

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO —
PRIMEIRA CADEIRA DE CLÍNICA CIRÚRGICA — PROF. ALÍPIO CORREIA NETO

CONSIDERAÇÕES SÔBRE UM CASO DE CÂNCER DO PILORO (*)

Ddo. ROLDÃO CONSONI

Interno do Serviço e do H. C. da Santa Casa

O interêsse do presente caso reside principalmente nas dificuldades que envolveram o seu diagnóstico exato, bem como na pouca frequência da localização do câncer ao nível do piloro.

Oscilou o diagnóstico entre câncer do estômago, úlcera do bulbo-duodenal, acalásia do piloro e câncer duodenal, para firmar-se, de modo praticamente seguro, em câncer primitivo do piloro.

Passemos, sem mais demora, ao caso clínico:

Em Fevereiro de 1940, deu entrada no Serviço Cirúrgico do Prof. ALÍPIO CORREIA NETO, o paciente B. O. C., de 37 anos, branco, brasileiro, casado, pedreiro.

Queixava-se de pêso, plenitude e dores na região epigástrica, de prisão de ventre e emagrecimento.

Em sua história, relata que fazia apenas 4 meses que estava doente: a moléstia começara com sensação de pêso no epigástrio após as refeições, e falta de apetite. As dores eram pouco frequentes, em pontada, e apareciam e desapareciam espontaneamente; às vezes, irradiavam-se para as faces laterais do tórax. Êste desconforto perdurava cerca de uma hora, era geralmente condicionado pela ingestão de alimentos, e tanto mais intenso e demorado quanto menos digerível fosse o alimento. A carne fazia-lhe muito mal; e quanto à água, às vezes passava até sede porque a ingestão da mesma lhe aumentava grandemente a sensação de pêso e plenitude gástrica. Esta sensação de pêso e plenitude, que por vezes surgia mesmo à noite, era o que mais o incomodava; às vezes passava o dia todo com êsse mal estar.

Ao mesmo tempo, instalou-se constipação, passando regularmente 4 dias sem evacuar; nada de anormal havia nas fezes. Depois

(*) Trabalho apresentado em 4-10-940, na Secção de Clínica Cirúrgica do Primeiro Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo.

de dois meses de doença, começou a ter azia e vômitos; eram vômitos tardios, em quantidade muito superior à dos alimentos ingeridos, de gosto azedo, com mau cheiro, frequentemente com resíduos de alimentos que ingerira um a dois dias antes.

Durante êsses quatro meses de doença, emagreceu sete quilos, emagrecimento que foi muito mais pronunciado nos últimos meses.

Interrogatório geral e antecedentes — Nada de interêsse.

O exame físico nos mostra um indivíduo de aspecto abatido, pele sêca, desidratada, com musculatura atrofiada e panículo adiposo quasi desaparecido. Dentes mal conservados. Piorrêia alveolar. O abdômen apresenta-se excavado; notam-se ondas peristálticas no epigástrico, que se dirigem da esquerda para a direita e de cima para baixo; tal peristaltismo foi provocado pela ingestão de agua. A palpação revela um degrau gargarejante, pouco doloroso, ao nível da cicatriz umbilical. Não se palpa tumoração.

Quanto ao mais, nada de particular.

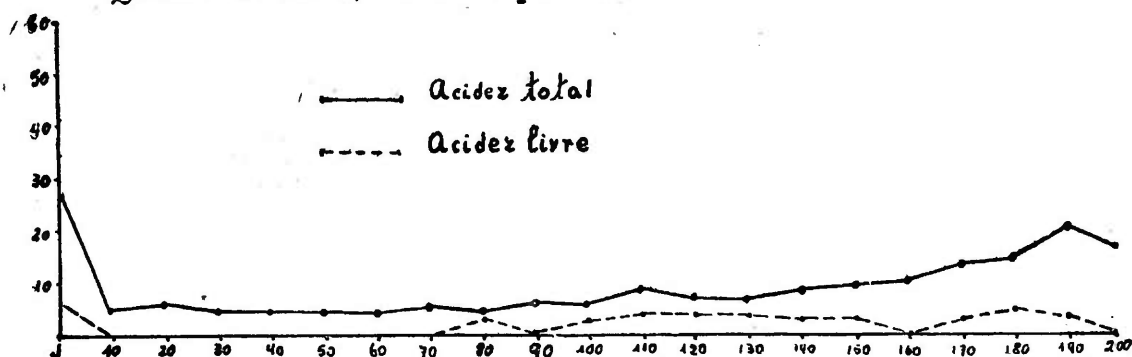


FIG. 1

Curva obtida no exame do quimismo gástrico pela prova de KATSCH-KALK.

