DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.236.vol.15.n3.2020

METÁSTASE CEREBELAR POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

METASTASIS DUE TO GASTRIC ADENOCARCINOMA

Ana Luiza Tavares Menezes¹, Carolina Maria Leal Rosas¹, Miguel Lemos Neto², Anderson Nunes Teixeira²

- ¹ Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos
- ² Docente da Faculdade de Medicina de Campos

Faculdade de Medicina de Campos, Avenida Alberto Torres, 217, Centro, Campos dos Goytacazes - RJ

- ¹ Ana Luiza Tavares Menezes, rua Dr. Manoel Coelho Barroso 30, Parque São Caetano, Campos dos Goytacazes-RJ (22) 997635431, analuizatm@live.com
- ¹ Carolina Maria Leal Rosas, Avenida Dom Bosco, número 60, Parque Tamandaré, Campos dos Goytacazes-RJ, 22 998858285 e-mail: carolinamlrosas@gmail.com
- ² Miguel Lemos Neto, Avenida Dr. Alberto Torres, 217, Centro, Campos dos Goytacazes-RJ, e-mail: dr.mdlemos@gmail.com
- ² Anderson Nunes Teixeira, Avenida Dr. Alberto Torres, 217, Centro, Campos dos Goytacazes-RJ, e-mail: anderson.teixeira@fmc.br

Endereço para correspondência: Fundação Benedito Pereira Nunes. Avenida Dr. Alberto Torres, 217, Centro, — Campos dos Goytacazes — RJ; e—mail: anderson.teixeira@fmc.br

RESUMO

Dentre as neoplasias que mais frequentemente cursam com metástases para o Sistema Nervoso Central encontram-se as malignas do trato gastrointestinal, e dentre elas ressalta-se o adenocarcinoma gástrico. O objetivo desse artigo é apresentar o caso de uma paciente de 65 anos que apresentou sintomas neurológicos compatíveis com acometimento cerebelar após 1 ano e 3 meses de ressecção de tumor gástrico cujo histopatológico revelou adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete. A Tomografia computadorizada evidenciou imagem cerebelar compatível com implante secundário e meningite carcinomatosa. A partir da revisão bibliográfica realizada, pode-se notar que a presença de metástases intracranianas ainda indica um prognóstico reservado apesar dos avanços nesse tratamento. Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de atenção precoce e individualizada a fim de contribuir positivamente na sobrevida desses pacientes.

Palavras chave: etástase, adenocarcinoma gástrico, cerebelar

ABSTRACT

Among the neoplasms that more often present central nervous system metastasis, there are the malignant neoplasms of the gastrointestinal tract, and among them, there is gastric adenocarcinoma. The purpose of this article is to introduce the case of a 65 years old patient who presented neurological symptoms, 1 year and 3 months after gastric tumor resection, whose histopathological report revealed mucinous adenocarcinoma with signet ring cells. The computed tomography showed cerebellar image compatible with secondary implant and carcinomatous meningitis. Literature review showed that the presence of intracranial metastasis still indicates a reserved prognosis despite advances in this treatment. In this sense, we emphasize the need for early and individualized care in order to contribute to the survival of these patients.

Key words: metastasis, gastric adenocarcinoma, cerebellar

INTRODUÇÃO

As metástases intracranianas ocorrem mais comumente nas fases avançadas de câncer e são consideradas a complicação neurológica mais frequente e temível, já que são responsáveis por sintomas incapacitantes ou morte precoce, o que muitas vezes implica na desistência de tratamento sistêmico. 1,2,3

A maioria dessas metástases ocorre por disseminação hematogênica, principalmente pela circulação arterial, e, de modo geral, aproximadamente 15% localizam-se no cerebelo. 1,4

Os tumores primários que mais frequentemente evoluem com metástase para o sistema nervoso central em adultos são: o carcinoma broncogênico, o câncer de mama, o carcinoma renal, o melanoma e as neoplasias malignas do trato gastrointestinal. 1,2,5

Em relação aos tumores gástricos, são classificados como a segunda neoplasia com maior índice de mortalidade, sendo o adenocarcinoma o tumor maligno mais comum, correspondendo a 95% dos casos⁶. A seguir, relata-se um caso de adenocarcinoma gástrico com desenvolvimento de metástases cerebelar.

OBJETIVOS

Relatar um caso de metástase cerebelar por adenocarcinoma gástrico, suas manifestações clínicas e desfecho a partir do suporte terapêutico fornecido.

RELATO DE CASO

M.N, 65a, mulher, solteira, do lar, deu entrada no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA) trazida pela emergência ,com seus familiares, apresentando quadro de agitação e agressividade. Segundo os mesmos, a paciente vinha apresentando quadro de cefaléia intensa, confusão e agitação psicomotora nos últimos dois dias. Referiu-se ainda perda de força em membros inferiores e certa dificuldade para deambular que foi progredindo nos últimos 20 dias.

