

Adenocarcinoma de cólon apresentando-se como hérnia epigástrica encarcerada: relato de caso

Colonic adenocarcinoma presenting as incarcerated epigastric hernia: case report

Beatriz Viesser Miyamura¹, Felipe de Seixas Alves¹, Wânia Hiromi Yanaguizawa¹, André Soares Gallo²,
Maurício Alves Ribeiro³, José César Assef⁴

Resumo

Hérnia epigástrica é a protrusão de componentes do abdome, sendo seu conteúdo principalmente gordura pré-peritoneal ou epíplon / alças intestinais que se deslocam através de um orifício na parede do abdome e são envoltas por saco herniário. O encarceramento da hérnia é sua principal complicação e pode levar ao hipofluxo das alças, necrose e obstrução intestinal. O quadro clínico manifesta-se por dor em região umbilical, nodulação e até hiperemia. Porém, esses sintomas não são patognomônicos de hérnia encarcerada. O envolvimento por metástases que cursam com quadro clínico semelhante, além de lipomas, sarcomas e hematomas subcutâneos deve ser considerado. Reportamos caso de paciente de 36 anos que procurou o pronto-socorro com sintomas relatados acima e 2 meses de história. Exames complementares apontaram processo infiltrativo proveniente de trato gastrointestinal, confirmado pelo anatomopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado invasivo (pT4ApN2A). Paciente teve alta após 7 dias de internação e segue em acompanhamento ambulatorial.

Descritores: Adenocarcinoma/complicações, Colo, Hernia abdominal, Parede abdominal

Abstract

Epigastric hernia is the protusion of components from the abdominal cavity, which includes most commonly pre-peritoneal fat or epiploon / intestinal loops that migrate through a hole in abdominal wall and are involved by a hernia sac. Incarcerated hernia is the main complication and can lead to hypoflux of intestinal loop, necrosis and intestinal obstruction. Clinical presentation can be supra-umbilical pain, nodule and even hyperemia. Nevertheless, these symptoms are not pathognomonic of incarcerated hernia. It can also be explained by metastasis, by lipoma, by sarcoma and by subcutaneous hematoma. We report a case of a patient of 36 years old that came to the hospital with all the symptoms already described with 2 months of progression. Complementary exams have showed an infiltrative tumor probably from intestines and it was confirmed by anatomopatologic as invasive and cankerous moderately differentiated adenocarcinoma (pT4ApN2A). Patient was discharged after 7 days and proceeds in ambulatorial treatment.

Keywords: Adenocarcinoma/complications; Hernia, abdominal; Abdominal wall, Neoplasm metastasis

Introdução

O diagnóstico de hérnia encarcerada deve ser aventado frente a um paciente com abaulamento ou massa abdominal pré-existente que evolui com dor, náusea, vômito, sinais de obstrução intestinal e, mais raramente, hiperemia. Hérnias epigástricas projetam-se através da linha alba e ocorrem mais frequentemente acima do umbigo. Costumam ser pequenas (15 a 25 mm³ de volume), mas hérnias epigástricas volumosas podem acontecer em 3 a 5% da população. São mais comuns em homens (na razão de 3:1), predominam na faixa etária dos 20 aos 50 anos e menos de 1% relaciona-se com malignidade⁽¹⁾.

O carcinoma colorretal (CCR), por sua vez, é a 2^a neoplasia maligna mais comum no sexo masculino e a 3^a no sexo feminino, com 1,4 milhões de casos novos

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Serviço de Emergência

3. Professor Instrutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Cirurgia

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Trabalho Realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Serviço de Emergência

Endereço para correspondência: Beatriz Viesser Miyamura. Rua Calixto da Mota, 106 - Vila Mariana - 04117-100 – São Paulo – SP - Brasil

e aproximadamente 694.000 mortes no ano de 2012⁽²⁾.

Sabe-se que idade, sedentarismo, obesidade e tabagismo constituem fatores de risco importantes para o desenvolvimento do CCR^(3,4), sendo incomum antes dos 40 anos. Sua incidência torna-se significativa a partir dos 50 anos, aumentando nas décadas subsequentes⁽⁵⁾.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou que a ingestão de carne vermelha e de alimentos processados pode estar relacionada ao aumento da incidência do câncer de cólon⁽⁶⁾.

