

## CASO CLÍNICO

# Metastização Cólica Uma forma rara de apresentação do carcinoma gástrico

**Autores:** C. Sousa Andrade<sup>1</sup>; S. Alves<sup>1</sup>; L. Tomé<sup>1</sup>; P. Figueiredo<sup>1</sup>; C. Sofia<sup>1</sup>; M. A. Cipriano<sup>2</sup>; M. Rui<sup>2</sup>; M. Urbano<sup>1</sup>; M. C. Leitão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Gastreenterologia; <sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**RESUMO** | O carcinoma gástrico é uma neoplasia com distribuição mundial, estando as fases avançadas da doença associadas à metastização à distância para múltiplos órgãos. Contudo, as metástases para o cólon são raras e habitualmente surgem como recidiva da doença, geralmente nos primeiros 5 anos após o diagnóstico.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, 69 anos de idade, com um quadro clínico de diarreia aquosa, de predomínio nocturno, sem sangue, muco ou pus, acompanhada de dor abdominal. Os exames complementares de diagnóstico revelaram a presença de metástases cólicas, como forma de apresentação de um adenocarcinoma gástrico, do tipo difuso, com células em anel de sinete.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma gástrico, metástases para o cólon, diarreia.

**SUMMARY** | Worldwide gastric carcinoma is a common malignancy and advanced stages of the disease result in distant metastases to multiple organs. Metastasis to the colon are rare and usually arise as recurrence of the disease, mostly in the first five years after diagnosis.

The authors present a case of a 69 year old male with symptoms of watery diarrhoea, mostly nocturnal, without blood, mucus or pus, together with abdominal pain. Diagnostic workup revealed the presence of colonic metastases as the first manifestation of a diffuse type gastric adenocarcinoma, with signet ring cell.

**Keywords:** Gastric carcinoma; metastases to the colon; diarrhoea.

GE - J Port Gastreenterol 2009; 16: 72-76

Recebido para publicação: 11/02/2008

Aceite para publicação: 07/05/2008

## INTRODUÇÃO

O carcinoma secundário do cólon (CSC) é raro, estimando-se que corresponda a 0,1-1% das neoplasias cólicas. Contudo, tem sido sugerido recentemente, com base em dados de várias séries de autópsias, que ocorra em frequência superior ao clinicamente suspeitado<sup>(1)</sup>.

As localizações primárias mais frequentemente implicadas neste tipo de metástases são o estômago, a pele, o pulmão, a mama, o ovário, a próstata, os testículos e o rim. Foram ainda descritas associações entre a ocorrência de metástases para o cólon e o coloangiocarcinoma intra-hepático, o Tumor de Klatzkin e as neoplasias da bexiga e endométrio<sup>(1,2)</sup>.

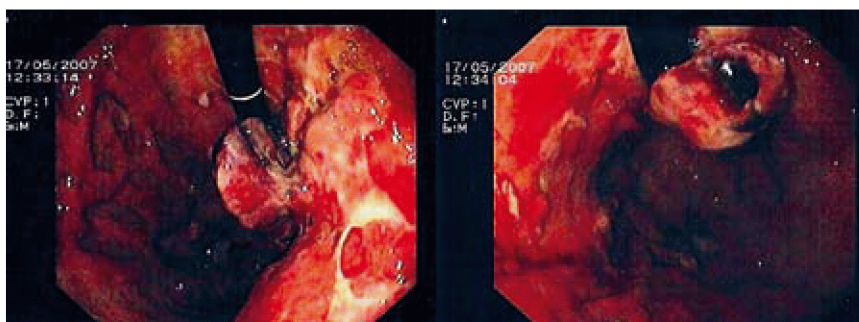
Os autores apresentam o caso de um doente com metástases para o cólon secundárias a uma adenocarcinoma gástrico do tipo difuso, com células em anel de sinete, diagnosticado no contexto de um quadro de diarreia aquosa.