Negou náuseas, vômitos ou febre. Sem queixas urinárias e com constipação intestinal há 5 dias, aceitando pouco a dieta. Em sua história oncológica destaca-se uma internação há 1 ano e 3 meses no HEAA pela cirurgia geral devido à neoplasia gástrica localmente avançada com indicação de neoadjuvância. Realizou gastrectomia subtotal seguida de linfadenectomia e

colecistectomia.

O laudo histopatológico revelou adenocarcinoma mucinoso com células em anel de sinete. As dimensões do tumor foram de 8,0 x 5,0 cm infiltrando o tecido de pequena curvatura com presença de invasão angiolinfática e perineural. Os limites cirúrgicos foram livres, com acometimento de 6+/12+ linfonodos de pequena curvatura e de 3+/11+ nos de grande curvatura. O epíplon apresentava focos microscópicos de implantes tumorais mucinosos – PT4a PN3.

Ao exame físico da admissão: Paciente agitada, com oscilações de comportamento, hidratada, acianótica, anictérica, eupneica em ar ambiente, afebril. Ao exame do aparelho cardiovascular, o ritmo era regular em dois tempos, com bulhas normofonéticas, sem sopros. O aparelho respiratório apresentou murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. O abdome era flácido, indolor à palpação e com peristalse diminuída. Os membros inferiores apresentavam-se sem edema com panturrilhas livres. De acordo com a apresentação clínica, foi prescrito haloperidol 5mg/ml 1 ampola à critério médico, dexametasona 4mg/ml 1 ampola 8/8h, clonazepam 0,5mg 1 comprimido VO à critério médico.

E, foram solicitados exames de urina (EAS) que não apresentou alterações e o exame de sangue com os seguintes resultados: Hc: 31,1%; Hb: 10,3; Leu: 6170/0 bastões; Plaq: 296000, Na: 138; K: 3,4; U: 29; Cr: 0,2; Mg: 1,7; Ca: 9,5. Foi solicitada ainda uma tomografia de crânio, obtendo-se o seguinte laudo: nódulo com necrose central e realce periférico por meio de contraste no terço superior do hemisfério cerebelar esquerdo, medindo 1,1 x 1,3 cm no plano transverso compatível com implante secundário, apresentando discreto edema vasogênico perilesional. O conjunto determina mínima redução do calibre do IV ventrículo, sem hidrocefalia supratentorial. Extenso realce pelo meio de contraste de superfície leptomeníngea dos hemisférios cerebelares, compatível com meningite carcinomatosa no presente contexto clínico. Hipodensidade na região póstero-inferior do hemisfério cerebelar esquerdo, de aspecto inespecífico podendo corresponder à lesão isquêmica ou edema secundário à meningite carcinomatosa. Hemisférios cerebrais, tálamos, regiões capsuloganglionares e tronco encefálico com densidade dentro dos padrões de normalidade.

Discreta acentuação dos sulcos corticais. Ausência de herniações encefálicas. Não há evidência de lesão suspeita na calota craniana. Durante a internação, a paciente ao evoluir com estabilidade clínica, tornou-se elegível para radioterapia paliativa de crânio total, porém, a mesma foi suspensa dois dias após devido à piora do estado neurológico. Evoluiu com hemiparesia esquerda, desvio de comissura labial e ptose palpebral, sem interagir com o examinador. Devido à evolução desse quadro, optou-se por realizar suporte paliativo somente para alívio e conforto. Dezessete dias após, evoluiu a óbito por parada cardiorrespiratória, com silêncio cardíaco, pulsos centrais ausentes, pupilas midriáticas e não reagentes.

DISCUSSÃO

Os tumores gástricos mucinosos correspondem a cerca de 10% dos adenocarcinomas e podem ser classificados em precoces e avançados, sendo a maioria diagnosticada em fase avançada nos países do ocidente. Nestes, a taxa de sobrevida é de cerca de 23% quando os pacientes são tratados somente com cirurgia, e cerca de 36% quando o protocolo terapêutico inclui quimioterapia perioperatória⁷.

Os locais mais comuns de metástases à distância são o fígado, a superfície peritoneal, e os linfonodos não regionais ou distantes. Metástases pulmonares e para o sistema nervoso central ocorrem, porém são raras⁸.

Estudos têm mostrado que a sobrevida de pacientes com câncer gástrico está relacionada, entre outros fatores, com o número de linfonodos regionais acometidos e com a presença das metástases⁹.

