



Pseudo-obstrução gástrica como manifestação inicial de timoma

Erlon de Ávila Carvalho^{1,a}, André Rossetti Portela^{1,b},
Marina Varela Braga de Oliveira^{1,c}, Jéssica Rodrigues Girundi Guimarães^{1,d},
Shaline Braga Ramos^{1,e}, Thamyls Benfica Pena^{1,f}

AO EDITOR,

Timomas e carcinomas tímicos são raros, representando 20% dos tumores do mediastino. Normalmente seu diagnóstico é acidental, com imagens de tórax realizadas por outro motivo ou por sintomatologia relacionada ao efeito de massa, ou síndrome paraneoplásica, como a miastenia gravis. Têm incidência similar em homens e mulheres e ocorrem mais comumente na faixa etária de 40-60 anos. Não existem fatores de risco.^(1,2)

Gostaríamos de apresentar o caso de uma paciente do sexo feminino, 79 anos, que procurou o serviço relatando história de emagrecimento e constipação intestinal há dois meses. Foi admitida no hospital com sinais de obstrução intestinal, apresentando distensão abdominal e vômitos. Por sonda nasogástrica foi realizada a drenagem de 3.000 ml de secreção de aspecto fecaloide. A radiografia e a ultrassonografia de abdome evidenciaram estômago dilatado, com nível hidroaéreo (Figuras 1A e 1B). A endoscopia digestiva alta não evidenciou nenhum ponto de obstrução mecânica; havia esofagite erosiva por refluxo, dilatação gástrica exuberante associada à estase gástrica e hipertonia pilórica. A sorologia para doença de Chagas foi negativa.

A propedêutica seguiu com TC de abdome, sem evidências de qualquer fator obstrutivo ou tumoração, e TC de tórax, que identificou massa em mediastino anterior de aproximadamente 5 cm em sua maior extensão, bem delimitada, sem invasão de estruturas adjacentes (Figura 1C). Com a possibilidade de síndrome paraneoplásica foi realizada ressecção por videotoracoscopia, e o exame anatomopatológico mostrou neoplasia de pequenas células de histogênese de malignidade incerta e imuno-histoquímica, confirmando o diagnóstico de timoma do tipo B1.

Após a ressecção do tumor, a paciente apresentou diminuição da frequência dos vômitos e tolerância à dieta. Foi realizada gastrografia, que mostrou progressão do contraste e estômago com peristalse e de tamanho habitual (Figura 1D). Uma nova endoscopia evidenciou estômago normal com ondas peristálticas vigorosas e ausência de hipertonia pilórica prévia. A paciente recebeu alta com dieta via oral. Foram solicitados exames de anticorpos séricos para miastenia gravis e síndrome paraneoplásica.

A gastroparesia consiste no retardo do esvaziamento gástrico de sólidos, sem que haja obstrução mecânica. Sua incidência é maior em pacientes do sexo feminino e a sobrevida nessa população é significativamente menor

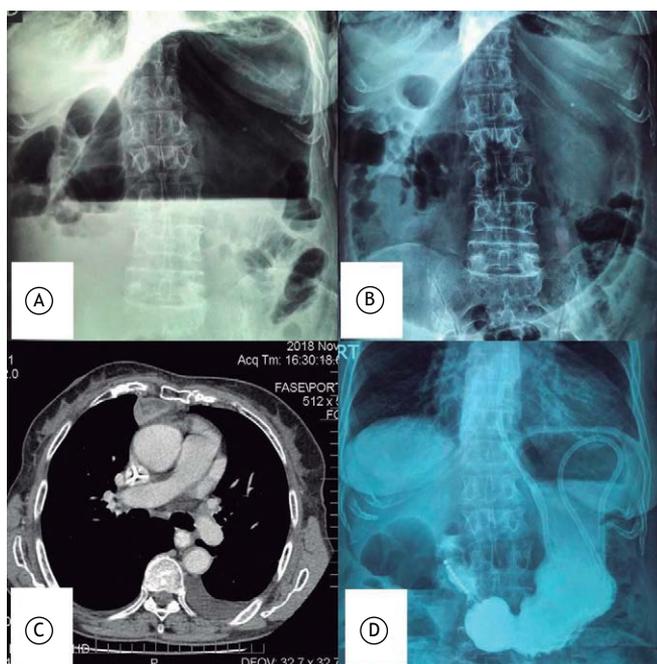


Figura 1. Em A e B, radiografia de abdome mostrando distensão gástrica. Em C, imagem de TC mostrando tumor bem delimitado em mediastino anterior. Em D, gastrografia indicando esvaziamento gástrico normal.

