting: gastrointestinal neuroendocrine tumours. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 45, n. 1, p. 52-59, 2019.

LIZARBE, Iñaki Rodriguez et al. Pruebas de imagen en el diagnóstico de tumores neuroendocrinos. **Seram**, 2018.

LUNZ, Pamela L et. al. Consensus Guidelines for the Management and Treatment of Neuroendocrine Tumors. **Pancreas**, v. 42, n. 4, p. 557-577, 2013.

NORLÉN, Olov et al. Preoperative 68Ga-DOTA-Somatostatin Analog-PET/CT Hybrid Imaging Increases Detection Rate of Intra-abdominal Small Intestinal Neuroendocrine Tumor Lesions. **World Journal Of Surgery**, v. 42, n. 2, p. 498-505, 2017.

O'GRADY, H.L.; CONLON, K.C.. Pancreatic neuroendocrine tumours. **European Journal Of Surgical Oncology (Ejso)**, v. 34, n. 3, p. 324-332, 2008.

PAVEL, M. et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms: esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals Of Oncology**, v. 31, n. 7, p. 844-860, 2020.

PERRI, Giampaolo; PRAKASH, Laura R.; KATZ, Matthew HG. Pancreatic neuroendocrine tumors. **Current opinion in gastroenterology**, v. 35, n. 5, p. 468-477, 2019.

RO, Cynthia et al. Pancreatic neuroendocrine tumors: biology, diagnosis, and treatment. **Chinese Journal Of Cancer**, v. 32, n. 6, p. 312-324, 2013.

SÁNCHEZ-CIFUENTES, Ángela et al. Tumores neuroendocrinos pancreáticos. Nuestra experiencia. **Cirugia y cirujanos**, v. 87, n. 1, p. 88-91, 2019.

SANTOS, Carolina Rossetti Rodrigues dos. *Tumor neuroendócrino de pâncreas: relato de caso de uma neoplasia rara*. 34p. Trabalho de Conclusão de Curso – Hospital do Servidor Público, São Paulo, 2015.

SOTO-SOLÍS, R. et al. Factors related to gastric neuroendocrine tumors. **Revista de Gastroenterología de México (English Edition)**, v. 84, n. 1, p. 52-56, 2019.

SUNDIN, Anders et al. ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: radiological, nuclear medicine and hybrid imaging. **Neuroendocrinology**, v. 105, n. 3, p. 212-244, 2017.

STROSBERG, Jonathan R. Classification, epidemiology, clinical presentation, localization, and staging of pancreatic neuroendocrine neoplasms, **UptoDate**, 2020. Disponível em: < <https://teksmedik.com/uptodate19/d/topic.htm?path=classification-epidemiology-clinical-presentation-localization-and-staging-of-pancreatic-neuroendocrine-neoplasms>>. Acessado em: 18/08/2020

THOMPSON, Norman W.; ECKHAUSER, Frederic E.. Malignant islet-cell tumors of the pancreas. **World Journal Of Surgery**, v. 8, n. 6, p. 940-951, 1984.

VARAS-LORENZO, M. J. et al. Detection of pancreatic neuroendocrine tumors: 23 years of experience. **Revista de Gastroenterología de México (English Edition)**, v. 84, n. 1, p. 18-25, 2019.

TUMOR DE FRANTZ EM HOMEM – RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Camila Beltrão Santana de Araújo

HUB, UnB
DF

<http://lattes.cnpq.br/2942032972511810>

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

HUB, UnB
DF

<http://lattes.cnpq.br/7584100189971187>

RESUMO: O tumor sólido pseudopapilar do pâncreas, mais conhecido como tumor de Frantz, tem incidência rara (1-2% dos tumores pancreáticos), e, usualmente, comportamento benigno. Geralmente, afeta mulheres, entre 30 e 40 anos. Trazemos caso clínico de tumor de Frantz acometendo um homem de 59 anos de idade.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor de Frantz, tumor sólido pseudopapilar do pâncreas, tumores pancreáticos.

FRANTZ TUMOR OR SOLID PSEUDOPAPILLARY NEOPLASM IN MAN – CASE REPORT

ABSTRACT: Pancreatic solid pseudopapillary neoplasm (SPN), also referred to as Frantz tumor, is considered a rare tumor type representing 1% to 2% of all pancreatic tumors. SPN usually affects young women between their 3rd and 4th

decade of life. We present an unusual case of Frantz tumor occurring in a man with 59 years old.

