

METÁSTASE DE CÂNCER GÁSTRICO SIMULANDO NEOPLASIA PRIMÁRIA DE PULMÃO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA*

Dante Luiz Escuissato¹, Jorge Alberto Ledesma², Linei Augusta Brolini Dellê Urban³,
Cristhian Bau Liu³, Jorge Sergio Reis Filho⁴, Adilson Gil Oliveira Filho⁵, Maurício Beller Ferri⁵,
Marco Aurelio Hossaka⁵

Resumo O adenocarcinoma gástrico apresenta, frequentemente, disseminação por extensão direta para órgãos vizinhos. Metástases para sítios distantes, como o pulmão, são menos frequentes, sugerindo usualmente outras doenças. O objetivo deste artigo é apresentar o caso de um paciente de 47 anos de idade, cujos exames de imagem (radiografias simples e tomografia computadorizada de tórax) apresentaram características sugestivas de neoplasia pulmonar primária e com diagnóstico simultâneo de câncer gástrico evidenciado pela endoscopia digestiva alta. A biópsia, guiada por fibrobroncoscopia, da massa torácica confirmou o diagnóstico de metástase pulmonar de adenocarcinoma gástrico. Além da apresentação do caso, é feita uma revisão do padrão de disseminação do câncer gástrico.

Unitermos: Neoplasia gástrica. Metástase pulmonar. Metástase óssea. Tomografia computadorizada.

Abstract *Gastric cancer metastasis mimicking primary lung cancer – case report and review of the literature.*

Gastric cancer frequently presents intraperitoneal spread. Distant metastases are rare. The authors describe a case of a 47-year-old white man, long-term cigarette smoker, who had a right upper lobe mass seen on plain films and computed tomography of the chest. A gastric adenocarcinoma was concomitantly diagnosed by endoscopic examination. A bronchoscopy guided biopsy showed that the lung mass was in fact a metastasis from gastric adenocarcinoma. In this article, the imaging findings of gastric cancer and the patterns of dissemination to other organs are reviewed.

Key words: Gastric cancer. Lung metastasis. Bone metastasis. Computed tomography.

INTRODUÇÃO

Apesar do esforço no diagnóstico precoce do câncer gástrico, cerca de 60% dos casos apresentam-se com doença disseminada no momento do diagnóstico⁽¹⁾, que varia com o tipo histológico, sendo a invasão direta e a carcinomatose peritoneal as mais comuns. A disseminação hematogênica é menos frequente, ocorrendo em 40% dos casos para fígado, 20% para pulmão e 10% para ossos⁽²⁾. As metástases pulmonares

ocorrem, preferencialmente, pela via hematogênica. O envolvimento linfático (linfangite carcinomatosa) e o comprometimento brônquico são menos comuns, principalmente o último⁽³⁾.

É apresentado o caso de um paciente com massa metastática pulmonar de carcinoma gástrico simulando neoplasia primária de pulmão. Este é o primeiro caso relatado da América Latina (Lilacs).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, relatando dispnéia aos médios esforços, com piora progressiva nos últimos meses e emagrecimento de 7 kg em quatro meses. História pregressa de epigastralgia de início há 20 anos, sem irradiação, com piora após ingestão de alimentos e melhora após uso de antiácidos. Tabagista de 30 cigarros ao dia por 40 anos e ingerindo álcool com moderação.

Ao exame físico apresentava-se emagrecido e hipocorado (+/IV), além de linfonomegalia supraclavicular bilateral e

axilar direita, com linfonodos endurecidos à palpação. O abdome era doloroso à palpação superficial e profunda. A inspeção dos membros mostrava baqueteamento digital. Foi realizada punção aspirativa de linfonodo axilar direito, sendo o resultado positivo para malignidade e compatível com adenocarcinoma pouco diferenciado.

O estudo radiográfico de tórax demonstrou massa mal definida de lobo superior direito, com infiltrado peri-hilar à direita (Figura 1). Observou-se também lesão osteolítica na quarta costela e no terço proximal do úmero direito (Figura 2). A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou massa de contornos irregulares, não-calcificada, localizada no lobo superior do pulmão direito, envolvendo a carena e o brônquio-fonte direito, com diminuição do calibre e irregularidade da luz deste. Havia ainda estenose do segmento distal da artéria pulmonar direita e espessamento irregular do interstício axial à direita, compatíveis com neoplasia primária de pulmão e com linfangite carcinomatosa ao seu redor (Figura 3). Foi, posteriormente,

* Trabalho realizado no Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR.