## CASO CLÍNICO

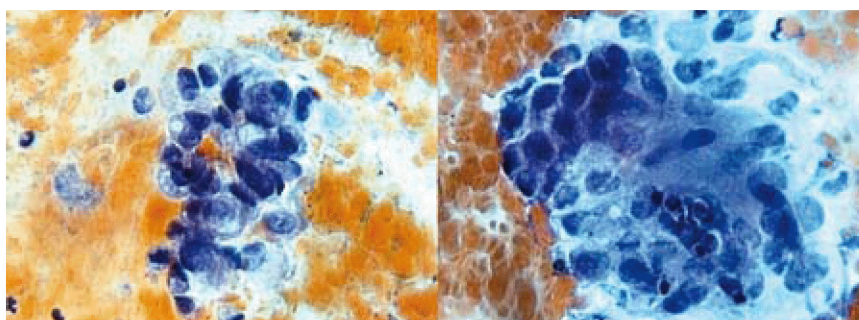
Doente do sexo masculino, 69 anos de idade, com história de neoplasia da próstata diagnosticada em 2002, submetido a hormonoterapia e orquiectomia e medicado em ambulatório com Finasterida (id), iniciou, em Fevereiro de 2007, um quadro de diarreia aquosa (7-10 dejeções por dia, de predomínio nocturno, sem sangue, muco ou pus), acompanhada de dor abdominal do tipo

moedouro, localizada ao flanco direito, sem irradiação, sem factores de alívio ou agravamento. O doente negava febre, náuseas, vômitos, perda ponderal ou perda hemática por via gastrointestinal. Nesta altura recorreu ao Médico Assistente que solicitou estudo analítico que revelou a existência de anemia normocítica e normocrômica (Hb 11,7 g/dl) e endoscopia digestiva alta (EDA), que detectou uma lesão ulcerada e necrosada da pequena curvatura gástrica cujo estudo histopatológico mostrou lesão ulcerada e activa, com marcadas alterações reaccionais do epitélio e áreas de metaplasia intestinal, com displasia de baixo grau. Dada a inespecificidade da biópsia e a suspeita endoscópica de neoplasia gástrica, repetiu a EDA com colheita de biópsias múltiplas que revelaram aspectos reaccionais no seio de estroma necro-inflamatório, com neovasos, mas sem aspectos específicos. Na sequência deste exame iniciou terapêutica com pantoprazol (40 mg id). Para esclarecimento do quadro de diarreia foi submetido a colonoscopia total que mostrou um aspecto endoscópico sugestivo de Doença Intestinal Inflamatória, razão pela qual foi medicado com prednisolona (20 mg id).

Por persistência das queixas foi proposto para internamento com vista a esclarecimento do quadro clínico. À entrada do Serviço de Gastreenterologia, em Maio de 2007, o doente apresentava um bom estado nutricional, com pele



**FIGURA 1** | Endoscopia digestiva alta. Formação vegetante na pequena curvatura do corpo gástrico, ulcerada na sua porção inferior e com restante corpo com aspecto infiltrado.



**FIGURA 2** | Citologia da lesão gástrica. Grupos celulares e células soltas com características morfológicas suspeitas e células muco-produtoras.

e mucosas coradas e hidratadas e hemodinamicamente estável. O abdómen era globoso, mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou organomegalias, com ruídos hidroaéreos presentes e de timbre normal. O estudo analítico confirmou a presença de anemia normocítica e normocrômica (Hb 11,3 g/dl), com proteína C reactiva e marcadores tumorais

normais. Durante o internamento repetiu a endoscopia digestiva alta que evidenciou uma formação vegetante na pequena curvatura do corpo, estendendo-se da região subcárdica à transição corpo-antra, ulcerada na sua porção inferior, apresentando-se o restante corpo gástrico com aspecto infiltrado (Figura 1). O estudo citológico da lesão forne-

