

remanescente depende do tipo de operação realizada previamente. Quando a técnica é Billroth II, ele é mais frequente na área de anastomose, enquanto que na Billroth I foram mais frequentemente localizados na área não anastomótica<sup>9</sup>.

Em relação ao intervalo entre a gastrectomia inicial e o diagnóstico do câncer de coto gástrico, observa-se que quando a primeira operação foi em decorrência de doença benigna, o intervalo é maior, em comparação à por doença maligna<sup>6,9,10</sup>. Esta observação provavelmente é resultado da diferença de idade do paciente quando da gastrectomia inicial, nos dois grupos, já que a úlcera péptica geralmente ocorre em pacientes mais jovens do que o câncer gástrico<sup>6,10</sup>.

Pesquisa, realizada em 95 instituições do Japão, constatou maior número de casos entre 10-15 anos da operação nos pacientes cuja doença inicial era maligna. Nos gastrectomizados por doença ulcerosa péptica, o pico de incidência ocorreu em torno da quarta década após a operação<sup>9</sup>.

O câncer de coto gástrico tratado cirurgicamente é de prognóstico ruim<sup>3</sup>. Observa-se menor sobrevida em cinco anos em pacientes com câncer de coto gástrico, do que naqueles com câncer gástrico primário<sup>10</sup>. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do estômago remanescente mais linfadenectomia à D2, incluindo órgãos e outros linfonodos adjacentes acometidos<sup>3</sup>.

Para melhorar os resultados no pós-operatório é preciso diagnosticar precocemente. Por isso, a vigilância endoscópica deve ser considerada<sup>10</sup>. No entanto, não há consenso na literatura sobre o rastreamento de câncer de coto gástrico após gastrectomia. Para alguns, o programa de vigilância endoscópica deveria começar um ano após e durante pelo menos dez anos<sup>6</sup>. Para outros, gastrectomia por doença ulcerosa péptica deveria continuar além de dez anos<sup>4,6,10</sup>. Mas todos concordam com a necessidade de detecção precoce do câncer e estabelecimento de programa apropriado de acompanhamento<sup>10</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Carrasco AL, Bresciani CJ, Perez RO, Zilberstein B, Cecconello I. Influência da invasão tumoral da linha de anastomose na sobrevivência de pacientes com câncer de coto gástrico. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* 2008; 21(2): 55-60.
2. Coelho LG, Maguinik I, Zaterka S, Parente JM, Passos MC, Morais-Filho JP. 3rd Brazilian Consensus on Helicobacter pylori. *Arq. Gastroenterol.* 2013; 50(2): 81-96.
3. Hu X, Tian DY, Cao L, Yi Y. Progression and prognosis of gastric stump cancer. *J. Surg. Oncol.* 2009; 100: 472-6.
4. Lagergren J, Lindam A, Mason RM. Gastric stump cancer after distal gastrectomy for benign gastric ulcer in a population-based study. *Int. J. Cancer.* 2012; 131: E1048-52.
5. Monés J. Role of Helicobacter pylori in gastric cancer following partial gastrectomy for benign ulcer. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2005; 97(11): 767-77.
6. Namikawa T, Kitagawa H, Iwabu J, Okabayashi T, Kobayashi M, Hanazaki K. Tumors arising at previous anastomotic site may have poor prognosis in patients with gastric stump cancer following gastrectomy. *J. Gastrointest. Surg.* 2010; 14: 1923-30.
7. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro Jr. U, Sakai P, Iriya K, Ishioka S, Gama-Rodrigues J. Gastric stump mucosa: is there a risk for carcinoma? *Arq. Gastroenterol.* 2001; 38(4): 227-31.
8. Sitarz R, Maciejewski R, Polkowski WP, Offerhaus GJ. Gastroenterostoma after Billroth resection as a premalignant condition. *World J. Gastroenterol.* 2012; 18(25): 3201-6.
9. Tanigawa N, Nomura E, Lee SW, Kaminishi M, Sugiyama M, Aikou T, Kitajima M. The Society for the Study of Postoperative Morbidity after Gastrectomy. Current state of gastric stump carcinoma in Japan: based on the results of a nationwide survey. *World J. Surg.* 2010; 34: 1540-7.
10. Tokunaga M, Sano T, Ohyama S, Hiki N, Fukunaga T, Yamada K, Yamaguchi T. Clinicopathological characteristics and survival difference between gastric stump carcinoma and primary upper third gastric cancer. *J. Gastrointest. Surg.* 2013; 17: 313-8.

