
ASSOCIAÇÃO ENTRE MEGACÓLON CHAGÁSICO E ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EM UMA MULHER IDOSA

Bruna Carneiro, ¹ Aurélio Fabiano Ribeiro Zago, ¹ Humberto Aparecido Faria, ¹ Livia Helena de Moraes Pereira, ¹ Ana Paula Espindula, ¹ Camila Souza de Oliveira Guimarães, ¹ Flávia Aparecida de Oliveira, ² Vicente de Paula Antunes Teixeira ¹ e Rosana Rosa Miranda Corrêa ¹

RESUMO

O objetivo deste relato foi apresentar o caso de uma paciente com megacólon chagásico perfurado associado a colite isquêmica, que evoluiu para peritonite fecal aguda. A paciente era uma mulher branca, 82 anos, com cianose, anasarca, melena, dor, distensão abdominal e sorologia positiva para doença de Chagas. Seu estado evoluiu para o óbito e a autópsia revelou megacólon chagásico com perfuração e peritonite aguda fecaloide purulenta, sendo esta última a causa imediata do óbito. Este é, provavelmente, um dos poucos relatos de colite isquêmica, megacólon chagásico perfurado e peritonite fecal aguda associada a adenocarcinoma gástrico não diagnosticado antes do óbito.

DESCRITORES: Adenocarcinoma. Doença de Chagas. Estômago. Idosos. Megacólon.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas é causada pelo protozoário parasito *Trypanosoma cruzi*, transmitido aos seres humanos por triatomíneos, transfusão sanguínea (11), via congênita e, excepcionalmente, pela via oral e por transplantes de órgãos (6).

No mundo, estima-se que 8 milhões de pessoas estejam acometidas pela doença de Chagas. O processo de urbanização e os movimentos migratórios da

-
- 1 Disciplina de Patologia Geral, Departamento de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
 - 2 Disciplina de Patologia Geral, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Brasil.

Endereço para correspondência: Rosana Rosa Miranda Corrêa. Disciplina de Patologia Geral. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Rua Frei Paulino, 30. CEP 38025-180. Uberaba-Minas Gerais, Brasil. Email: rosana@patge.uftm.edu.br

Recebido para publicação em: 19/3/2010. Revisto em: 4/10/2010. Aceito em: 5/3/2011.

população têm contribuído para a ocorrência da doença em áreas não endêmicas (5). No Brasil, estudos epidemiológicos destacam a persistência da doença de Chagas como a segunda causa de óbito por doenças infecciosas e parasitárias em idosos, em consequência da exposição ao *T. cruzi* a que foram submetidos no passado (8).

A colite isquêmica representa a terceira complicação mais frequente do megacólon chagásico, comprometendo 6% desses pacientes (12, 15). A apresentação clínica se dá conforme a gravidade e a rapidez da instalação do processo, a circulação colateral patente, a habilidade intrínseca do organismo de se proteger de uma invasão bacteriana e as comorbidades no doente (5, 15).

O adenocarcinoma gástrico é a quarta causa mais comum e, no que se refere à mortalidade, é a segunda causa de óbitos por câncer no mundo, contudo tem se verificado a queda nas taxas de mortalidade e incidência em nosso país (7). Observa-se uma elevação na prevalência da neoplasia gástrica em idosos em virtude do crescimento da expectativa de vida da população (10, 13) e do aumento da frequência do diagnóstico (3). Além disso, estudos mostram a prevalência de 85,1% de chagásicos infectados por *H. pylori* (11). Em pesquisas mais recentes, a prevalência da infecção por *H. pylori* em chagásicos é de 57,9% (6), o que está relacionado com a etiopatogênese da gastrite crônica que predispõe o paciente para o câncer gastrointestinal (9).

O objetivo deste relato foi apresentar o caso de uma paciente idosa com megacólon chagásico perfurado associado a colite isquêmica, que evoluiu para peritonite fecal aguda e, na autópsia, ficou evidenciado um adenocarcinoma gástrico.

RELATO DE CASO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, conforme o Protocolo nº 689.

A paciente era uma mulher branca, com 82 anos, natural e procedente de Conceição das Alagoas, Minas Gerais, Brasil. Foi admitida no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por encaminhamento de outro serviço. Apresentava um quadro de cianose, anasarca, melena, dor e distensão abdominal que tivera início 24 horas antes da internação. A paciente mostrava-se pouco responsiva e com um histórico de constipação intestinal que já durava dez dias. O quadro evoluía nos últimos dois dias com piora do estado geral, náuseas, vômitos fecaloides e melena. Com sorologia positiva para doença de Chagas, já havia, em outra ocasião, apresentado quadro de constipação intestinal com dor e distensão abdominal, tendo sido necessária a internação para tratamento clínico de fecaloma. No exame físico, no momento da internação, seu estado geral era ruim, mostrando-se hipocorada, desidratada, com cianose periférica, hipotérmica, com respiração agônica e anasarca. O abdômem estava distendido, difusamente doloroso e sem ruídos hidroaéreos. A paciente evoluiu para o óbito uma hora após sua internação.

