

29

Carcinomas Gástricos com Hemorragia ou Perfuração: Uma Retrospecção com 44 casos

CLÓVIS MASSAYUKI KOBATA¹, NELSON YUKITOSHI SATO², MÁRIO DA SILVA MONTEIRO¹, JESUS PAN CHACON³

Escola Paulista de Medicina, São Paulo-SP

Resumo

Da análise retrospectiva de 44 doentes com carcinoma gástrico complicado com hemorragia e/ou perfuração, resultou a mortalidade global de 25,0% (11/44). Em sangramentos, a mortalidade em cirurgias realizadas em caráter de urgência foi de 27,3% e, em perfurações, de 44,4%. O índice de ressecabilidade foi de 68,3% (gastrectomia total — sete doentes; gastrectomia subtotal — 21 doentes). A sobrevida, mesmo em doentes ressecados, tem-se mostrado semelhante à observada entre aqueles operados sem estas complicações.

Unitermos: carcinoma gástrico; carcinoma gástrico complicado; carcinoma gástrico hemorrágico; carcinoma gástrico perfurado.

Introdução

As complicações não estenosantes da neoplasia maligna gástrica não são freqüentes^{11,13,15,21,24,27}. Entretanto, apesar de infreqüentes, a hemorragia e a perfuração determinam condutas que, muitas vezes, por terem sido tomadas em regime de urgência e em situações locais e/ou gerais nem sempre favoráveis, podem resultar em índices de morbidade e mortalidade não desprezíveis²³. Ainda mais, as operações, quando indicadas em função de complicações agudas, obrigam o cirurgião a executar procedimentos mais radicais pelo fato de, freqüentemente, aqueles mais conservadores (suturas, por exemplo) que visam exclusivamente o tratamento da complicação, serem seguidos de altos índices de mortalidade pós-operatória^{11,21,27}. Desta maneira, às condições locais e/ou gerais desfavoráveis, acrescentam-se os riscos de procedimentos de maior porte, explicando aqueles elevados índices de morbi-mortalidade.

Entre 328 doentes com neoplasias malignas gástricas internados no período de 1971 a 1986, selecionaram-se 44 prontuários considerados satisfatórios, correspondentes a doentes com complicações não estenosantes (13,4%) e que servem de base a esta apresentação com finalidade de cotejar, com os da literatura, os dados clínicos e terapêuticos observados.

Casuística e resultados

Foram submetidos a análise retrospectiva 44 casos de neoplasia maligna do estômago, diagnosticada em virtude de uma complicação (hemorragia e/ou perfuração), atendidos pela Disciplina de Gastrenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina.

Todos os doentes haviam sido internados em regime de urgência por terem apresentado sangramento digestivo (hematêmese e/ou melena: 35 doentes) ou abdome agudo perfurativo (9 doentes). Entre os doentes com perfuração, computou-se um paciente que havia sido internado com sangramento digestivo e que, enquanto era submetido a exames diagnósticos, apresentou quadro de perfuração. Nesta casuística observou-se a predominância do sexo masculino e da faixa etária entre 61 e 70 anos de idade (Tabela 1). Os doentes com sangramento representaram 2,8% sobre o total de exames endoscópicos de urgência realizados neste Serviço no mesmo período.

O tempo decorrido entre o presumível início da neoplasia (anamnese) e a internação por complicação foi menor que 6 meses em 24 doentes (54,5%). A complicação foi considerada a primeira manifestação clínica da neoplasia em 7 doentes (15,9%) (Tabela 2).

Entre aqueles que apresentaram sangramento (36 doentes), o grau de hemorragia, baseado em critérios

Tabela 1 — Incidência quanto ao sexo, à idade e ao tipo de complicação

		hemorragia				perfuração		TOTAL	
sexo	masculino	27/35	77,1	8/9	88,9	35/44	79,5		
	feminino	8/35	22,9	1/9	11,1	9/44	20,5		
TOTAL		35/44	79,5	9/44	20,5	44	100,0		
idade	até 40	3	8,6	0	—	3	6,8		
	41 a 50	1	2,8	4	44,4	5	11,4		
	51 a 60	9	25,7	2	22,2	11	25,0		
	61 a 70	14	40,0	1	11,1	15	34,1		
	acima de 70	8	22,9	2	22,2	10	22,7		

Tabela 2 — Tempo de história de neoplasia

tempo (meses)	hemorragia	perfuração	TOTAL	
até 6	19	5	24	54,5%
7 a 12	6	2	8	18,2%
> 12	2	1	3	6,8%
impreciso	2	—	2	4,5%
ausente	6	1	7	15,9%

clínicos indicativos de hipovolemia¹², foi considerado moderado ou grave em 28 doentes (77,8%) (Tabela 3).