Neste relato, descrevemos caso de paciente jovem com diagnóstico de câncer cólon aderido ao estômago com invasão da parede, devido à raridade desta apresentação.

Relato de caso

Paciente de 36 anos com queixa de nódulo na barriga há dois meses com piora da dor e da hiperemia há dois dias. Referia crescimento lento do nódulo nesse período de tempo. Negava emagrecimento ou alteração do hábito intestinal. Não tinha comorbidades ou cirurgias prévias, apenas dois partos normais anteriores. Sem história familiar relevante. Ao exame físico evidenciava-se massa endurecida em região supraumbilical de aproximadamente 5cm x 4cm, edemaciada, hiperemiada, irreductível e dolorosa à palpação.

No ultrassom, havia descrição de tumoração heterogênea, medindo 6cm x 4,4cm x 4cm, localizada em cavidade abdominal com presença de fluxo periférico ao Doppler.

Realizada angiogramia computadorizada que mostra processo infiltrativo de trato gastrointestinal até parede abdominal (figura 1).

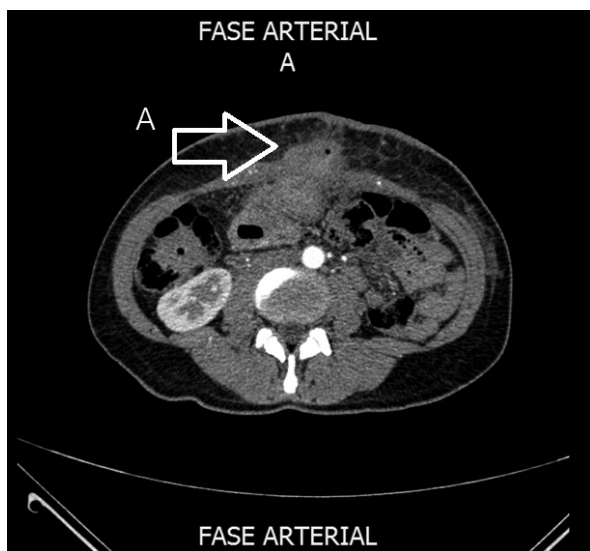


Figura 1 - Angiotomografia de abdome evidenciando processo infiltrativo (vide seta A).

Submetida à laparotomia exploradora que mostrou tumoração sólida e ulcerada em ângulo hepático do cólon com aderida em curvatura maior do estômago e invasão da parede abdominal supraumbilical (figura 2).

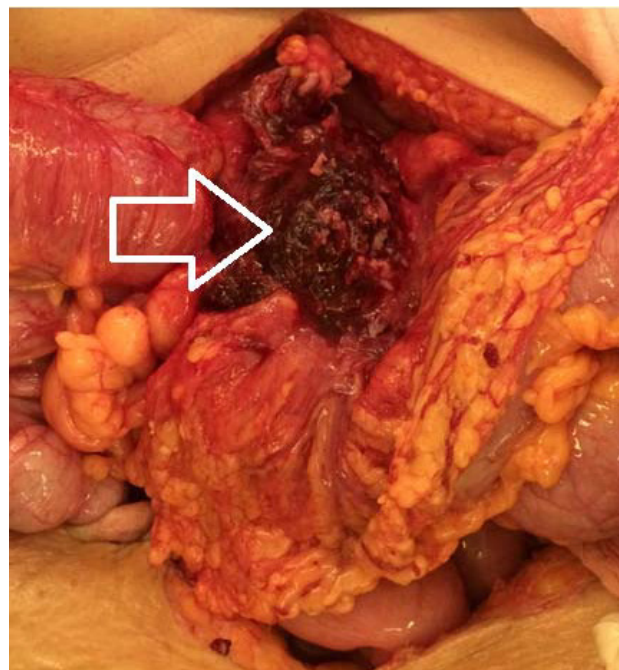


Figura 2 - Tumoração em cólon transverso com invasão do estômago.

Presença de linfonodomegalia em mesocólon. Foi realizada hemicolectomia direita, gastrectomia em cunha, ressecção de parede abdominal, ileotransversoanastomose (figura 3) com drenagem da cavidade e reconstrução de parede por aproximação dos tecidos, sem colocação de tela.