A história e o exame físico, como se vê, falavam em favor de câncer gástrico: assim é que havia ausência de períodos de acalmia, as dores eram de aparecimento irregular e de pequena importância por isso que o que mais o incomodavam eram sensações contínuas de peso e plenitude gástrica, havia aversão pela carne, a duração dos males datava de apenas quatro meses, o emagrecimento fora grande e rápido, e a idade do paciente era idade de câncer. Os vômitos de estase, bem como a desidratação da pele, indicavam grande retardo do esvaziamento gástrico. Por tudo isto, foi estabelecido o diagnóstico, naturalmente ainda sob reservas, de *câncer do estômago* (câncer do estômago na porção antral, que é a localização mais frequente: 80% dos casos).

Vejamos agora os elementos fornecidos pelos exames de laboratório e subsidiários:

Tempo de sangria: 1'.

Tempo de coagulação: 8'.

Exame de urina (tipo I): nada de anormal.

Exame de fezes: nada de anormal.
Reação de Wassermann (sangue): negativa.
Contagem global: vermelhos = 4.120.000
brancos = 6.800
Contagem específica: nada de particular.
Valor globular: 0,9
Taxa de hemoglobina: 92 %
Reserva alcalina: 69,1 %

Quimismo gástrico: A prova de KATSCH-KALK (fig. 1) revela acentuada hipo-acidez; ha, praticamente, ausência de ácido clorídrico livre. Foram retirados vinte tubos, e até o vigésimo ainda havia coloração azul do líquido de prova. O líquido de estase media 150 c. c.

No sedimento, nada de anormal; não havia ácido láctico, nem sangue oculto.

Exame radiológico (fig. 2): “Estômago extraordinariamente aumentado de volume, dilatado, com muito líquido em jejum, e alimentos. Atonia. Estenose pilórica, provavelmente por *úlcera do bulbo duodenal*. Estômago altamente descompensado; peristaltismo quasi nulo”

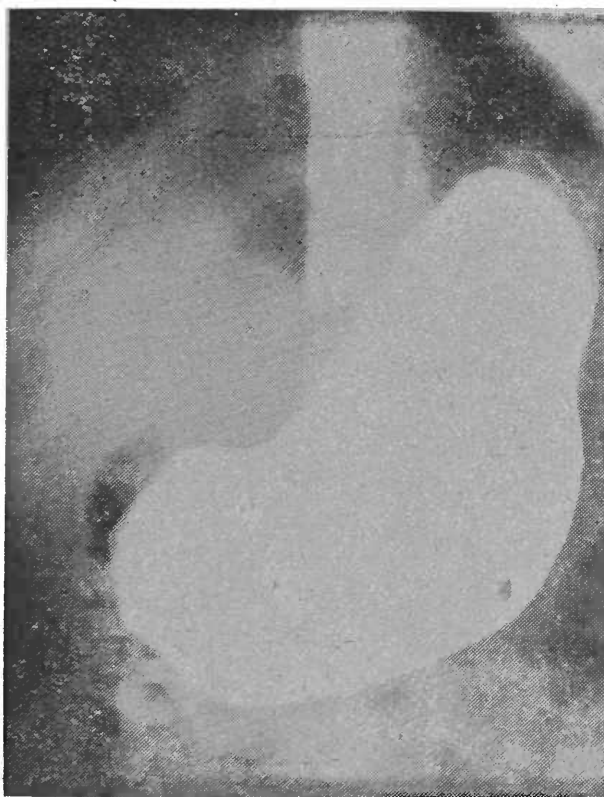


FIG. 2

Radiografia mostrando tratar-se de provável úlcera do bulbo duodenal.