Foram submetidos a tratamento cirúrgico de urgência 20 doentes (hemorragia = 11; perfuração = 9) (Tabela 4). Foram 3 os doentes que não chegaram a ser operados por terem falecido durante a fase de prope-dêutica diagnóstica, todos por recidiva do sangramento. De um total de 7 doentes submetidos à sutura (hemorragia = 1; perfuração = 6) foram reoperados 4, tendo sido submetidos à ressecção apenas 2 dos doentes; três doentes não foram reoperados por terem falecido no pós-operatório da primeira intervenção. Em 13 casos operados (13/41 = 31,7%) as lesões foram consideradas irrissecáveis (em hemorragia: 9/32 = 28,1% e em perfuração: 4/9 = 44,4%).

Foram anotadas complicações em 19 doentes operados (19/41 = 46,3%), destacando-se, entre outras, as fístulas (6/41 = 14,6%) e as complicações pulmonares (7/41 = 17,1%) (Tabela 5).

A mortalidade global (11/44 = 25,0%) foi constituída por 3 óbitos em doentes internados por sangramento e que não chegaram a ser operados e por outros 7, provenientes dentre aqueles submetidos a tratamento cirúrgico (7/41 = 17,1%) (Tabela 6). Um outro doente faleceu durante o pós-operatório da reoperação executada ainda na mesma internação, quando foi submetido à ressecção gástrica, após ter-se recuperado da cirurgia inicial por sangramento, ocasião na qual havia sido realizada apenas a sutura da lesão hemorrágica. A mortalidade em perfurações (44,4%) foi discretamen-

Tabela 3 — Intensidade da hemorragia

leve	8	22,2%
moderada	18*	50,0%
grave	10**	27,8%
TOTAL	36	100,0%

* 1 doente com hemorragia + perfuração

1 doente não operado

** 2 doentes não operados

Tabela 4 — Tratamento cirúrgico realizado

		hemorragia		perfuração		TOTAL	
		urg.	elet.		n	%	
ressecção	GT	1	4	1	6	14,6	
	GST	8	10	2	20	48,8	
sutura		1	—	6	7	17,1	
derivação		1	7	—	8	19,5	
TOTAL	n	11	21	9	41		
	%	26,8	51,2	21,9	100,0		

GT = gastrectomia total; GST = gastrectomia subtotal

Tabela 5 — Evolução hospitalar pós-operatória

evolução	hemorragia		perfuração		TOTAL	
complic. abdominais	incisão	5	1	6		
	fístulas	5	1	6		
complic. gerais	pulmonares	5	2	7		
	cardíacas	2	2	4		
	outras	3	1	4		
doentes sem complicação		18/32 (56,2%)		4/9 (44,4%)	22/41 (53,6%)	

Tabela 6 — Mortalidade operatória (decorrente da primeira operação)

		hemorragia		perfuração		TOTAL	
		urg.	elet.				
ressecção	GT	0/1	0/4	0/1	0/6	zero	
	GST	2/8	0/10	1/2	3/20	15,0%	
sutura		0/1	—	3/6	3/7	42,8%	
derivação		1/1	0/7	—	1/8	12,5%	
TOTAL		3/11 27,3	0/21 zero	4/9 44,4	7/41	17,1%	

GT = gastrectomia total; GST = gastrectomia subtotal

Tabela 7 — Mortalidade em hemorragia

	operados		TOTAL	
	urg.	elet.		
leve	—	0/8	0/8	zero
moderado	1/3	0/13	1/16	6,2%
grave	2/8	—	2/8	25,0%
TOTAL	3/11	0/21	3/32	9,4%

te mais elevada em relação à observada em operações de urgência por sangramento (27,3%).

Considerados apenas os doentes submetidos a tratamento cirúrgico por hemorragia (32 doentes), a mortalidade ocorreu apenas entre aqueles operados em regime de urgência (27,3%), entre os quais os índices foram semelhantes quando se considerou o grau de hemorragia (moderado = 1/3 ou grave = 2/8). Em cirurgias eletivas, por outro lado, a mortalidade foi nula, independentemente do grau de sangramento, por terem sido realizadas após melhor preparo pré-operatório (Tabela 7). Todos os doentes (total de 3) internados com sangramentos de intensidade moderada (1 paciente) ou grave (2 pacientes), submetidos a tratamento clínico, apresentaram recidiva do sangramento, falecendo em decorrência de choque hipovolêmico.

De um total de 33 doentes que receberam alta hospitalar, retornaram ao ambulatório 22 doentes (66,7%), dos quais 9 (40,9%) faleceram num prazo médio de 14,4 meses de pós-operatório. Em relação aos demais, apenas 1 doente (submetido à gastrectomia total) encontrava-se em período de pós-operatório superior a 12 meses (20 meses) evoluindo aparentemente sem qualquer recidiva.