O exame anatomopatológico revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado invasivo de alto grau em ângulo hepático do cólon que invadia serosa e metástase em 5 dos 66 linfonodos ressecados, sem neoplasia de estômago. Estadiamento pT4N2A.

Paciente apresentou boa evolução com alta após sete dias de internação. Atualmente, segue em seguimento ambulatorial.

Discussão

A ressecção cirúrgica, quando possível, ainda é o tratamento de escolha para o adenocarcinoma de cólon localizado. Em muitos casos, há benefício na quimioterapia adjuvante.

Tumores epigástricos/ umbilicais são raros. Os primeiros relatos da literatura foram feitos em 1846 por Walshe e o epônimo nódulo de *Sister Mary Joseph* foi utilizado posteriormente para lesão metastática

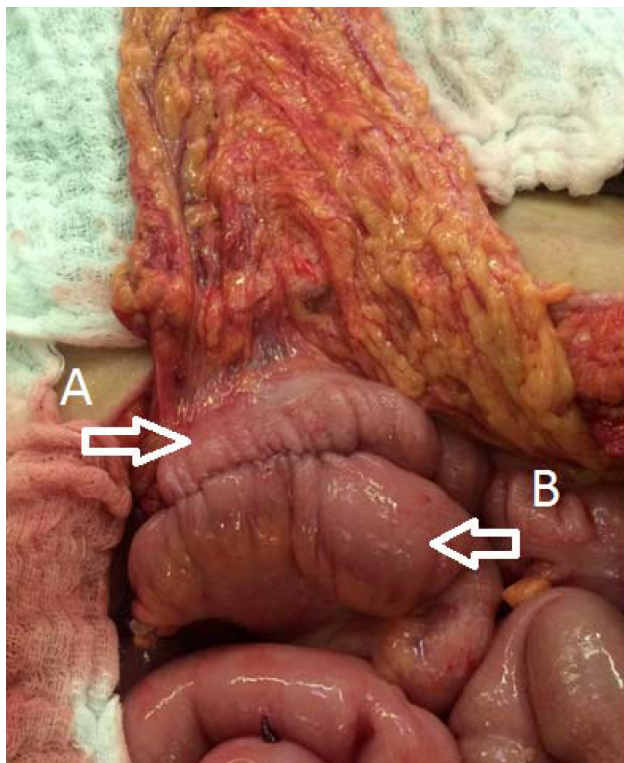


Figura 3 - Aspecto final com ileotransversoanastomose. Seta A: cólon transverso. Seta B: íleo.

para cicatriz umbilical por Bailey⁽⁷⁾.

Existem outros tumores cuja apresentação inicial assemelha-se ao quadro clínico da hérnia encarcerada. Em 2010, o Acta Oncológica Túrca publicou caso sobre paciente que deu entrada no serviço com abaulamento epigástrico e dor, recebendo o diagnóstico de hérnia encarcerada. A cirurgia foi adiada durante seis meses devido às más condições clínicas da paciente, com aumento do volume protruso durante esse tempo. Quando foi realizada a laparotomia exploradora, o anatomopatológico revelou se tratar de carcinoma hepatocelular⁽⁸⁾.

No *International Journal of Biomedical And Advance Research*, foi reportado caso de paciente de 65 anos que chega à emergência com dor e massa abdominal palpável. Submetida à laparotomia exploradora que revelou pequena hérnia epigástrica com conteúdo líquido e processo proliferativo em estômago. Análise demonstrou tratar-se de peritonite causada por perfuração de tumor do estroma gastrointestinal (GIST)⁽⁹⁾.

Em 2004, CrescentinI et al⁽¹⁰⁾ publicaram o caso de uma paciente de 64 anos com massa em região umbilical e queixa de desconforto epigástrico, previamente diagnosticada com hérnia umbilical encarcerada. Foi feita uma biópsia com imuno-histoquímica da lesão, evidenciando adenocarcinoma de pâncreas metastático⁽¹⁰⁾.