Exame anatomopatológico

O exame externo mostrou anasarca, provável osteoporose, friabilidade do esterno e costelas e cicatriz cirúrgica para correção de fratura de colo de fêmur direito. O peso corporal foi de 35 kg e a altura de 140 cm, sendo o índice de massa corpórea igual a 17,9 kg/m², caracteres que tipificam uma subnutrição acentuada. O exame interno evidenciou megacólon chagásico com perfuração (Figura 1), caracterizando a forma digestiva da doença de Chagas na sua fase crônica, que evoluiu para peritonite aguda fecaloide purulenta, sendo esta última a causa imediata do óbito.



Figura 1. Megacólon chagásico com perfuração que evoluiu para peritonite fecal. Observa-se a alça intestinal distendida, com coloração escurecida e um ponto de perfuração.

Observou-se uma área de colite isquêmica associada a enfarte hemorrágico e a um ponto de perfuração no cólon, sem torção do pedículo vascular em decorrência de volvo.

Este quadro estava relacionando à arterioesclerose aterosclerótica grave da aorta e de seus principais ramos que, em associação com a compressão localizada da mucosa pela massa fecal pétreia, provavelmente foi responsável pela colite isquêmica e pelo enfarte hemorrágico no cólon.

Na autópsia, foi diagnosticado adenocarcinoma gástrico ulcerado, com bordos elevados e diâmetro aproximado de 7 cm, associado a hemorragia (Figura 2). Na microscopia, foram observadas células atípicas com arranjo glandular que invadia até a musculatura gástrica.



Figura 2. Adenocarcinoma gástrico ulcerado, com bordos elevados e diâmetro aproximado de 7 cm, associado a hemorragia.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na autópsia, os sinais claros de comprometimento do estado geral da paciente tinham origem multifatorial. Houve uma interposição de doenças, tais como a subnutrição, a aterosclerose, a doença de Chagas crônica, a colite isquêmica e o adenocarcinoma gástrico.

A paciente apresentou como complicação uma perfuração do megacólon chagásico e peritonite aguda fecaloide purulenta, sendo esta última a causa imediata do óbito. A úlcera por estase fecal é uma das complicações do megacólon chagásico observadas em 2,8% dos pacientes, a metade deles desenvolve, como consequência, perfuração do cólon e peritonite fecal (15). Nestes casos, a compressão localizada da mucosa pela massa fecal pétreia contribui para colite isquêmica, uma das principais complicações do megacólon chagásico (12, 15). Nesta paciente, foi ainda observada uma aterosclerose intensa da aorta e seus principais ramos. Em relação às alterações agudas da circulação do mesentério, consideradas como emergência nas doenças dos órgãos abdominais, os fatores de risco mais prevalentes encontrados são a aterosclerose da aorta e seus ramos, estenoses arteriais e diferentes tipos de insuficiência cardíaca (2, 14). Nesta paciente, a isquemia local, provocada pela estase e pela aterosclerose, contribuiu para a ulceração do cólon e para o desenvolvimento da peritonite fecal purulenta.

Embora a paciente tenha apresentado megacólon, não houve constipação de longa data. Portanto, acredita-se que pode ter ocorrido um único episódio de

fecaloma, representado por um quadro agudo com início nos últimos dez dias que antecederam o óbito. Este dado ressalta a importância da investigação do paciente chagásico, neste caso, principalmente do aparelho digestório, mesmo na ausência de sintomas como disfagia e constipação.

Outro fator que contribuiu para as repercussões observadas foi a idade da paciente. Estudos demonstram que, em alguns casos, é difícil separar as alterações relacionadas à doença de Chagas de outras doenças mais frequentes em idosos, como neoplasias e arteriosclerose (4). O diagnóstico de adenocarcinoma gástrico ulcerado foi mais um elemento complicador em razão das características consumptivas desta doença. Os sintomas iniciais mais frequentes são dor abdominal, perda de peso e rebaixamento do estado geral (15), apresentados pela paciente, mas que foram confundidos com sintomas associados à sua doença de base, o megacólon chagásico. Acreditamos que fatores predisponentes ao câncer gástrico, como a idade avançada e a possível presença de *H. pylori*, podem ter contribuído para a evolução desta neoplasia.