Nesse contexto, é importante destacar as metástases intracranianas, que incluem metástase cerebelar, estão presentes em até 25% dos pacientes que morrem de câncer¹,³. As mesmas apresentam manifestações clínicas de evolução rápida, geralmente subaguda, em dias ou poucas semanas, devendo-se, entre outros fatores, ao intenso edema perilesional. Como manifestações clínicas habituais dos processos metastáticos cerebrais, pode-se citar cefaleia e alteração do nível de consciência devido ao aumento progressivo da pressão intracraniana, alterações comportamentais, sinais neurológicos focais e crises epiléticas. Vale ressaltar que as alterações

comportamentais são observadas em até 30% dos pacientes com metástases cerebelares¹⁰.

É relevante que se entenda, nesse caso, a função cerebelar no controle do sistema vestibular e programação motora, propriocepção, funções afetivas e cognição, que, ao ser prejudicada devido à lesão, pode cursar com manifestações como ataxia; disartria; déficits de equilíbrio, postura e marcha; alterações de funções executivas como fluência verbal, memória de trabalho e planejamento; prejuízos da memória visuoespacial; embotamento afetivo ou extravagância; comportamento inapropriado ou desinibido¹¹.

No caso relatado, destaca-se o acometimento cerebelar da paciente. Sabe-se que devido ao acometimento metastático do cerebelo, o indivíduo pode cursar com manifestações de agressividade, agitação psicomotora, cefaleia, confusão, perda de força em membros e dificuldade para deambular, o que está diretamente ligado comprometimento de funções fisiológicas, como sinais de redução da expectativa de vida.

Tendo em vista que o câncer gástrico tem prognóstico e tratamento definidos pela localização e estadiamento do tumor, número de linfonodos ressecados e acometidos e presença de metástases, é necessária a detecção precoce para que haja possibilidade de tratamento. Em relação às metástases intracranianas, o tratamento deve se direcionar ao controle da pressão intracraniana, com uso de corticosteroides ou agentes hiperosmolares, além disso, tem-se como opção a radioterapia de encéfalo total ou localizada, indicada classicamente para os pacientes com múltiplas metástases ou metástase única associada à doença sistêmica disseminada.

Sendo a sobrevida relacionada à radioterapia de 3 a 6 meses, entretanto, para avaliação de sua eficácia, deve-se analisar outros fatores como controle local da doença e o tempo livre de sintomas neurológicos¹⁰. Apesar de todos os avanços nos tratamentos de metástases intracranianas, o prognóstico desses pacientes permanece reservado.

CONCLUSÃO

A identificação de fatores de risco da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, são atribuições que dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e

prognóstico do câncer gástrico com metástase à distância. Ainda são necessárias maiores investigações a respeito do acometimento cerebelar

pelo carcinoma gástrico a fim de que se possa proporcionar uma melhor abordagem, com aumento da expectativa de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1. SANTOS, Adrialdo José et al. Metástases cerebrais. Rev Neurociências. 2001; v. 9, n. 1:20-26.
- 2. Patchell AR. Metastatic brain tumors. In: Brain tumors in adults. Black PM, Wen PY (eds.). WB Saunnders Company, Philadelphia, 1995, pp. 95-9.
- 3. NGUYEN, Linh N.; MAOR, Moshe H.; OSWALD, Mary Jane. Brain metastases as the only manifestation of an undetected primary tumor. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 1998; v. 83, n. 10, p. 2181-2184.
- 4. DELATTRE, Jean Yves et al. Distribution of brain metastases. Archives of neurology. 1988; v. 45, n. 7, p. 741-744.
- 5. Thapar K, Laws ER. Tumores Del Sistema Nervioso Central. In: Oncologia Clínica. Murphy GP, Lawrence W (eds.). American Cancer Society, Washington, 1995, pp. 424-62.
- 6. Caldana RP, Caiado AHM, Warmbrand G. Estômago. Muller CIS, D'ippolito G, da Rocha AJ, autores. Oncologia. 1a Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2014. p. 465-501.
- 7. Griffin SM, Raimes SA, Shenfine J. Cirurgia Gastroesofágica. 5a ed. Edinburgh: Elsevier; 2016
- 8. Compton CC, Byrd DR, Aguilar JG, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK. AJCC Cancer Staging Manual (Handbook). Stomach. Seventh Edition. New York: Springer, 2010. 718p. vol 1.
- 9. SIEWERT, Jörg Rüdiger et al. Relevant prognostic factors in gastric cancer: ten-year results of the German Gastric Cancer Study. Annals of surgery. 1998; v. 228, n. 4, p. 449.
- 10. Posner, Jerome B., and Lisa M. DeAngelis. Neurologic complications of cancer. Vol. 45. Philadelphia: FA Davis Company, 1995.
- 11. DAMIANI, Daniel et al. Aspectos neurofuncionais do cerebelo: o fim de um dogma. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery. 2016; v. 35, n. 01, p. 039-044.