1. Professor da Disciplina de Radiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

2. Médico do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

3. Médicos Residentes do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

4. Médico Residente do Serviço de Patologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

5. Acadêmicos de Medicina do Hospital de Clínicas da UFPR.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Dante Luiz Escuissato. Rua Marechal Hermes, 550, apto. 12. Curitiba, PR, 80530-230. E-mail: info@dapi.com.br

Recebido para publicação em 16/10/2001. Aceito, após revisão, em 25/10/2001.

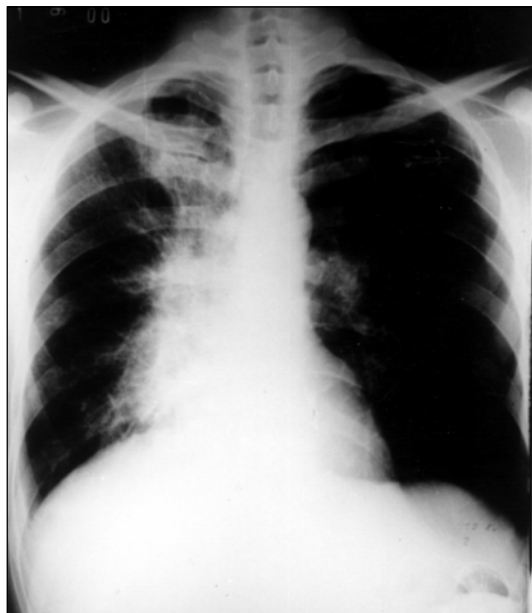


Figura 1. Raio-X de tórax em incidência ântero-posterior demonstrando opacidade mal definida no ápice do lobo superior, associada a infiltrado peri-hilar à direita.

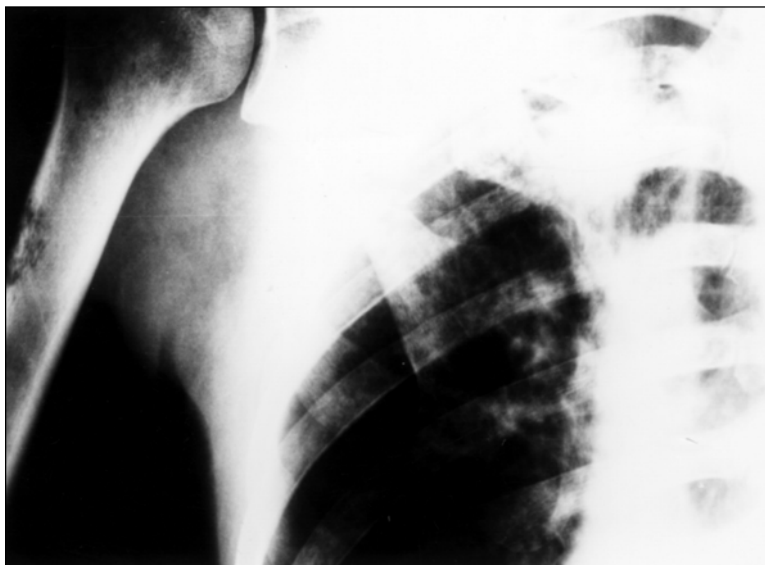
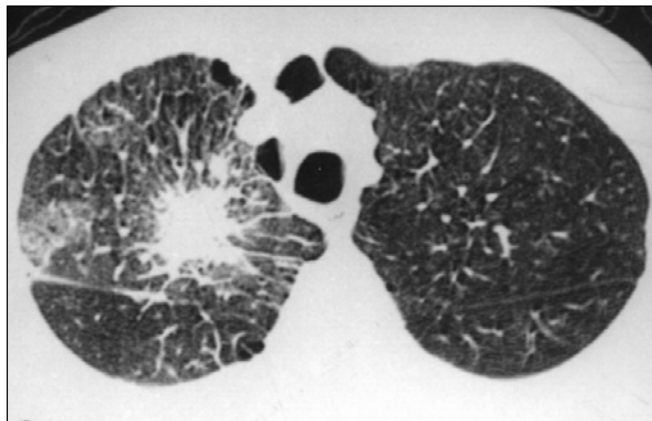
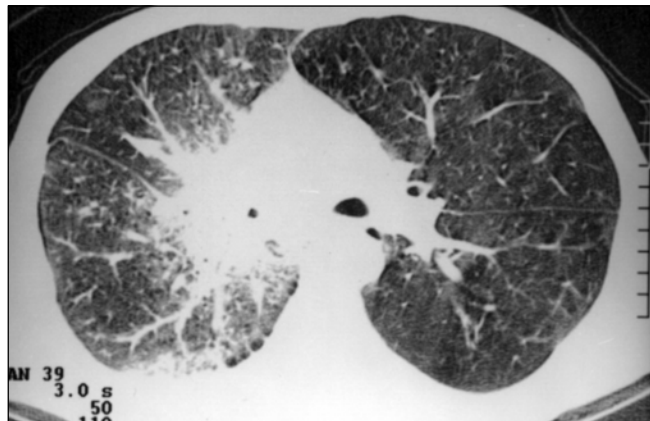


