

## PAPILODUODENECTOMIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA TUMORES PAPILARES

### PAPILODUODENECTOMY AS AN ALTERNATIVE TREATMENT FOR PAPILLARY TUMORS

Hamilton Petry de Souza, TCBC-RS<sup>1</sup>

Jarcedy Machado Alves<sup>2</sup>

Marcelo Garcia Toneto<sup>3</sup>

Gémerson Gabiatti<sup>4</sup>

Gilmara Pandolfo<sup>5</sup>

#### INTRODUÇÃO

A excisão local da papila de Vater foi inicialmente descrita por Halsted, em 1899, como um procedimento cirúrgico para os tumores ampolares, em pacientes com tumores benignos e em casos selecionados de pacientes com neoplasia maligna.<sup>1</sup>

O termo papiloduodenectomia tem sido aplicado a uma variedade de operações, desde uma simples excisão da mucosa duodenal sobre a papila de Vater, até sua ampla ressecção, incluindo a parede posterior do duodeno e a porção distal dos ductos biliar e pancreático.<sup>1,3,5</sup>

Os autores descrevem a técnica de papiloduodenectomia onde é realizada uma excisão da papila, ao longo da parede duodenal adjacente. Ressaltam que se trata do procedimento cirúrgico de escolha para o tratamento de tumores benignos da papila de Vater e, também, para casos de neoplasia maligna em que a lesão é pequena e localizada, em pacientes com idade avançada e/ou risco cirúrgico elevado.<sup>2,3</sup>

#### RELATO DOS CASOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos casos operados no período de julho de 1994 a julho de 1997. Foram avaliados os pacientes com diagnóstico de neoplasia de papila de Vater submetidos à papiloduodenectomia no Serviço de

Cirurgia Abdominal do Hospital São Lucas da PUCRS. Neste período, oito pacientes foram tratados cirurgicamente por neoplasia da papila de Vater. Destes, quatro foram submetidos à duodenopancreatectomia, pelo procedimento de Whipple, e quatro, à ressecção local do tumor, pela técnica da papiloduodenectomia. Todos os pacientes eram portadores de neoplasia maligna da papila duodenal maior, através do exame anatomopatológico da peça cirúrgica.

A ressecabilidade do tumor foi determinada pelo tamanho (menor do que 4 cm), ausência de fixação às veias porta e mesentérica superior, artéria hepática e pela ausência de metástases à distância. Além disso, apresentavam, na maioria, idade avançada e, principalmente, risco cirúrgico elevado.

#### TÉCNICA CIRÚRGICA

Inicialmente é realizada a colecistectomia, pelos riscos do desenvolvimento de colecistite pós-operatória, relacionada ao refluxo duodeno biliar após excisão da papila.<sup>2,3,5</sup>

Após a mobilização do duodeno, pela manobra de Kocher, é realizada duodenotomia longitudinal sobre a parede oposta à papila. Obtém-se então exposição adequada da papila duodenal. Aplicam-se dois pontos de reparo junto à parede duodenal posterior sobre o colédoco distal e nestes aplica-se leve tração. Realiza-se, então, entre estes pontos de reparo, uma incisão de 5mm de comprimento, atingindo as paredes

1. Professor Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Abdominal e Coordenador do Departamento de Cirurgia da FAMED-PUC-RS.

Chefe da Residência Médica em Cirurgia do Trauma do HPS-PA.

2. Professor Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Abdominal FAMED-PUC-RS.

3. Cirurgião do HSL. Aluno do Curso de Pós-Graduação (Mestrado) FAMED-PUC-RS.

4. Residente do 2º ano de Cirurgia Geral do HSL-PUC.

5. Doutoranda da FAMED-PUC-RS.

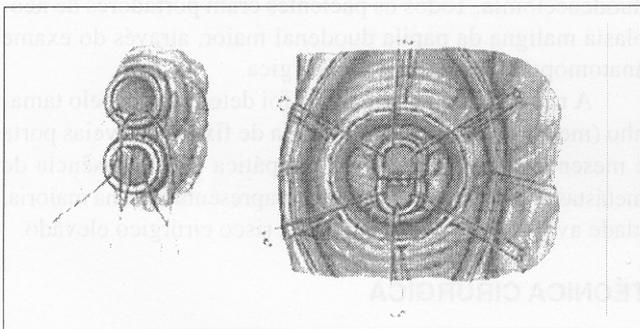
Recebido em 9/1/98

Aceito para publicação em 1/10/99

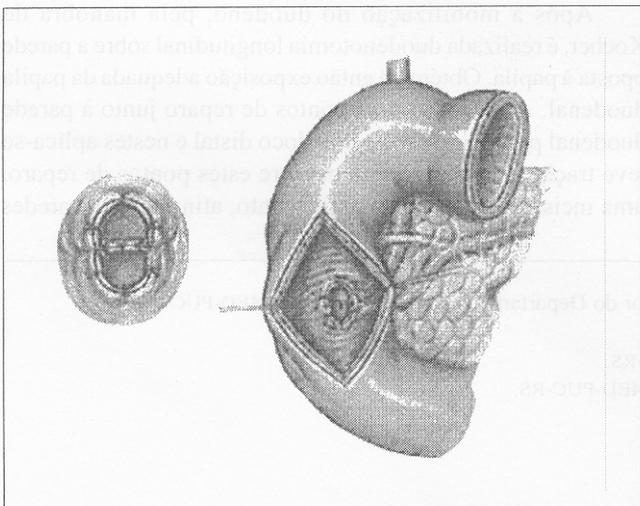
Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do HSL-PUCRS. Departamento de Cirurgia FAMED-PUC-RS