Verificou-se então que a prova de KATSCH-KALK indicava um grande retardo no esvaziamento do estômago, sem, naturalmente, localizar o ponto da estenose, mas fazendo entrever de modo muito nítido, ao evidenciar a acloridria, a probabilidade da natureza cancerosa do processo.

O exame radiológico mostrou que a estenose era ao nível do piloro, e, mais ainda, que era consequente a uma provável úlcera do bulbo duodenal.

E' de se notar que os exames radioscópico e radiográfico não acusaram nicho, tendo o radiologista levantado o diagnóstico de probabilidade de úlcera duodenal muito logicamente, pois não havia defeitos no estômago, e ainda porque cerca de 90% das lesões obstrutivas correm por conta de lesão duodenal.

Havia assim certo conflito entre a história clínica, depondo fortemente em favor de câncer gástrico, e o exame radiológico falando em favor de úlcera do bulbo duodenal. A prova de KATSCH-KALK falava também em favor de câncer, mas não excluía de modo absoluto a presença de uma úlcera. Em um ponto, porém, todos os exames estavam concordes: é que havia uma intensa estenose.

Diante do quadro clínico referido, e como não tivesse sido possível evidenciar de modo definitivo qualquer lesão orgânica no estômago ou duodeno, levantou-se a hipótese de se tratar de acalásia do piloro. Por isso, foram solicitadas novas radiografias, tiradas em série, tendo o paciente ingerido, na véspera, um copo e meio de contraste. Este exame não afirmou, mas até certo ponto reforçou a hipótese de acalásia; e, realmente, não somente ainda desta vez não se encontrou lesão orgânica, como ainda mais, oito horas após a ingestão do contraste, praticamente todo êle se encontrava no estômago (fig. 3). E' bem de vêr que, a rigor, não se podia afastar a hipótese de acalásia do piloro.

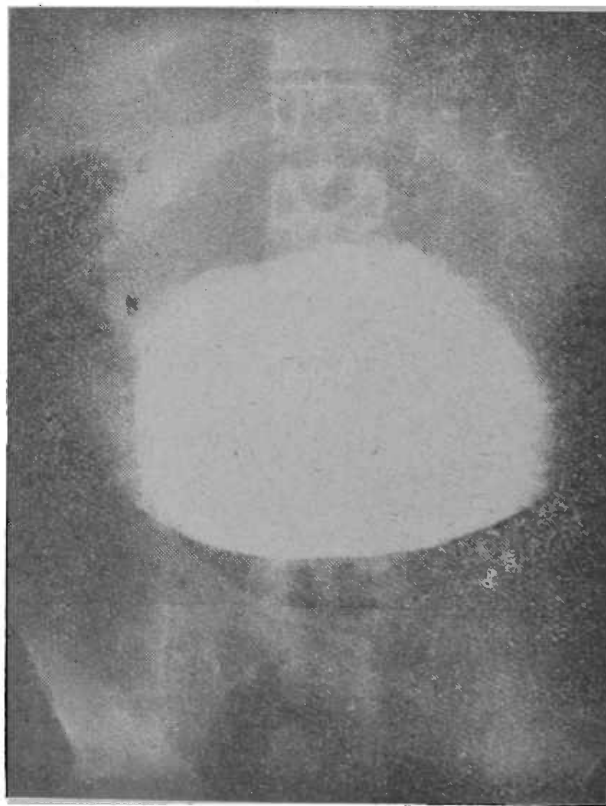


FIG. 3

Radiografia tirada oito horas após a ingestão de um copo e meio de contraste, mostrando que o mesmo ainda está quasi todo dentro do estômago.

A hipótese de câncer duodenal deveria ser apenas remotamente lembrada, devido à extraordinária raridade dessa localização do câncer: recorde-se que os tumores do duodeno são tão raros quanto são frequentes os do estômago (1).

O diagnóstico do caso apresentava-se assim duvidoso: Câncer do estômago? Úlcera duodenal? Acalásia do piloro? Câncer duodenal?