ceu muito pouco epitélio gástrico para um diagnóstico citológico conclusivo, mas permitiu a detecção de alguns grupos celulares e células soltas com características morfológicas suspeitas e células muco-produtoras (Figura 2). O estudo histológico revelou um carcinoma difuso, ulcerado e infiltrativo, com reacção inflamatória do estroma, com células em anel de sinete (Figura 3). Por persistência da diarreia, e dada a suspeita clínica prévia de Doença Intestinal Inflamatória, foi submetido a colonoscopia total que revelou válvula ileo-cecal congestiva com estenose infranqueável e um cólon tubular, pouco distensível, com pápulas e pseudo-pólipos dispersos e algumas erosões esporádicas (Figura 4). Foram realizadas biópsias dos vários segmentos do cólon e do íleon terminal (cegas), cujo estudo histológico revelou uma infiltração extrínseca do íleon terminal, válvula ileo-cecal e cólon por um carcinoma de células isoladas de origem gástrica (Figura 5). A TC toraco-abdomino-pélvica realizada completou o estadiamento da lesão gástrica (T4N4M1 – estágio IV) tendo revelado um derrame pleural bilateral (mais extenso à esquerda), adenopatias mediastínicas e das cadeias lombo-aórticas, volumoso derrame peritoneal (cujo estudo citológico subsequente revelou células neoplásicas), espessamento das paredes gástricas, com formações vegetantes endoluminais, irregularidade dos contornos e espessamento das paredes do cólon. Ocorreu uma deterioração rápida e progressiva do quadro clínico, com indicação apenas para terapêutica paliativa de suporte, tendo o óbito sido registado em Julho de 2007.

## DISCUSSÃO

A neoplasia do estômago é uma entidade frequente,

com distribuição mundial. Em Portugal o carcinoma do estômago é a 4<sup>a</sup> neoplasia mais frequente no sexo masculino e a 3<sup>a</sup> mais frequente no sexo feminino, respectivamente com 2206 e 1494 novos casos/ano. As taxas de mortalidade no nosso país são das mais elevadas na Europa, com valores de 33,2 e 20,8 por 100000/ano no sexo masculino e feminino, respectivamente<sup>(3)</sup>. No mundo ocidental mais de dois terços dos casos são diagnosticados numa fase em que o tumor primário é localmente irresssecável ou já existem metástases à distância, mais frequentemente para o fígado e pulmão ou para os gânglios linfáticos.

As metástases para o cólon são raras e estão habitualmente associadas a linite plástica ou a tumores pouco diferenciados, com ou sem células em anel de sinete<sup>(2)</sup>.

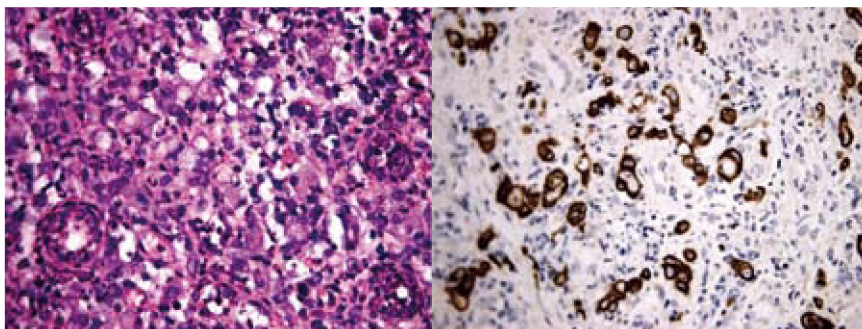
O envolvimento neoplásico secundário do cólon pode resultar de disseminação peritoneal difusa ou pode ocorrer por extensão directa para os órgãos vizinhos ou por via hematogénea ou linfática<sup>(2,4,5)</sup>. No caso do nosso doente, dada a presença de ascite maligna e ausência de metástases hepáticas, é mais provável que a extensão para o cólon tenha ocorrido por invasão directa através do ligamento gastro-cólico

e como consequência do envolvimento peritoneal difuso.