1. Hospital Alberto Cavalcanti, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG – Belo Horizonte (MG) Brasil.
a. <http://orcid.org/0000-0002-5587-937X>; b. <http://orcid.org/0000-0002-7040-8138>; c. <http://orcid.org/0000-0001-6749-7910>;
d. <http://orcid.org/0000-0002-7415-1472>; e. <http://orcid.org/0000-0002-3167-1873>; f. <http://orcid.org/0000-0002-7202-3733>

do que na população geral. As afecções mais comuns associadas ao quadro são dispepsia funcional, em 25%; estados pós-operatórios (antrectomia, vagotomia, derivação gástrica em Y de Roux), em 25%; outras afecções (esclerodermia, anorexia nervosa, uremia, síndrome paraneoplásica), em 15%; e diabetes, em 25%.⁽³⁾

Em pacientes não diabéticos, não chagásicos, sem obstrução mecânica e com sintomas de gastroparesia, deve ser aventada a hipótese de síndrome paraneoplásica. Dentre os tumores a serem pesquisados se destacam carcinoma de pulmão, de ovário e de mama, assim como tumores do mediastino, como carcinomas neuroendócrinos e timoma.⁽⁴⁾ A miastenia gravis é a forma mais comum de síndrome neurológica paraneoplásica relacionada ao timoma.

No contexto de síndromes paraneoplásicas causadoras de dismotilidade gastrointestinal, a patogenia pode ser explicada pelo mecanismo autoimune que afeta o sistema nervoso entérico intrínseco (células intersticiais de Cajal e plexo mioentérico) e extrínseco (sistema

nervoso autônomo).⁽⁵⁾ Alguns anticorpos antineuronais podem ser expressos pelo tumor, dentre eles anticorpos ligadores do canal de cálcio tipo N, anticorpo do receptor de acetilcolina, anticorpo antineuronal tipo 1 e anti-CV2.

Em pacientes que apresentam melhora dos sintomas após a ressecção do tumor o diagnóstico pode ser firmado independentemente das dosagens séricas desses anticorpos. Naqueles pacientes em que não se encontra o tumor, as dosagens séricas se fazem mais importantes. O tratamento preconizado atualmente consiste na ressecção do tumor primário, quando presente, e no uso de inibidor seletivo da acetilcolinesterase para o alívio dos sintomas.⁽⁵⁾ A biópsia pré-operatória é indicada em casos de lesões aparentemente malignas ou que infiltram estruturas adjacentes.

Diversas síndromes paraneoplásicas podem ocorrer em pacientes com tumores tímicos; no entanto, elas têm difícil diagnóstico, sendo primordiais o reconhecimento clínico da síndrome e a dosagem de anticorpos. São necessários estudos para que se possa compreender a fisiopatologia desses distúrbios.

REFERÊNCIAS

1. Shahrzad M, Le TS, Silva M, Bankier AA, Eisenberg RL. Anterior mediastinal masses. *Am J Roentgenol*. 2014;203(2):W128-38. <https://doi.org/10.2214/AJR.13.11998>
2. Safieddine N, Liu G, Cunningham K, Ming T, Hwang D, Brade A, et al. Prognostic factors for cure, recurrence and long-term survival after surgical resection of thymoma. *J Thorac Oncol*. 2014;9(7):1018-22. <https://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000215>
3. Troncon LE. Gastroparesis: review of the aspects related to its concept, etiopathogeny and clinical handling [Article in Portuguese]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 1997;43(3):228-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301997000300011>
4. Bohnenberger H, Dinter H, König A, Ströbel P. Neuroendocrine tumors of the thymus and mediastinum. *J Thorac Dis*. 2017;9(Suppl 15):S1448-S1457. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.02.02>
5. Pasha SF, Lunsford TN, Lennon VA. Autoimmune gastrointestinal dysmotility treated successfully with pyridostigmine. *Gastroenterology*. 2006;131(5):1592-6. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2006.06.018>