De qualquer modo, era fácil de se compreender que o tratamento cirúrgico se impunha. Após tratamento pre-operatório feito com particular esmero pois que a moléstia levava o paciente a um precário estado geral, em 27 de Fevereiro foi operado pelo Prof. ALÍPIO CORREIA NETO.

Anestesia peridural: 60cc. de novocaina a 2% com X gotas de adrenalina. Punção entre D12-L₁. Boa.

Aberto o peritônio, é constatada a existência de uma grande cicatriz na face anterior do duodeno; o duodeno, a êsse nível, está endurecido e confunde-se com o piloro. Pensa-se em úlcera duodenal estenosante, e é praticada então, com pleno êxito, gastrectomia parcial a REICHEL-POLYA.

Na peça operatória, consistente de 2/3 de estômago e mais uma porção de duodeno numa extensão de cerca de 2,5 cms., notou-se a

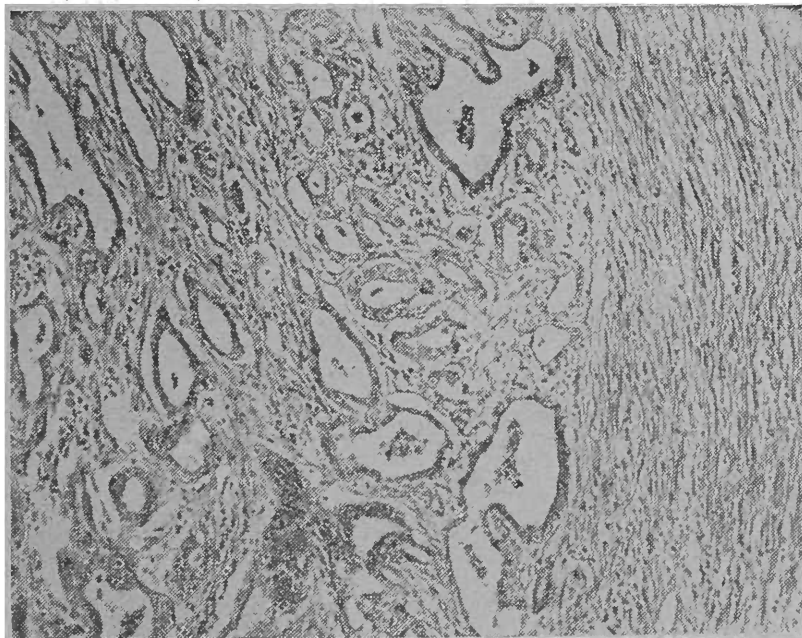


FIG. 4
Adenocarcinoma.

presença, *no limite* entre estômago e duodeno, de uma úlcera redonda, com diâmetro de 1 cm., de bordos espessos, duros, infiltrados principalmente na parte contígua ao duodeno. Nessa porção, não

(1) Em trabalho que publicamos recentemente em colaboração com E. J. ZERBINI (Rev. Cir. S. Paulo, 6(4);233-276-Jan.-Fev.1941), sobre a incidência dos tumores do tracto gastrointestinal, encontramos, para 442 casos de tumores malignos do estômago, apenas dois no duodeno.

era possível a identificação macroscópica segura do piloro, e conseqüentemente, não se estava habilitado a dar um pronunciamento definitivo sobre o verdadeiro sítio da lesão: se no estômago ou se no duodeno. Acresciam ainda dificuldades decorrentes da retração dos tecidos vizinhos.

Ficava assim estabelecido, de modo definitivo, que se tratava de uma lesão orgânica: a hipótese de acalásia do piloro não tinha mais razão de ser. Verificou-se histologicamente, tratar-se de um adeno-carcinoma ulcerado do piloro (Dr. PAULO TIBIRIÇÁ) (fig. 4).

Localizava-se exatamente no limite entre estômago e duodeno, e a infiltração neoplástica era tão intensa que não era possível reconhecer o piloro, do qual apenas restaram, aqui e acolá, raras fibras musculares. No ponto onde estava o tumor, não era possível dizer, devido às alterações estruturais, se se tratava de estômago ou duodeno. Seguindo-se a massa tumoral, encontrava-se de um lado parede gástrica e de outro parede duodenal, tendo-se mesmo a impressão de que esta fora mais comprometida (fig. 5).