Discussão

As complicações agudas não estenosantes do câncer gástrico (hemorragia ou perfuração) não são freqüentes^{11,13,15,21,24,25,27}.

A incidência de complicações hemorrágicas, caracterizadas por hematêmese e/ou melena, tem sido referida, em relação ao total de hemorragias digestivas altas, entre 0,27 e 7,1%^{1,4-9,11,16,18,19}, ou em 13,0% sobre o total de lesões ulceradas gástricas submetidas a operações de urgência por sangramento¹¹.

As perfurações têm sido observadas entre 0,9 e 4,0% em relação ao total de neoplasias malignas gástricas^{3,10,13,14,24,27}, ou em 8,3% em relação ao total de perfurações gástricas¹³.

Tem sido constatada a predominância do sexo masculino sobre o feminino em taxas variáveis entre 66,7 e 87,5%^{3,13,14,24,27}, o que, eventualmente, pode dever-se, apenas, à maior incidência de câncer gástrico em homens²⁴.

Apesar de não se poder afirmar a existência de da-

dos anamnéticos típicos de neoplasia gástrica², têm sido anotadas queixas compatíveis com esta doença e de duração inferior a 12 meses, em índices variáveis entre 68,4 e 80,0%^{3,13}. É, também, interessante observar que, por vezes, tenham-se referido taxas de até 85,0% de ausência de sintomatologia prévia, constituindo-se a própria complicação a manifestação clínica inicial da neoplasia gástrica³.

Em relação à intensidade do sangramento, apesar da informação de que raramente são mortais¹⁷, deve-se atentar para o fato de ter sido considerada grave (27,8%) ou moderada (50,0%), na casuística apresentada, em 77,8% do total de doentes com complicação hemorrágica.

Por outro lado, frente a perfurações, o quadro clínico sugestivo de abdome agudo perfurativo tem sido a regra; entretanto, em taxas variáveis entre 15,0 e 48,2%, os dados anamnéticos e os de exame físico foram considerados atípicos^{3,13,14,22,27}. Nestas situações a existência de ascite, provavelmente, é um dos fatores a ser considerado como causa de menor grau de irritação peritoneal pela diluição do suco digestivo extravasado através da perfuração, minimizando seus efeitos irritativos.

Quanto à indicação cirúrgica, frente à perfuração, o tratamento a ser instituído é realizado, obviamente, em regime de urgência (abdome agudo perfurativo); em sangramentos, também, prevalece a idéia de que, uma vez concluído o diagnóstico, e na medida do possível, estabelecido o equilíbrio hemodinâmico, os doentes tenham que ser operados com a brevidade adequada, uma vez que, freqüentemente, recidivam ou persistem os sangramentos que, "por todas as características inerentes a estes doentes, revestem-se de gravidade toda peculiar"^{11,17,21}.

Ao se realizar a laparotomia, em regime de urgência, apesar da intenção de, preferencialmente, ressecar-se a neoplasia^{17,21,24} em função das condições locais e/ou gerais, têm sido realizadas simples suturas (hemostáticas ou oclusivas)^{13,21,27}, ao que se segue uma evolução nem sempre satisfatória, caracterizada por recidivas da hemorragia e/ ou fístulas^{11,21,27}.

Embora se tenha consciência da necessidade de realizar ressecções em operações realizadas na urgência, e na presença de complicações, estes procedimentos sofrem influência, outrossim, do estadiamento intra-operatório da própria neoplasia. Desta maneira, nem sempre é possível realizar a exérese do tumor e os índices de ressecabilidade não têm sido maiores que os citados para operações eletivas^{20,26}.

Além dos índices elevados de morbidade e de mortalidade pós-operatórios (respectivamente, de 46,4 e de 17,1%, nesta casuística), também o tempo de sobrevivência não tem sido animador, relatando-se como referência máxima 18 meses²⁴, 3,5 anos²⁷ ou até 4 anos

em 50,0% dos doentes¹¹ e nenhuma cura quando se trata de neoplasia perfurada²⁴.

Finalmente, frente a um doente com carcinoma gástrico, há que se lembrar a necessidade de realizar a ressecção gástrica, mesmo que paliativa, a fim de se evitar o possível aparecimento de complicações como as apresentadas, situações nas quais, certamente, a gastrectomia, além de muitas vezes não ser possível, terá de ser realizada em condições menos favoráveis.

Summary

The overall mortality rate was 25.0% for 44 complicated gastric carcinoma (haemorrhage or perforation). The operative mortality was 27.3% related to haemorrhagic complications and 44.4% to perforations. Total gastrectomies were performed in 7 patients and subtotal resections in another 21 patients. The resectability was 68.3%. These uncommon complications of gastric carcinoma are discussed and the literature data prove the poor surviving prediction even if resections were realized.