Um estudo relata a associação entre megas e neoplasias, de 4,8% nos casos de megaesôfago e 0,1% nos de megacólon. O adenocarcinoma nos casos com megaesôfago provavelmente é consequência de uma esofagite crônica, causada por estase alimentar ou contato prolongado de um agente carcinógeno da dieta com a mucosa. A associação entre neoplasias e megacólon é menor e parece ser independente da estase fecal, da irritação crônica do cólon e de sua exposição a fatores carcinogênicos, contradizendo os tradicionais conceitos sobre a carcinogênese no cólon (1). Neste relato, foi observado adenocarcinoma de estômago, o que não foi encontrado em outros relatos publicados. Acreditamos que a associação entre a doença de Chagas e o adenocarcinoma gástrico, como descrita neste relato, merece mais estudos.

Este parece ser um dos poucos relatos de colite isquêmica que evoluiu para megacólon chagásico perfurado e peritonite fecal aguda associada a um adenocarcinoma gástrico não diagnosticado antes do óbito. Este relato ressalta a importância de uma avaliação clínica que considere como relevantes as peculiaridades do idoso, como a habitual sobreposição de doenças, além de enfatizar a importância da autópsia na determinação da frequência de doenças, principalmente em indivíduos de faixa etária mais elevada.

AGRADECIMENTOS

Órgãos Financiadores: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU).

ABSTRACT

Association between chagasic megacolon and gastric adenocarcinoma in an elderly woman

The purpose of this report is to present the case of an elderly patient with perforated chagasic megacolon associated to a gastric adenocarcinoma. Case Report: White woman, 82 years old, admitted with cyanosis, anasarca, melena, abdominal distension, and pain. The patient presented positive serology for Chagas disease. On physical examination, the patient presented poor general condition with distended and diffusely painful abdomen, without bowel sounds. The patient died during the first hour after admission. The histopathological examination showed chagasic megacolon with perforation that progressed to purulent fecaloid acute peritonitis, the latter being the immediate cause of death. An area of ischemic colitis was observed without noticed vascular pedicle torsion as a result of volvulus. In addition, an ulcerated gastric adenocarcinoma was diagnosed. Conclusion: This seems to be one of the few reports of ischemic colitis that progressed to perforated chagasic megacolon and acute faecal peritonitis and was associated to a gastric adenocarcinoma.

KEY WORDS: Adenocarcinoma. Chagas Disease. Stomach. Elderly. Megacolon.

REFERÊNCIAS

1. Adad SJ, Etchebehere RM, Aratijo JR, Madureira AB, Lima VGF, Silva AA, Crema E. Association of Chagasic megacolon and cancer of the colon: case report and review of the literature. *Rev Soc Bras Med Trop* 35:63-68, 2002.
2. Baeshko AA, Klimuk SA, Iushkevich VA. Acute disorders of mesenteric circulations: etiology, risk factors and incidence of lesions. *Angiologija Sosudistaia Khirurgija* 10: 99-113, 2004.
3. Costa MFFL, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Int J Epidemiol* 34: 126-135, 2001.
4. Costa PB, Mello ELR, Kesley R, Cola B, Mirssilian G, Leidermann E, Salomão AR, Pinto CE. Câncer gástrico em idosos. *Rev Bras Cancerol* 50: 211-217, 2004.
5. Ferrari MLA. Doença imunoproliferativa do intestino delgado: estudo clínico prospectivo de casuística. Belo Horizonte, 2006. Tese de doutorado-Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais.
6. Kamiji MM, Oliveira RB. O perfil de portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. *Rev Soc Bras Med Trop* 38: 305-309, 2005.
7. Fonseca FM. Associação entre Infecção por *Helicobacter pylori* e Doença de Chagas Crônica. Uberaba, 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
8. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). *Epidemiol Serv Saúde* 13: 217-228, 2004.
9. Matsuda NM, Miller SM, Évora PRB. The chronic gastrointestinal manifestations of Chagas disease. *Clinics* 64: 1219-1224, 2009.

10. Ministério da Saúde. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, Rio de Janeiro (RJ), Instituto Nacional de Câncer – INCA. 2007 - Acessado em: 22 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>.
11. Nascimento RS, Valente SRG, Oliveira LCM. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* Infection in Chronic Chagasic Patients, and in the Rural and Urban Population From Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 44: 251-254, 2002.
12. Reis E, Kama NA, Doganay M, Atli M, Dolapci M. Long-term survival is improved by an extended lymph node dissection in potentially curable gastric cancer. *Hepatogastroenterology* 49: 1.167-1.171, 2002.
13. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis. An update. *N Engl J Med* 314: 488, 1986.
14. Safioleas MC, Moulakakis KG, Papavassiliou VG, Kontzoglou K, Kostakis A. Acute mesenteric ischemia, a highly lethal disease with a devastating outcome. *Vasa* 35: 106-111, 2006.
15. Santos Junior JC – TSBCP. Megacólon – Parte II: Doença de Chagas. *Rev Bras Coloproct* 22: 266-277, 2002.