KEYWORDS: Solid pseudopapillary neoplasm, Frantz tumor.

INTRODUÇÃO

Os tumores pseudopapilíferos correspondem de 3 a 4% das lesões císticas do pâncreas, acometem predominantemente mulheres jovens e a porção corpo-caudal do órgão. Também é conhecido como neoplasia sólida cística, tumor de Frantz, neoplasia papilar cística e neoplasia papilar epitelial. É considerado um tumor raro e por isso não há grandes estudos acerca do tema.

RELATO DE CASO

A.S.C, 59 anos, sexo masculino, com quadro de hematúria assintomática há 2 anos. Iniciou, então, o acompanhamento com a equipe de urologia a qual solicitou uma TC de abdome total para investigação, que evidenciou um cisto complexo pancreático, com imagem cística hipoatenuante no corpo pancreático com foco de calcificação excêntrico e fina septação, apresentando paredes irregularmente espessas com realce, medindo até 4 mm de espessura e 26 x 22 x 16 mm.

Então, foi encaminhado para equipe da cirurgia geral onde foram interrogadas as

hipóteses diagnósticas de neoplasia cística do pâncreas e tumor pseudopapilífero. Assim, por possibilidade de malignização de lesão cística no pâncreas, foi programada a pancreatectomia distal com esplenectomia videolaparoscópica, a qual iniciou por este método e optado por fazer a conversão para cirurgia aberta pela dificuldade técnica de liberação da borda inferior do pâncreas.

No laudo anatomopatológico da lesão ressecada foi visualizada neoplasia sólido cística pseudopapilar do pâncreas de maior eixo medindo 2,5 cm, sem invasão vascular, com margens livres porém com invasão perineural. Estadiamento PT2PN0.

No pós-operatório foi realizada a medição da amilase do líquido do dreno abdominal no 1º, 3º e 5º dia, com valores, em comparação a amilase sérica, três vezes aumentados, confirmando o diagnóstico de fístula pancreática. Optou-se pelo tratamento conservador da mesma.

DISCUSSÃO

O tumor pseudopapilar de pâncreas é uma neoplasia rara que é classificada pela OMS como um tumor exócrino borderline de pâncreas pelo seu potencial de recorrência e disseminação metastática. Sua predominância é em mulheres jovens e na porção corpo-caudal do pâncreas. Algumas hipóteses tentam explicar a predominância no sexo feminino, como a presença de receptores de progesterona no tumor além da doença progredir na gravidez.

Na maior parte dos casos os pacientes são assintomáticos. Porém, quando sintomáticos apresentam sintomas inespecíficos como dor abdominal e massa palpável, obtendo diagnóstico incidentalmente através de exames de imagem com RNM ou TC, onde visualiza-se uma massa sólido-cística envolta por cápsula bem delimitada.

O diagnóstico é confirmado pela análise histopatológica da lesão a qual apresenta-se como encapsulada com áreas císticas e sólidas, sendo que este último apresenta estrutura pseudopapilar.

Em relação ao tratamento de escolha, a ressecção cirúrgica da lesão cística é preferencialmente realizada visando menores taxas de recidiva e menor risco de disseminação metastática da lesão. De acordo com o Guideline Europeu de tumores císticos pancreáticos e alguns estudos que o corroboram, a ressecção cirúrgica oncológica é preferencial em relação a abordagens mais limitadas como a enucleação uma vez que ao diagnóstico dificilmente se prevê o risco de malignidade do tumor, sugerindo a ressecção cirúrgica apresentar menores taxas de recidiva e disseminação metastática.

O prognóstico deste tipo de tumor é excelente e está diretamente relacionado

com o acompanhamento pós-operatório dos pacientes, uma vez que há um elevado risco de recorrência em 10 anos. Os fatores de risco de recidiva reconhecidos em um estudo realizado no Departamento de Cirurgia da Universidade de Heidelberg, na Alemanha, incluem: idade menor que 18 anos; enucleação - classificação R da ressecção; necrose tumoral-infiltração.

As complicações pós-operatória mais comuns incluem a fístula pancreática e esvaziamento gástrico lentificado. A fístula pancreática, como observado no caso descrito, é confirmada através da comparação dos valores seriados da amilase do líquido do dreno abdominal com os valores da amilase sérica. Caso esteja aquele aumentado em três títulos em relação a esse, fecha o diagnóstico desta complicação.

