

## QUILOTÓRAX UNILATERAL EM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO - O RELATO DE UM CASO

Sara Filipa Curto Póvoa(1);M. João Ribeiro(2);Andreia Coelho(2);Catarina Fernandes(2);Andreia Costa(2)

(1) Centro Hospitalar S. João-Porto (2) Centro Hospitalar S. João, EPE

**INTRODUÇÃO:** A doença oncológica é a causa mais frequente de quilotórax não-traumático, sobretudo em linfomas, neoplasias do pulmão, esofágica e gástrica.

**OBJETIVO, MATERIAL/MÉTODOS:** Descrição de caso clínico de adenocarcinoma gástrico diagnosticado em contexto de quilotórax unilateral, com reflexão crítica.

**CASO CLÍNICO:** Doente do sexo masculino, 60 anos, ECOG PS 0. História de gastrite crónica com infeção por *H. pylori* e úlcera gástrica (histologia benigna, sem metaplasia intestinal), na sequência de quadro de melenas com anemia ferropénica e perda ponderal desde há 2 meses. Cumpriu terapêutica de erradicação *H. pylori*, mantendo pantoprazol e ferro oral. Recorreu ao SU por dispneia, ortopneia e tosse produtiva mucosa com 2 dias de evolução. Foi admitido em Unidade de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória tipo 2, com necessidade de suporte ventilatório não-invasivo. Rx-tórax mostrou derrame pleural (DP) direito. Efetuada drenagem de líquido pleural (LP) leitoso com triglicérideos 877mg/dL. Etiologia de quilotórax não-traumático não esclarecida, com investigação inconclusiva: LP amicroniano e cultural negativo, citologia negativa para células malignas em LP e lavado bronco-alveolar, broncofibroscopia sem alterações, biopsia pleural com alterações inflamatórias inespecíficas e sinais pleurite crónica. A TC torácica revelou DP direito de médio volume; derrame pericárdico circunferencial (sem compromisso hemodinâmico); gânglios mediastino-hilares em número e dimensões dentro da normalidade; adenomegalia adjacente à pequena curvatura gástrica. A EDA mostrou úlcera de 5mm ao nível incisura, em cicatrização. Efetuadas biopsias: adenocarcinoma com áreas pouco coesas. Submetido a gastrectomia subtotal; resultado anatomo-patológico: adenocarcinoma gástrico de tipo misto; pT1bN3a (8 gânglios invadidos em 20 isolados) R0. Iniciou tratamento adjuvante de quimioterapia (QT) com XELOX, tendo suspenso após o 1º ciclo por mucosite grau 4. Alterada QT para FOLFOX, com resposta imagiológica: DP loculado na base direita estável, espessamento pleural difuso à direita, derrame pericárdico em redução, densificação difusa da gordura mediastínica com gânglios infracentimétricos. Completou 10 ciclos e mantém tratamento com trombocitopenia grau 2.

**DISCUSSÃO/RESULTADOS:** Apesar de história prévia sugestiva de neoplasia digestiva, o diagnóstico só foi possível após a manifestação clínica de quilotórax. A compressão do ducto torácico por adenopatia(s), ainda que sem evidência imagiológica, será possível no presente caso. A descrição deste caso visa alertar para formas menos comuns de apresentação de doenças oncológicas.