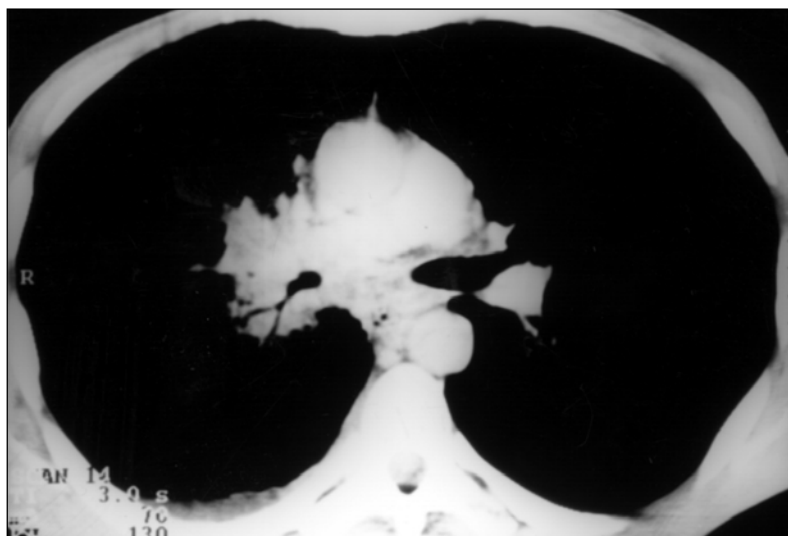
Figura 2. Raio-X do hemitórax direito evidenciando lesão osteolítica na quarta costela e no terço proximal do úmero direito.



A



B



C

Figura 3. Tomografia computadorizada de tórax evidenciando massa de contornos irregulares, não-calcificada, situada no mediastino, na região infracarenal e paratraqueal à direita baixa, envolvendo a carena e brônquio-fonte direito (diminuição do calibre e irregularidade da luz), com extensão para o lobo superior direito e envolvimento parcial do brônquio-fonte esquerdo.

submetido a estudo radiográfico contrastado do estômago para investigação das queixas abdominais, que mostrou ulceração na pequena curvatura, medindo 3 × 3 cm, apresentando características de malignidade (Figura 4). A endoscopia digestiva alta (EDA) confirmou os achados do exame radiográfico. A biópsia gástrica evidenciou mucosa infiltrada por células neoplásicas isoladas, de citoplasma escasso e microvacuolado, com núcleos ovóides, cromatina grumosa e nucléolos evidentes, compatível com adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado, ulcerado e invasor.

Devido ao aspecto bastante característico de neoplasia pulmonar primária encontrada pelos métodos de imagem e haver um diagnóstico histológico de câncer gástrico, foi solicitada fibrobroncoscopia com biópsia transbrônquica, que demonstrou árvore brônquica direita com lesão de aspecto infiltrativo, endurecida, hiperemiada, com estenose quase completa de brônquios segmentares, bem como invasão da carena e traquéia distal. Ao exame histopatológico foram identificadas, no interior de vasos, células com núcleos atípicos, hiper cromáticos e citoplasma vacuolizado, por vezes deslocando o núcleo para a periferia, cujo aspecto era sugestivo de adenocarcinoma. As características celulares foram consideradas como sendo semelhantes às da biópsia gástrica, confirmando-se o diagnóstico de metástase pulmonar.