duodenal e coledociana terminal, usando diatermia. Procede-se, então, outro ponto de reparo, desta vez na massa tumoral, possibilitando sua tração, obtendo uma visão ainda mais clara da região ampolar. Neste momento, são realizados pontos separados entre os bordos das paredes duodenal e do ducto colédoco. Posteriormente, a parede duodenal, ao redor do lado esquerdo da papila, é incisada, abrindo a parede do ducto colédoco até atingir-se o ducto pancreático principal. A dissecação junto à parede duodenal é realizada por etapas, centripetamente, seguidas de hemostasia seqüencial e da realização da sutura entre o duodeno e os ductos biliar e pancreático, sendo que estas não devem ser amarradas até o término do procedimento (Figura 1).

Devem-se obter 5 a 10mm de mucosa duodenal macroscopicamente normal, perifericamente ao tumor, como margem de ressecção. Uma vez atingido, o ducto pancreático deve ser suturado com o ducto biliar, formando desta maneira um septo biliopancreático (Figuras 1 e 2). Deve-se assegurar a obtenção de um lúmen adequado para ambos os ductos e a reconstrução deve evitar qualquer sítio de fistulização junto à parede duodenal posterior.<sup>3,5</sup>



**Figura 1** – Sutura do duodeno e dos ductos comum e pancreático (adaptação da bibliografia 5)



**Figura 2** – Ductos comum e pancreático suturados junto à parede posterior o duodeno (adaptação da bibliografia 5)

O exame anatomopatológico transoperatório, por cortes de congelação, é de fundamental importância para definir com segurança a ausência de neoplasia nas margens ressecadas.

A colocação de dreno de Kehr, através de coledocotomia, é opcional. Além de promover uma descompressão da área junto à papiloduodenectomia, permite estudo posterior através de colangiografia pós-operatória. A colocação de *stents* através dos ductos é opcional e depende do tamanho final das aberturas ductais junto ao duodeno e também da preferência do cirurgião.<sup>5</sup>

O duodeno é então fechado em dois planos de maneira transversal ou de acordo com a experiência do cirurgião.<sup>2,3,5</sup>

## RESULTADOS

Três pacientes eram do sexo masculino e um do feminino. A média de idade foi 72,5 anos, variando de 62 a 82 anos. Icterícia e perda de peso foram os sintomas mais prevalentes, seguidos de dor abdominal, prurido, anemia, colúria e, em apenas um caso, colangite e sangramento na forma de melena, ressaltando-se que a manifestação inicial, em todos os casos, foi icterícia.

De acordo com a avaliação pré-anestésica, dois pacientes eram classificados como ASA III (um paciente apresentava doença pulmonar obstrutiva crônica grave e outro, cirrose) e dois, ASA IV (um paciente tinha o diagnóstico de cardiopatia isquêmica grave e outro, insuficiência cardíaca congestiva, além de cardiopatia chagásica, arritmia cardíaca com fibrilação atrial e prótese metálica em válvula mitral). A avaliação pré-operatória contra-indicou o procedimento curativo de escolha no serviço para o tratamento destes pacientes, que é a duodenopancreatectomia.

Quanto ao diagnóstico, todos os pacientes realizaram, além de exames laboratoriais, ecografia e tomografia computadorizada do abdômen como exames iniciais. A comprovação diagnóstica foi realizada pela colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER), com biópsia.

Segundo a classificação TNM para o estadiamento das neoplasias periampolares, um paciente apresentava um tumor estágio T1 e três T2.

Apenas um paciente (ASA III) apresentou complicações precoces: no pós-operatório imediato, hemorragia digestiva alta desenvolvendo após insuficiência renal aguda pré-renal e, evoluindo para sepse, disfunção múltipla de órgãos e óbito no sétimo dia pós-operatório. Os demais pacientes apresentaram boa evolução pós-operatórios imediatos. Como complicação tardia, um paciente desenvolveu uma hérnia incisional sete meses após a cirurgia, com boa evolução após a correção do defeito. No acompanhamento, um paciente (ASA IV), 32 meses após a cirurgia, faleceu devido a uma complicação cardiológica: apresentou infarto agudo do miocárdio, sem mostrar evidências clínicas, laboratoriais e radiológicas de recidiva tumoral. Os demais pacientes apresentam-se sem sinais de recorrência tumoral até o momento.

## DISCUSSÃO

A região periampolar representa a confluência dos epitélios originados nos ductos biliares e pancreáticos e na mucosa duodenal, sendo que os tumores originados nesta região são, em sua maioria, do tipo adenocarcinoma.