CONCLUSÃO

A incidência de casos de tumor de Frantz é raro e descrito em mais de 80% dos casos em mulheres jovens, o que vem em contraponto com o caso apresentado por ser um homem de meia idade. Por ser raro, existem poucos estudos significantes na literatura porém sabe-se seu baixo risco de metástase e que seu tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica da lesão, para evitar recidivas. Possui um bom prognóstico, principalmente se realizado acompanhamento pós-operatório por mais tempo.

REFERÊNCIAS

Hao EIU, Hwang HK, Yoon DS, Lee WJ, Kang CM. Aggressiveness of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: A literature review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(49):e13147. doi:10.1097/MD.00000000000013147

Tjaden, C., Hassenpflug, M., Hinz, U., Klaiber, U., Klauss, M., Büchler, M. W., & Hackert, T. (2019). Outcome and prognosis after pancreatectomy in patients with solid pseudopapillary neoplasms. *Pancreatology*.

Guimarães, Leonardo & Melo, Ana & Ruiz, Manoel & Viana, Jucilana & Junior, Rubem. (2013). Solid pseudopapillary tumor of the pancreatic: Evaluation of clinical, radiological and surgical profiles. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*. 40. 398-403. 10.1590/S0100-69912013000500009.

TUMOR GÁSTRICO EM PACIENTE COM HÉRNIA DE HIATO GIGANTE

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Camila Beltrão Santana de Araújo

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/2942032972511810>

Andrea Pedrosa Ribeiro Alves Oliveira

HUB, UnB

DF

<http://lattes.cnpq.br/7584100189971187>

RESUMO: Apresentamos nesse artigo um caso clínico desafiador do ponto de vista cirúrgico. Paciente com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico descoberto por biópsia em endoscopia digestiva alta. Ao serem realizadas as tomografias de estadiamento, identificada hérnia de hiato gigante, com componente intratorácico volumoso, composto pelo estômago, o qual ainda apresentava volvo sob seu próprio eixo.

PALAVRAS-CHAVE: tumor gástrico, hérnia de hiato, volvo de estômago.

GASTRIC CANCER IN PATIENT WITH GIGANTIC HIATUS HERNIA

ABSTRACT: In this article, we brought a challenging surgical case. Patient with diagnosis of gastric cancer, discovered through an upper gastrointestinal endoscopy. The CT scans developed for staging of the tumor, showed a gigantic hiatus hernia, composed by the stomach,

which had a volvulus in its axis.

KEYWORDS: gastric cancer, hiatus hernia, volvulus of the stomach.

RELATO DE CASO

VJR, masculino, 77 anos, casado, aposentado, natural de Pernambuco, residente e procedente de Sobradinho-DF. Procurou atendimento médico com a equipe de Cirurgia Geral em 04/04/2019 com uma queixa de “perda de peso e barriga distendida” há 8 meses. Paciente refere que em julho de 2018 iniciou quadro de plenitude pós-prandial associada a empachamento, inapetência, perda ponderal (9Kg em 8 meses) acompanhado de dores abdominais. Trouxe, já na primeira consulta, endoscopia digestiva alta (28/03/2019) com o seguinte resultado: gastrite antral enantematosa moderada; úlcera gástrica Bormann III em antro. O histopatológico (29/03/19) evidenciou adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Ex-tabagista (carga tabágica de 22 maço/ ano) e ex-etilista, sem patologias prévias ou uso de medicações diárias.

Ao exame físico, apresentava IMC de 29,4 Kg/m², tórax em barril com murmúrio vesicular fisiológico diminuído bilateralmente. O exame abdominal encontrava-se sem alterações. Restante do exame físico normal.

Foram solicitadas TC com contraste de abdome e tórax, para estadiamento, no dia

12/04/2019, sendo evidenciado tumor de antro gástrico de cerca de 6 cm, sem invasão locorregional, além de volvo gástrico, intratorácico e hérnia de hiato com componente intratorácico volumoso (figura 1 e 2).

Assim, foi proposta gastrectomia subtotal com linfadenectomia a D2.

No dia 18/05/19, paciente foi submetido à operação. Foi realizada incisão mediana xifoinfraumbilical, abertura por planos até a cavidade abdominal com achado de estômago intratorácico, reduzido por trações simples sem maiores dificuldades. Liberação do saco herniário com ressecção do mesmo. Visualizada tumoração de 12 cm em corpo gástrico, até o antro, em pequena curvatura, com acometimento macroscópico de pequeno omento. Fígado e peritônio sem sinais de implantes secundários. Presença de múltiplas linfonodomegalias suspeitas de acometimento neoplásico. Foi então realizada gastrectomia total com linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux (Figura 3).