O paciente evoluiu com piora do estado geral e óbito no 50º dia de internamento.

DISCUSSÃO

O câncer gástrico, apesar do decréscimo na prevalência observado nas últimas quatro décadas, ocupa o segundo lugar em número de óbitos no mundo (11,34%)^(4,5) e também no Brasil (9,39%)⁽⁶⁾. Incide mais frequentemente entre 50 e 70 anos de idade^(1,5,7-9), principalmente no sexo masculino (relação homens:mulheres é de 2:1)⁽²⁾. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma (85–90% dos casos), seguido por linfoma (4–8%) e sarcoma (2%).

Os principais sítios são o piloro e antro (30–65%), corpo (40%), fundo e cárdia (20–40%). O envolvimento gástrico difuso ocorre em 10% dos casos. Nos últimos anos tem havido aumento progressivo na



Figura 4. Seriografia digestiva demonstrando área de acúmulo de contraste na pequena curvatura, medindo 3 × 3 cm, projetando-se para fora da parede gástrica, com pregas distorcidas e irregulares ao redor da lesão.

incidência de câncer gástrico na região do fundo e cárdia^(2,10,11).

O diagnóstico por imagem do câncer gástrico pode ser feito pelo estudo radiográfico contrastado com duplo contraste, que apresenta sensibilidade de 96%, semelhante ao da EDA com biópsia, embora não forneça a profundidade da invasão mural e a extensão da disseminação metastática. Os aspectos radiológicos clássicos observados são a presença de área de acúmulo de contraste de contornos irregulares ou aspecto nodular, a qual se projeta para dentro da parede gástrica; pregas gástricas distorcidas ou espessadas, não-convergentes e que não alcançam o nicho ulceroso; presença do menisco de Carman-Kirklin. Em fase mais avançada, observam-se estreitamento e rigidez do corpo e antro gástrico, produzindo o aspecto de linite plástica^(10,12). No caso do paciente descrito foi identificada, em exame radiográfico contrastado, uma lesão que se projetava para fora da parede gástrica, porém com pregas amputadas e distorcidas ao redor, sugerindo lesão maligna.

A busca por metástases desempenha papel preponderante no estadiamento e conseqüente manejo do paciente com câncer gástrico, uma vez que o achado de lesões malignas locais precoces é raro. A

disseminação por extensão direta através da parede gástrica para órgãos adjacentes afeta principalmente o baço, o pâncreas, as vias biliares, o fígado e o colo transverso. O duodeno está comprometido em 25% dos casos distais. A disseminação para linfonodos ocorre quando o tumor invade o sistema linfático da parede gástrica. Primeiramente atinge os linfonodos regionais e, posteriormente, aqueles situados a distância, como nas regiões supraclavicular esquerda (Virchow) e umbilical. Este fenômeno é observado em 36% dos carcinomas diferenciados e em 44% das neoplasias infiltrativas difusas. A TC abdominal e, mais recentemente, a ultra-sonografia endoscópica (USE) têm grande importância na detecção da invasão da parede gástrica e aos órgãos adjacentes, além do comprometimento dos linfonodos abdominais. Quando analisada a profundidade da lesão, os achados da USE foram concordantes em 92% dos casos com os achados anatomo-patológicos pós-operatórios, enquanto os achados tomográficos foram concordantes em 42%. A avaliação do envolvimento dos linfonodos locais foi concordante em 78% dos casos com a USE e em 48% com a TC. Portanto, a USE vem cada vez mais destacando-se como um importante avanço no estadiamento do câncer gástrico.

A carcinomatose peritoneal é a forma mais comum de metástase a distância do carcinoma gástrico, especialmente nos pacientes com envolvimento da serosa e não dos linfonodos regionais. Pode ser observada em até 50% dos pacientes que se apresentam com doença metastática e em 16% dos pacientes sem evidência de doença disseminada, porém com estudo citológico do peritônio durante a cirurgia. A metástase para ovário (tumor de Krukenberg) frequentemente ocorre durante a disseminação peritoneal⁽²⁾.