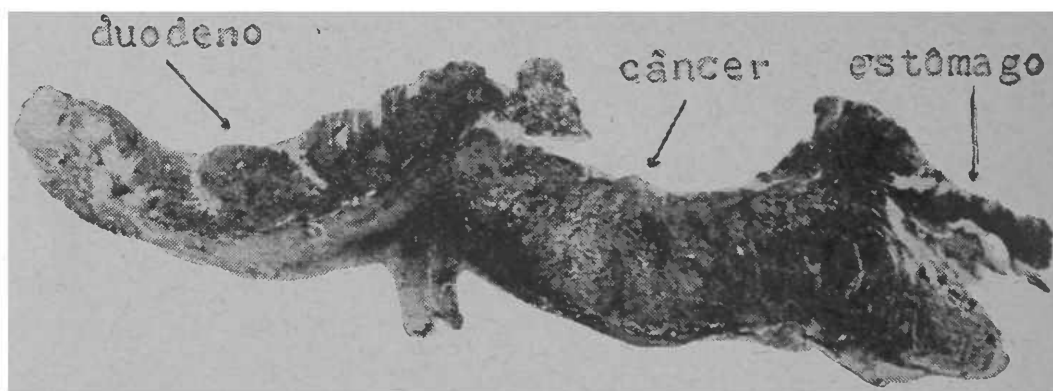


FIG. 5

Cóрте com ligeiro aumento, feito longitudinalmente, para mostrar a situação do tumor em relação ao duodeno e estômago.

Ora, é sabido que o câncer gástrico respeita o piloro: ele representa uma barreira onde o câncer do estômago para abruptamente. São raros os casos citados na literatura médica de câncer do estômago transpondo o piloro e invadindo o duodeno; e isto se dá em alguns poucos casos, em que o tumor é muito grande, havendo já estabelecido condições de inoperabilidade.

E' de particular interêsse, por conseguinte, o presente caso, por isso que se tratava de um câncer de pequenas dimensões e que se assestara exatamente sobre o piloro, invadindo em pequena extensão e da cada lado o estômago e duodeno.

* * *

O paciente teve alta, curado, em 23 de Março.

Ingressou para o Serviço de follow-up; sete meses após á operação, voltou á enfermaria. Passava bem, sentindo-se completamente

são. Engordara oito quilos e entregava-se aos seus trabalhos costumeiros.



FIG. 6

Radiografia tirada sete meses após a operação, mostrando normalidade.

Foi solicitado exame radiológico (fig. 6) para documentar as condições atuais. "Gastrectomia parcial. Boa permeabilidade da bôca anastomótica. Ausência de lesão ulcerosa no estômago restante e alça jejunal anastomosada."

EXCESSO DE TRABALHO

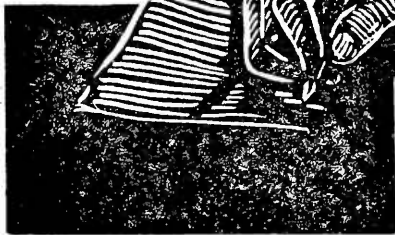
... exige alimento
e estímulo à célula nervosa

Nergofon

hexapentanolcarboxil-hipotosfite de cálcio

encerrando 35 mg. de fósforo elementar por ampôla de 2 cmc., em combinação organocálcica, exerce essa dupla ação de maneira rápida e duradoura.

AMOSTRAS
à disposição dos
Srs. Médicos



INSTITUTO MEDICAMENTA
ESTABELECIMENTO CIENTÍFICO INDUSTRIAL
FONTOURA & SERPE • SÃO PAULO — BRASIL

Nergofon

Para o tratamento dos fluxos vaginais de qualquer natureza, inclusive os frequentes e persistentes corrimentos produzidos pelos tricomonas.

Permite um tratamento bio-etiológico pelo favorável reforçamento da fauna microbiana natural.

Embalagem original:

vidro de 30 comprimidos de 1 gr

