

CÂNCER GÁSTRICO E HÉRNIA INGUINAL NO MESMO DOENTE

M.T., 71 anos, brasileiro, casado, natural e procedente de São Paulo, SP

Queixa duração – Dor na “boca do estômago” há 2 anos e “tumor na barriga baixa” há 15 anos.

História pregressa da moléstia atual – Refere o doente que há 15 anos apresenta “bola” na barriga do lado direito baixo, que surge aos esforços inclusive da tosse e desaparece com o repouso ou manobras manuais.

Há dois anos passou a ter intolerância à carne e diminuição progressiva do apetite, acompanhados de fraqueza e emagrecimento de 10 Kg neste período.

Antecedentes pessoais – Doenças próprias da infância.

Antecedentes hereditários e ISDA – Nada significativo

Exame físico geral – Regular para mau o estado geral, atrofia da musculatura intercostal, dos pronadores e desaparecimento da bola de “Bichat”.

Exame protológico-normal.

Exame físico local – Hérnia inguinal escrotal a D. redutível.

Exame físico especial – Cabeça e pescoço sem particularidades

Aparelho respiratório – roncos disseminados, alguns estertores sub crepitantes nas bases

Aparelho circulatório – n.d.n.

Abdome – ausência da ascite. Não se palpam tumores.

RHA-normais.

Sistema nervoso e membros – nada a referir.

Exames:

hemograma

Proteínas totais e frações

Uréia

Glicemia

Urina I

Coagulograma

Endoscopia – Lesão vegetante Borman II na região antral, preservando o piloro que é transponível ao aparelho – Duodeno normal.

U.S. Abdome – Espessamento da parede gástrica

Ausência de linfonomegalia

Diagnóstico – Neoplasia do antro gástrico

Hérnia ínguido-escrotal à direita

Conduta – Herniorrafia inguinal, gastrectomia subtotal com dissecação a D 2

Classificação – TNM, T1 N₀ M₀

DISCUSSÃO

O interessante deste caso é a realização da herniorrafia inguinal precedendo a gastrectomia no mesmo ato cirúrgico. Nossa experiência, nestes casos, é de que a hérnia não operada pode complicar no pós-operatório da gastrectomia com estrangulamento ou encarceramento, pelo aumento da pressão intracavitária, levando a nova agressão anestésico-cirúrgica. Portanto, é preferível sempre realizá-la eletivamente no mesmo ato cirúrgico do que em caráter de urgência, pois neste caso poderá complicar o pós-operatório da cirurgia abdominal.

FARES RAHAL

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.