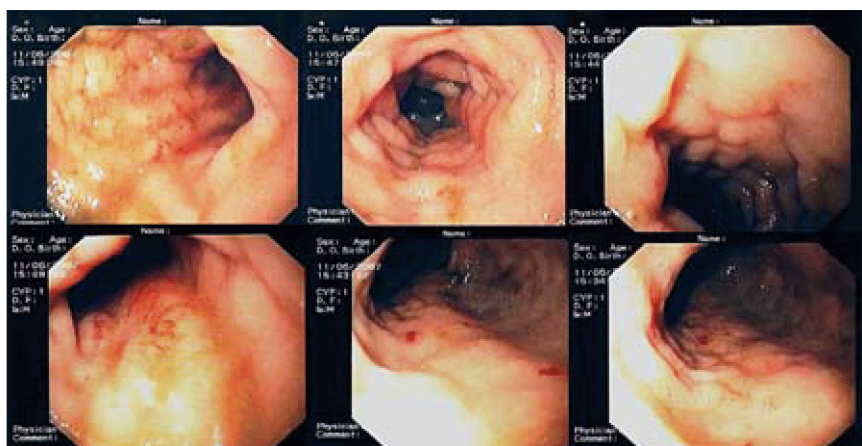
No caso das neoplasias primárias do estômago, as metástases para o cólon podem surgir, tal como no caso em análise, como forma de apresentação da doença, com um tempo médio desde o início dos sintomas até ao estabelecimento do diagnóstico de 1-2 anos, ou podem surgir como recidiva, geralmente nos primeiros cinco anos após o diagnóstico<sup>(1)</sup>.

A clínica é inespecífica e variável, não permite o diagnóstico diferencial com as formas primárias<sup>(4,5,14)</sup> e inclui desde a ausência de sintomas até à anemia sintomática, alteração do trânsito intestinal, massa palpável, hemorragia digestiva, oclusão intestinal, perfuração cólica ou ascite. No caso em apreço, a diarreia foi o sintoma primordial não havendo referência a queixas que levantassem a suspeita clínica de neoplasia do estômago.

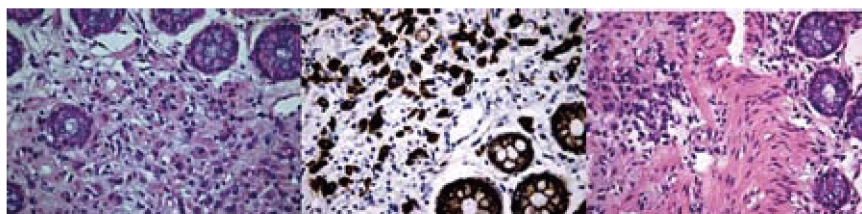
O diagnóstico de CSC, tal como para os tumores primários, é definido pelos achados clínicos e histológicos, e poderá ser dificultado pelo facto de a infiltração neoplásica ter início na serosa ou submucosa pelo que nas fases iniciais, a mucosa está frequentemente poupada. Deste modo, os exames complementares de diagnóstico habi-



**FIGURA 3** | Histologia da lesão gástrica. Carcinoma difuso, ulcerado e infiltrativo, com reacção inflamatória do estroma, com células em anel de sinete.



**FIGURA 4** | Colonoscopia. Cólon tubular, pouco distensível, com pápulas e pseudopólipos dispersos e algumas erosões esporádicas.



**FIGURA 5** | Histologia do cólon. Infiltração extrínseca do cólon por um carcinoma de células isoladas de origem gástrica.

tualmente realizados podem revelar unicamente alterações inespecíficas, designadamente modificação do padrão das haustras, do peristaltismo ou da distensibilidade, que não implicam um diagnóstico definitivo <sup>[1,4,5]</sup>. Os exames endoscópicos assumem uma importância fundamental uma vez que permitem a realização de macrobiópsias e subsequente estudo histológico. A apresentação endoscópica no caso de infiltração do cólon por um carcinoma gástrico pode assumir várias formas que incluem mucosa granular e friável, perda do padrão vascular, erosões e ulcerações superficiais, lesões polípidas ou papulosas, nódulos e quistos submucosos, contudo o aspecto de linité plástica, com estreitamento difuso ou com estenoses segmentares por infiltração