Em 2009, Karabulut et al⁽¹¹⁾, publicaram o primeiro caso de uma hérnia umbilical encarcerada por um tumor de ovário (células da granulosa) gigante, em paciente de 61 anos.

Em 2014, Droeser et al⁽¹²⁾ relataram o caso raro de uma paciente de 35 anos que procurou o pronto-socorro com o quadro clínico típico de hérnia umbilical encarcerada. Posteriormente, na análise do tecido omental ressecado, foi evidenciado a presença de células malignas de diferenciação neuroepitelial compatível com Sarcoma de Ewing⁽¹²⁾.

São vários os métodos de reparos cirúrgicos para hérnias epigástricas, como a técnica de Mayo que usa a sobreposição de estruturas aponeuróticas adjacentes⁽¹³⁾ ou uso de telas de polipropileno e até mesmo por via laparoscópica, que permite melhor visualização do conteúdo herniário com menor trauma⁽¹⁴⁾. A reconstrução da parede pode ser feita por aproximação e sutura das margens musculares e, quando necessário, por utilização de tela sintética. Nesse caso, optou-se pela não utilização da tela, pois foi possível a aproximação dos tecidos sem tensão⁽¹⁵⁾.

Apesar da conduta ser cirúrgica tanto em caso de hérnia encarcerada como em neoplasia, o diagnóstico diferencial pré-operatório pode mudar o planejamento da cirurgia.

Considerações finais

Em hérnias epigástricas grandes, o diagnóstico diferencial de neoplasia deve ser considerado e frequentemente para tal será necessário o uso de prope-dêutica armada.

Referências bibliográficas

1. Lang B, Lau H, Lee F. Epigastric hernia and its etiology. *Hernia*. 2002; 6:148-50.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015; 65:87-108.
3. Willett WC. Diet and cancer: an evolving picture. *JAMA*. 2005; 293:233-4.
4. Doubeni CA, Major JM, Laiyemo AO, Schootman M, Zauber AG, Hollenbeck AR, et al. Contribution of behavioral risk factors and obesity to socioeconomic differences in colorectal cancer incidence. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104:1353-62.
5. Eddy DM. Screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med*. 1990; 113:373-84.
6. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, Grosse Y, Ghissassi FE, Benbrahim-Tallaa L, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol*. 2015; 16:1599-600.
7. Shetty MR. Metastatic tumors of the umbilicus: a review 1830-1989. *J Surg Oncol*. 1990; 45:212-5.
8. Akinci M, Ergul Z, Ylmaz KB, Ölçücüo lu E, Kulaço lu H. Unusual presentation of hepatocellular carcinoma that mimics epigastric hernia: a case report. *Acta Oncol Turc*. 2010; 43:81-4.
9. Agrawal VP, Wasnik N, Yede J, Gupta A. Perforation of gastric gastrointestinal stromal tumor: A rare phenomenon & review of literature. *Int J Biomed Adv Res*. 2014; 5:485-9.

10. Crescentini F, Deutsch F, Sobrado CW, Araújo S. Umbilical mass as the sole presenting symptom of pancreatic cancer: a case report. *Rev Hosp Clin.* 2004; 59: 198-202.
11. Karabulut Z, Aydın O, Onur E, Çelik NY, Moray G. Giant ovarian tumor presenting as an incarcerated umbilical hernia: a case report. *J Korean Med Sci.* 2009; 24:539-41.
12. Droeser RA, Rothschild SI, Tornillo L, Jundt G, Kettelhack C, Oertli D, et al. Incarcerated umbilical hernia of unexpected origin: a primitive neuroectodermal tumor with early recurrence. *J Clin Oncol.* 2014;32:e3-6.
13. Mayo WJ. Further experience with the vertical overlapping operation for the radical cure of umbilical hernia. *JAMA.* 1903; 41:225-8.
14. Muschaweck U. Umbilical and epigastric hernia repair. *Surg Clin North Am.* 2003; 83:1207-21.
15. Puttine SMB, Vianna AL, Reys LG. Hérnia lombar encarcerada complicada com obstrução intestinal e perfuração de ceco. *Rev Col Bras Cir.* 2003; 30:153-5.

Trabalho recebido: 17/11/2015
Trabalho aprovado: 19/09/2016