Paciente permaneceu internado em UTI por 15 dias e evoluiu com descompensação hemodinâmica (fibrilação atrial, dessaturação, edema agudo de pulmão e agudização de doença renal crônica). Veio a óbito no dia 30/05/2019 devido a parada cardiorrespiratória.

DISCUSSÃO

A neoplasia maligna de estômago é a quinta neoplasia mais comum no mundo, sendo a quarta maior incidência entre os homens no Brasil e a 6ª entre as mulheres. Foi responsável por cerca de 12 mil mortes no país em 2018 e é a 3ª causa de morte relacionada a câncer no mundo. O subtipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, compreendendo cerca de 95% dos casos. Geralmente a neoplasia que acomete a cárdia é identificada mais tardiamente e apresenta pior prognóstico. A idade média em que se diagnostica câncer em cárdia é 70 anos. O principal fator de risco de metaplasia intestinal, gastrite atrófica e adenocarcinoma gástrico é o *H. pylori*. Em um estudo de meta-análise foi evidenciado que o tabagismo está relacionado a um maior risco relativo de câncer gástrico, principalmente em cárdia. Outros fatores de risco são: uso de opioides, obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²) e sedentarismo.

A hérnia de hiato (HH) caracteriza-se por uma protrusão do conteúdo abdominal para a cavidade torácica. Afeta ambos sexos praticamente na mesma proporção e, na maioria dos casos, é assintomática. A idade em que mais comumente apresentam-se sintomas é entre a quarta e a sexta década de vida. O desenvolvimento da HH é multifatorial, porém os fatores ambientais chamam mais a atenção, principalmente havendo aumento da pressão intra-abdominal.

A HH é um fator de risco independente significativo para adenocarcinoma

gástrico em cardia e adenocarcinoma de esôfago. A HH associada aos sintomas de refluxo está fortemente associada ao risco de adenocarcinomas de esôfago. Essa associação foi mais modesta para a adenocarcinoma em cárdia.

CONCLUSÃO

Apesar de o adenocarcinoma ser a principal patologia em questão, vale ressaltar os diversos elementos clínicos apresentados neste caso. O paciente não possuía um acompanhamento médico há mais de 10 anos, mesmo em vigência de tabagismo. Quando foi solicitada a EDA, o próprio exame não evidenciou a hérnia hiatal de grande monta, o que nos leva a criticar a prática errônea desse exame em diversos serviços pelo país.

É importante ressaltar que a proposta cirúrgica, apesar do estudo prévio, pode mudar durante o intra-operatório, levando a cirurgia de maior porte e, conseqüentemente, de maior morbimortalidade. Assim, é de suma importância realizar um pré-operatório minucioso e ter uma equipe qualificada à disposição.

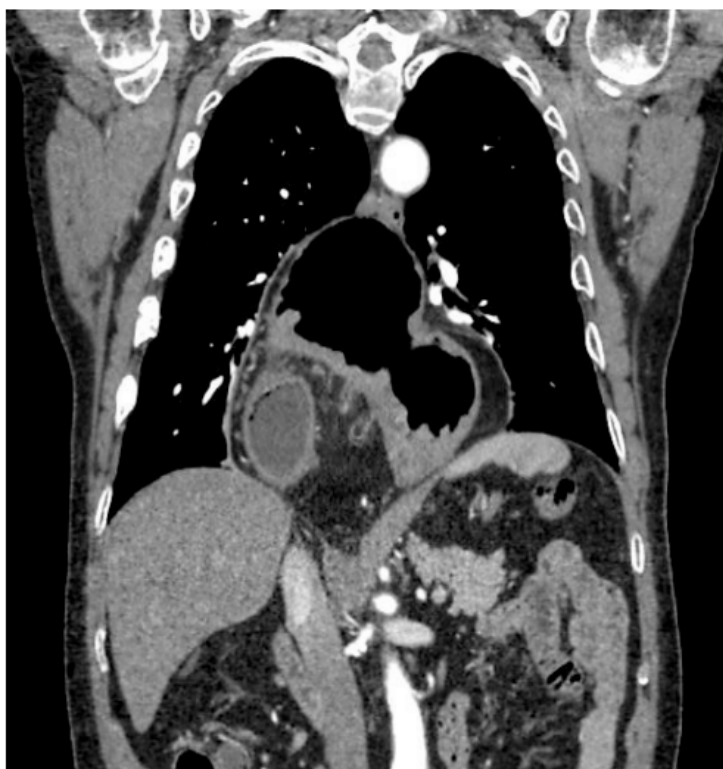


Figura 1: corte coronal de TC de tórax evidenciado estômago e delgado intratorácico, linfonodomegalia peritoneal, lesão em cardia e possíveis implantes hepáticos



Figura 2: corte sagital de TC de tórax.