ABCDDV/1172

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(1):66

DOI: /10.1590/0102-6720201600010018

Carta ao Editor

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PEIXE IMPACTADO NO ESÔFAGO SUPERIOR

*Surgical treatment of fish impacted in the upper esophagus*

Gustavo Rêgo **COELHO**, Silvio Melo **TORRES**,  
Diego Costa de **ALMEIDA**, Laiza Marques **MOREIRA**,  
Thyago André Oliveira **MENDES**, Tiago Araújo **MONTEIRO**

Trabalho realizado no Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brazil.

**Correspondência:**

Gustavo Rêgo Coelho

E-mail: rcolleoni@uol.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 16/04/2014

Aceito para publicação: 12/01/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

## INTRODUÇÃO

O atendimento à ingestão de corpo estranho é comum em serviços de emergência. Na maioria dos casos, passa através do trato gastrointestinal de forma espontânea e não causa qualquer dano considerável. Quando impacta, o nível mais comum é o terço superior do esôfago. Aproximadamente 10-20% dos casos, exige intervenção endoscópica e menos que 1% necessita de algum procedimento cirúrgico<sup>4,5</sup>. Normalmente, as crianças de seis meses a seis anos de idade são mais propensas tê-los<sup>3</sup>. Em adultos, é mais comum em indivíduos com transtornos psiquiátricos, usuários de drogas, alcoólatras ou indivíduos que se beneficiam de incidente, como prisioneiros.

## RELATO DE CASO

Homem, 52, alcoólatra e usuário de crack, previamente saudável. Acidentalmente engoliu um peixe de aproximadamente 15 cm. Evoluiu rapidamente com hematêmese e insuficiência respiratória antes de cuidados médicos. Na sala de emergência, observou-se parada respiratória, sendo prontamente entubado e laringoscopia exibiu o corpo estranho empurrando-o para o esôfago cervical. Ele foi submetido à ventilação mecânica e manteve-se hemodinamicamente estável. Endoscopia foi realizada logo após a estabilização, mas sem sucesso devido ao processo inflamatório intenso e oclusão total da luz esofágica pelo corpo estranho. Tomografia computadorizada cervical e torácica mostrou o peixe inteiro no esôfago cervical (Figura 1). O paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico com cervicotomia e esofagotomia, com retirada do peixe intacto e sutura primária do esôfago e drenagem com Penrose (Figura 2). Ele evoluiu sem complicações no aspecto cirúrgico, mas com mioclonia e mínima resposta ao déficit neurológico existente, resultante de um longo período de hipóxia cerebral pré-hospitalar.

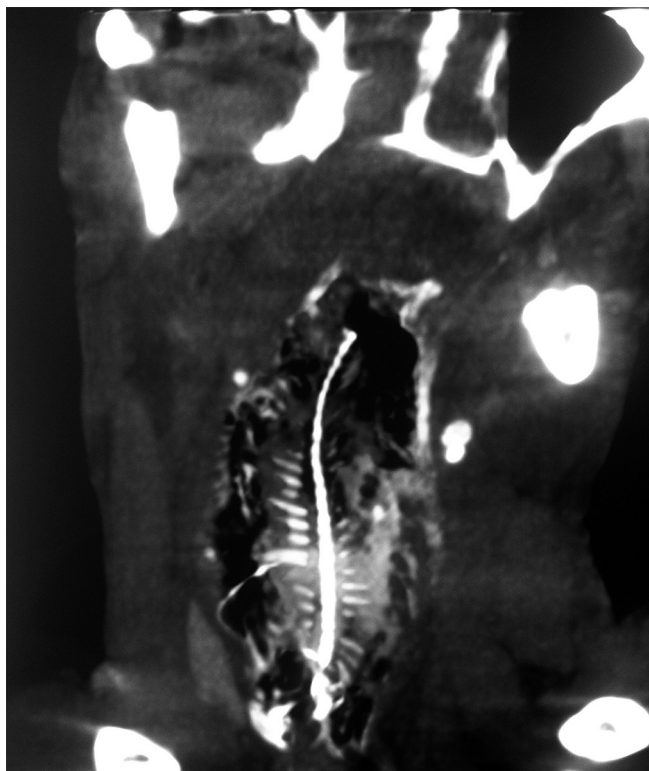


FIGURA 1 – Tomografia computadorizada coronal do pescoço claramente mostrando o peixe inteiro impactado no esôfago cervical