extrínseca, é o mais característico <sup>[1,2,5-11,14]</sup>. O diagnóstico diferencial inclui uma multiplicidade de patologias entre as quais a Doença de Crohn, neoplasia primária do cólon, colite isquémica, diverticulite ou tuberculose intestinal <sup>[1,5]</sup>. No caso do nosso doente o aspecto endoscópico inicial seria sugestivo de Doença Intestinal Inflamatória, razão pela qual foi iniciada terapêutica com prednisolona. Durante o internamento verificou-se que o aspecto endoscópico não era específico, tendo apenas as biópsias múltiplas permitido estabelecer uma relação causal com a neoplasia do estômago.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, a terapêutica deverá ser individualizada e poderá incluir uma abordagem cirúrgica ou, nos casos irresssecáveis, poder-

se-á optar por terapêutica sintomática de suporte ou quimioterapia paliativa.<sup>[12,13]</sup> Independentemente da opção terapêutica a ocorrência de metástases para o cólon condiciona um prognóstico muito sombrio com uma sobrevida média de quatro a oito meses (14), tal como se verificou no caso do nosso doente. ↵

## Correspondência

### Carla Sousa Andrade

Serviço de Gastreenterologia  
Hospital Central do Funchal  
Avenida Luís de Camões  
9000 Funchal  
Telefone: 968 068 952  
E-mail: carlasousaandrade@gmail.com

## Bibliografia

1. Tanakaya K, Takeuchi H, Yasui Y. et al. Metastatic carcinoma of the colon similar to Crohn's Disease: a case report. *Acta Med Okayama* 2004; 58: 217-220.
2. Lee HC, Yang MT, Lin KY et al. Metastases from gastric carcinoma to colon in the form of multiple flat elevated lesions: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2004; 20: 552-557.
3. Pinheiro PS, Tyczyński JE, Bray F. et al. Cancer incidence and mortality in Portugal. *European Journal of Cancer* 2003; 39: 2507-2520.
4. Balthazar et al. Primary and metastatic scirrhous carcinoma of the rectum. *AJR* 1979; 132: 711-715.
5. Lamer J, Dirschmid K, Hügel H. Carcinomatous metastases to the colon simulating Crohn's disease. *Gastrointest Radiol* 1981; 6: 89-91.
6. Ortega MR, Hernández AC, Barbero JMR, González PG, Esteban ML. Linitis plástica intestinal: metástasis tardía de adenocarcinoma gástrico em anillo de sello. *Cir Esp*. 2006; 80: 171-173.
7. Tomikashi K, Mitsuji S, Kanemasa H et al. Gastric cancer metastatic to the colon. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 55: 561.
8. Ogiwara H, Konno H, Kitayama Y, Kino I, Baba S. Metastases from gastric adenocarcinoma presenting as multiple colonic polyps: report of a case. *Surgery Today Jpn J Surg* 1994; 24: 473-475.
9. Metayer P, Antonietti M, Oumrani M. et al. Metastases of a gastric adenocarcinoma presenting as colonic polyposis. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 622-623.
10. Tseng LJ, Jao YTFN, Wu CJ et al. Metastatic gastric carcinoma presenting as multiple submucosal colonic cysts. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 59: 317-318.
11. Nakase H, Yazumi S, Kawanami C. et al. Isolated metastatic gastric cancer to the colon: a unique endoscopic appearance. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 54: 76.
12. Pezet D, Michel P, Rebischung C, Ychou M. Cancer of the Stomach – French Guidelines. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 2516-2523.
13. Foukakis T, Lundell I, Gubanski M, Lind PA. Advances in the treatment of patients with gastric adenocarcinoma: review article. *Acta Oncologica* 2007; 46: 277-285.
14. Audigier C, Jacob P, Tanière P. et al. Linité colique diffuse secondaire à un adénocarcinome gastrique. Révélation par une diarrhée traitée par octréotide. *Gastroenterol Clin Biol* 1998; 22: 471-473.