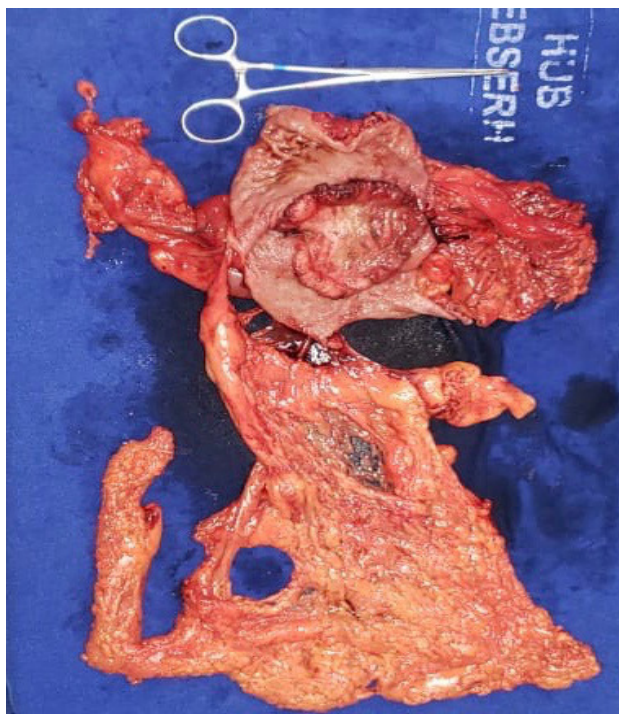


Figura 3: Tumoração de 12 cm em corpo gástrico se estendendo até antro. Em pequena curvatura há acometimento macriscópico de pequeno omento.

REFERÊNCIAS

Philpott H, Sweis R. Hiatus Hernia as a Cause of Dysphagia. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(8):40. doi:10.1007/s11894-017-0580-y

Dellaportas D, Papaconstantinou I, Nastos C, Karamanolis G, Theodosopoulos T. Large Paraesophageal Hiatus Hernia: Is Surgery Mandatory?. *Chirurgia (Bucur)*. 2018;113(6):765-771. doi:10.21614/chirurgia.113.6.765

Karim MA, Maloney J, Ali A. Laparoscopic Repair of Intrathoracic Stomach: Clinical and Health-related Quality of Life Outcomes. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2016;26(6):484-487. doi:10.1097/SLE.0000000000000349

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abdome agudo 16, 18, 70

Apendicectomia 16, 18, 19

C

Cirurgia 10, 11, 17, 20, 22, 23, 27, 30, 37, 38, 42, 43, 48, 59, 61, 77, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 118, 123, 127, 130, 131, 132, 133, 135

Colonoscopia 76

CPRE 41, 42

Cutânea 71

D

Dissecação 48

Dor abdominal 5, 7, 9, 27, 29, 30, 33, 34, 59, 61, 69, 108, 120, 122, 123, 131

Drenagem biliar 13, 15

F

Fígado 13, 14, 27, 33, 37, 38, 63, 69, 121, 123, 127, 134

G

Gravidez 131

H

Hemorragia digestiva alta 125

Hospital 1, 5, 7, 12, 15, 16, 18, 40, 41, 43, 50, 94, 107, 110, 112, 115, 120, 129, 138

M

Metástase hepática 120, 121, 124, 125, 126, 127

O

Olho 112

P

Perfuração intestinal 9

S

Saúde 45, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 64, 66, 67, 71, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 101, 103, 105, 110, 111, 125, 138

T

Tumor 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 14, 17, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 43, 44, 47, 53, 54, 55, 60, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 77, 80, 83, 90, 95, 96, 97, 109, 112, 113, 114, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134

U

Ultrassom endoscópico 30

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Medicina:

**Elevados Padrões de
Desempenho Técnico e Ético**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 