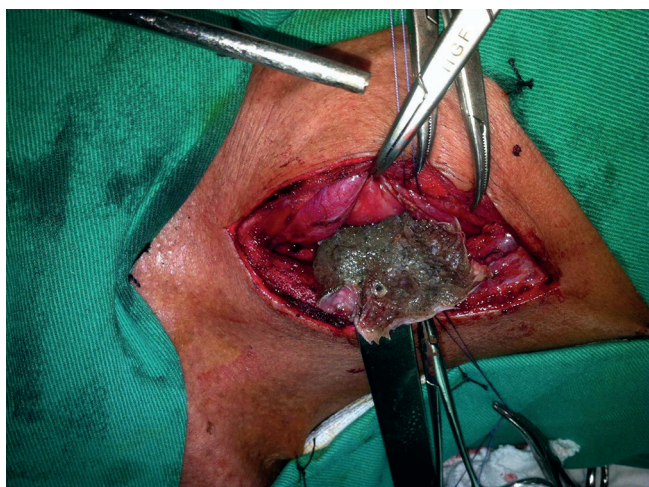


FIGURA 2 – Esofagotomia e remoção cirúrgica do peixe que estava intacto

## DISCUSSÃO

A maior parte de corpos estranhos (80%) passam através do trato gastrointestinal sem dificuldades, mas 20% podem obstruir a luz, o que requer a remoção endoscópica ou cirúrgica (1% dos casos). Como o esôfago é porção estreita do trato gastrointestinal, 28-68% dos objetos são encontrados nesta região<sup>5</sup>. Os sintomas dependem do local. Disfagia, odinofagia e salivação sugerem corpo estranho. Ele também pode apresentar dor torácica, tosse, dispnéia, sibilos ou estridor. Em casos mais graves, particularmente em corpos estranhos grandes ou pontiagudos, pode haver dor intensa, vômitos, recusa alimentar, saliva com sangue ou choque<sup>1</sup>.

A avaliação médica do banco de dados de vários acidentes com corpos estranhos, incluem impaction alimentar, moedas, ossos de peixes, próteses dentárias, ossos de galinha, artefatos metálicos, isqueiros, escovas de dentes, agulhas e colheres<sup>5</sup>, mas

há relatos envolvendo a ingestão de peixe inteiro. Eventos de impaction com ossos de peixes incluem 12,6% dos acidentes, o terceiro mais alto<sup>5</sup>. Como a maioria dos corpos são radiopacos, o diagnóstico pode ser feito facilmente com radiografia simples nas projeções posteroanterior e lateral. Endoscopia e estudo contrastado são necessários no caso de objetos radiotransparentes. Em todos os exames radiológicos devem ser procurado sinais de enfisema subcutâneo, o que indica perfuração<sup>3</sup>. O tratamento de escolha é a remoção endoscópica do corpo estranho, que é bem sucedida, com poucas ou nenhuma complicação ao paciente<sup>2</sup>. O tratamento cirúrgico deve ser executado quando a atuação endoscópica não é possível resolver o problema, ou se não houver progresso no trato gastrointestinal ou complicações, tais como perfuração, obstrução e sangramento<sup>2,3</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Arana A, Hauser B, Hachimi-Idrissi S, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2001;160(8):468.
2. Brady PG. Esophageal foreign bodies. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20(4):691-701
3. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002;55:802-6.
4. Hachimi-Idrissi S, Corne L, Vandenplas Y. Management of ingested foreign bodies in childhood: our experience and review of the literature. *Eur J Emerg Med* 1998;5:319-23.
5. Zhao-Shen Li, MD, Zhen-Xing Sun, MD, Duo-Wu Zou, MD, Guo-Ming Xu, MD, Ren-Pei Wu, MD, Zhuan Liao, MD. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: xperience with 1088 cases in China. Volume 64, No. 4: 2006 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

ABCDDV/1173

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2016;29(1):67

DOI: /10.1590/0102-6720201600010019

Carta ao Editor

## PERITONITE POR NEISSERIA MENINGITIDIS SOROTIPO C: RELATO DE CASO

*Neisseria meningitidis peritonitis serotype C: case report*

João Kleber de Almeida GENTILE<sup>1</sup>, Maurice Youssef  
FRANCISS<sup>1,2</sup>, Hamilton Ribeiro BRASIL<sup>1,2</sup>

Trabalho realizado no <sup>1</sup>Departamento de Cirurgia Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP e <sup>2</sup>Hospital Geral de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil

### Correspondência:

João Kleber de Almeida Gentile  
E-mail: joaokleberg@gmail.com

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 04/02/2015  
Aceito para publicação: 15/12/2015

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

## INTRODUÇÃO

A manifestação da doença meningocócica como abdome agudo com peritonite meningocócica é rara. Relata-se um quadro de peritonite primária e bacteremia por *Neisseria meningitidis* do sorotipo C ocorrendo em conjunto com o quadro de abdome agudo obstrutivo.