Uniterms: gastric carcinoma; complications of gastric carcinoma; haemorrhagic gastric carcinoma; perforated gastric carcinoma

Referências Bibliográficas

- Ballesteros JA, Gaya J, Company J, Obrador A, Fe A, Benet J, Velasco J — Hemorragia digestiva alta. Análisis de 1000 casos. Rev Clin Esp, 1984;173: 37-40.
- Chacon JP, Kobata CM, Goldenberg A, Lourenço LG — Câncer gástrico: lesões e condições pré-malignas. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR do — Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas, 1985: 237-240.
- Cortese AF, Zahn D, Cornell GN — Perforation in gastric malignancy. J Surg Oncol, 1972; 4: 190-206.
- Dolmans WMV, Mbagha IM, Mwakyusa DH — Diagnostic yield of endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Trop Geogr Med, 1983; 35: 173-178.
- Dombal FT, Clarke JR, Clamp SE, Malizia G, Kotwal MR, Morgan AG — Prognostic factors in upper G.I. bleeding. Endoscopy, 1986; 18: 6-10.
- Domschke W, Lederer P, Lux G — The value of emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: review and analysis of 2014 cases. Endoscopy, 1983; 15: 126-131.
- Farges O, Champault G, Trinchet JC, Boutelier PR — Qu'attendre de l'endoscopie dans les hémorragies digestives hautes? Chirurgie, 1985; 111: 480-487.
- Gajo R, Castell E, Puig-Lacalle J — Massive upper gastrointestinal bleeding. Data on 369 surgically treated patients. Am J Surg, 1980; 140: 639-641.
- Gilbert DA, Silverstein PE, Tedesco FJ — National ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: complications of endoscopy. Dig Dis Sci, 1981; 26: 55s-59s.
- Heimlich HJ — The treatment of perforated cancer of the stomach. Am J Gastroenterol, 1963; 39: 243-251.
- Hunt PS, Hansky J, Korman M — Bleeding carcinomatous ulcer of the stomach. Med J Aust, 1982; 1: 494.
- Kobata CM, Chacon JP, Herani Filho B, Sato NY, Camporini MG — Hemorragia digestiva alta. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR do — Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas, 1985: 243-246.
- Larmi TKI — Perforation of gastric carcinoma. Acta Chir Scand, 1962; 123: 222-227.
- McNealy RW, Hedin RF — Perforation in gastric carcinoma: a study and report of 133 cases. Surg Gynecol Obstet, 1938; 67: 818-823.
- Montero VF, Lisbona RG — Gastrorragia grave por carcinoma gástrico "in situ". Rev Esp Ap Dig, 1971; 34: 405-412.
- Morissey JF — Clinical approach to diagnostic endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci, 1981; 26: 6s-11s.
- Otero JP — Hemorragia gástrica por câncer. Bol Soc Cir Uruguay, 1961; 32: 503-513.
- Papaevangelou EJ, Sapkas AM — A twelve-year review of treatment of massive gastroduodenal bleeding. World J Surg, 1980; 4: 353-356.
- Paredes JG, Aguilar JG, Varela AP, Palacios JS, Cruz FG, Sanchez JRLY — Utilidad de la endoscopia de urgencia en el diagnóstico de la hemorragia digestiva alta. Rev Clin Esp, 1982; 165: 113-116.
- Rosenberg D, Chacon JP, Saraiva JAM, Vianna PC, Faria PAJ — Resultados do tratamento cirúrgico do carcinoma do estômago. J Bras Med, 1965; 9: 843-900.
- Roux M, Jost JL — Les complications des cancers de l'estomac. Min Chir, 1981; 36: 1713-1714.
- Sage M, Ghouti A, Delallande JP, Alexandre JH, Champault G, Patel JC — Notre expérience clinique de dix cas de péritonite par perforation de cancer gastrique au cours de la dernière décennie. Ann Chirurgie, 1983; 37: 355-359.
- Sato NY, Kobata CM, Camporini MG, Nakagawa Jr M, Chacon JP — Neoplasias malignas do estômago: tratamento cirúrgico das complicações. Anais do XIII Congresso Nacional do Colégio Internacional de Cirurgiões. Tema-livre, São Paulo, 1983.
- Siegert TA, Donegan WL — Acute perforation of gastric carcinoma. Wisconsin Med J, 1982; 81: 17-21.
- Souza JAG, Batista Filho GA, Ciarlini Am — Câncer gástrico complicado. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Tema-livre, Rio de Janeiro, 1985.
- Waitzberg DL, Souza Jr AHS, Bresciani CJC et al — Câncer gástrico. Análise da casuística diante do achado cirúrgico. In: Habr-Gama A, Gama-Rodrigues JJ, Betarello A — Câncer do estômago e do intestino grosso. Prevenção e detecção. São Paulo: EPU, EDUSP, 1980.
- Wilson TS — Free perforation in malignancies of the stomach. Canad J Surg, 1966; 9: 357-364.