Por ser a disseminação hematogênica pelo sistema portal o principal meio de formação de metástases, o fígado é o primeiro a ser acometido, apresentando lesões em 40% dos casos. O pulmão é sítio de metástases em 20% dos pacientes, sendo a via hematogênica o principal meio de disseminação. Os estudos de imagem mostram múltiplos nódulos periféricos, de tamanhos variáveis e contornos bem definidos. No caso descrito foi observada massa pulmonar envolvendo brônquios, caracterizando metástase endobronquial, que é observada em 2% dos pacientes com doença maligna sólida, principalmente de origem em rins, mama e colorretal. Este aspecto impossibilita a diferenciação entre metástase e tumor primário de pulmão, por

apresentarem o mesmo quadro radiológico. O diagnóstico é feito por meio de exame anatomopatológico.

Deve-se lembrar, ainda, que os ossos são acometidos em 10% dos casos, usualmente com padrão osteolítico, como observado no nosso caso, podendo também ser misto; porém, já foram relatados casos com metástase osteoblástica e reação periosteal espiculada. O cérebro é acometido em menos de 1% dos casos, apresentando-se em 55% deles com múltiplas lesões. Raramente rins e adrenais são envolvidos^(2,3,13,14).

A taxa geral de sobrevida de pacientes com câncer gástrico em cinco anos varia muito, podendo chegar a 60–100% em casos precocemente tratados por gastrectomia radical, acompanhada ou não de quimioterapia, ou 7–31% em tumores avançados após o mesmo procedimento^(1,7-9). O paciente descrito apresentava estágio clínico IV, evoluindo para o óbito pouco tempo após o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Wile AG, Hourani L, Schell MJ. The contributions of patient factors, physician delay, and tumor biology to the outcome of gastric cancer. *Am Surg* 1993;59:850–4.
2. Bruckner HW, Kondo T, Kondo K. Neoplasms of the stomach. *In: Holland JF, Bast RC, Morton DL, Frei E III, Kufe DW, Weichselbaum RR, eds. Cancer medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997:1879–22.
3. Libshitz HI. Pulmonary metastatic disease. *In: Freundlich IM, Bragg DG, eds. Radiologic approach to diseases of chest*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997:561–75.
4. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med* 1995;333:32–41.
5. Botet JF, Lightdale CJ, Zauber AG, *et al.* Preoperative staging of gastric cancer: comparison of endoscopic US and dynamic CT. *Radiology* 1991; 181:426–32.
6. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, Datasus 2000. (<http://www.datasus.gov.br>)
7. Sigon R, Canzonieri V, Cannizzaro R, *et al.* Early gastric cancer: diagnosis, surgical treatment and follow-up of 45 cases. *Tumori* 1998;84:547–51.
8. Sue-Ling HM, Johnston D, Martin IG, *et al.* Gastric cancer: a curable disease in Britain. *BMJ* 1993;307:591–7.
9. Tabuenca AD, Aitken DR, Ihde JK, Smith J, Garberoglio C. Factors influencing survival in advanced gastric cancer. *Am Surg* 1993;59:855–9.
10. Levine MS, Laufer I. The upper gastrointestinal series at a crossroads. *AJR* 1993;161:1131–7.
11. Meyers WC, Damiano RJ Jr, Rotolo FS, Postlethwait RW. Adenocarcinoma of the stomach: changing patterns over the last 4 decades. *Ann Surg* 1987;205:1–8.
12. Gore RM, Levine MS, Ghahremani GG, Miller FH. Gastric cancer: radiologic diagnosis. *Radiol Clin North Am* 1997;35:311–29.
13. Narváez JA, Narváez J, Clavaguera MT, Juanola X, Valls C, Fiter J. Bone and skeletal muscle metastases from gastric adenocarcinoma: unusual radiographic, CT and scintigraphic features. *Eur Radiol* 1998;8:1366–9.
14. York JE, Stringer J, Ajani JA, Wildrick DM, Gokaslan ZL. Gastric cancer and metastasis to the brain. *Ann Surg Oncol* 1999;6:771–6.