As neoplasias que invadem a papila de Vater podem se originar de diferentes sítios, incluindo a porção distal do cólecoco, cabeça do pâncreas, duodeno e papila de Vater. No entanto, a papiloduodenectomia é restrita a casos de neoplasia da papila duodenal.

A seqüência adenoma-carcinoma para pólipos adenomatosos papilares é bem estabelecida, sendo que focos de neoplasia podem estar presentes em biópsias endoscópicas negativas. A papiloduodenectomia é o tratamento de escolha para pacientes com lesões benignas, adenoma viloso da papila de Vater, linfangiomas, lipomas, neuromas e hemangiomas por tratar-se de um procedimento com menor morbi/mortalidade e com resultados satisfatórios.<sup>2,3</sup>

Os carcinomas da região ampolar têm um prognóstico melhor do que os que se originam nos ductos pancreáticos, sendo que sua ressecção apresenta índices de sobrevida em cinco anos de 38%, comparativamente a 4% dos tumores pancreáticos.<sup>4</sup>

A papiloduodenectomia tradicionalmente tem sido reservada para pacientes com tumores benignos e para aquelas situações malignas, de maior risco cirúrgico para ressecção radical. Tumores benignos menores que 3cm são candidatos ideais para excisão local, enquanto lesões maiores podem requerer ressecções radicais. Neoplasias neuroendócrinas, sem características histológicas malignas, também são candi-

datas à ressecção local, uma vez que freqüentemente são pequenas e bem circunscritas. Embora 53% dos tumores carcinóides clássicos menores que 2cm estejam associados a metástases linfonodais, estas neoplasias têm um curso indolente e altas taxas de sobrevida podem ser alcançadas com excisões locais. Entretanto, lesões maiores podem necessitar de ressecções radicais em vista do tamanho, bem como as neoplasias de pequenas células, devido ao seu comportamento mais agressivo.<sup>3</sup>

A gastroduodenopancreatectomia possibilita uma ressecção ampla dos tecidos locais, bem como tecidos peripancreáticos e gânglios linfáticos regionais sendo a primeira opção no tratamento destes doentes. O problema é que com o aumento da expectativa de vida da população e os melhores métodos diagnósticos, cada vez mais pacientes com condições gerais insatisfatórias, além das causadas pela neoplasia, se apresentarão para tratamento. A cirurgia de Whipple pode ser contra-indicada em alguns destes doentes, devido a sua magnitude.

A mortalidade cirúrgica da duodenopancreatectomia, para tumores malignos da região periampolar, varia na literatura entre 5% a 19% em estudos recentes,<sup>4</sup> e 0% a 14% após papiloduodenectomia.<sup>4</sup> A técnica da papiloduodenectomia permite ressecção de margens adequadas possibilitando uma operação curativa. Embora os resultados da excisão local sejam satisfatórios, a duodenopancreatectomia é o tratamento padrão para pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna periampolar, devendo a papiloduodenectomia ser reservada para pacientes com idade avançada ou elevado risco cirúrgico e que apresentam um tumor localizado (T1 e T2) e compatível com a cirurgia indicada.<sup>2,3</sup>

## ABSTRACT

*The papiloduodenectomy is a procedure that, although accomplished rarely, has its validity in selected cases of papillary tumors. It is included in this group the patients with important diseases that doesn't have conditions of supporting the surgery of Whipple, the standard procedure for these pathologies. The authors review its experience with four patient carriers of malign neoplasia of the duodenal papilla submitted to papiloduodenectomy. All the patients came jaundiced to the admission. The age varied of 62 to 82 years. The ultrasonography, the computed tomography and the endoscopy with biopsy were used for diagnosis and staging, and all the patients presented with initial stages (T1 or T2). Two patients were classified as ASA3 and the other two as ASA4, according to the American Society of Anesthesiology. All the diagnoses were proven by the pathological exam of the surgical piece. It is ended that this procedure facilitates to obtain appropriate margins and satisfactory results when indicated of appropriate way.*

**Key Words:** Ampullectomy; Periampullary tumors; Papiloduodenectomy.

## REFERÊNCIAS

1. Haslsted W S - Contributions to the surgery of the bile passages, especially of the common bile duct. *Boston M. & S J* 1899; 141: 645-654.
2. Kazuo C, Yamashita H, Kuroki S - Wide ampullectomy for patients with villous adenoma of duodenal papilla and follow-up results of pancreaticobiliary tract. *Int Surg* 1994; 79: 178-182.

3. Rivera JA, Rattner DW, Fernandez-del-Castilho C, et al – Surgical approaches to benign and malignant tumors of the ampulla of Vater. *Surg Oncol Clin N Am* 1996; 5: 689-711.
4. Talamini MA, Moesinger RC, Pitt HA, et al – Adenocarcinoma of the ampulla of Vater: a 28-year experience. *Annals of Surgery* 1997; 225: 590-600.
5. Asbun HJ, Rossi RL – Local ampullary resection for ampullary tumors. In Lygidakis NK.: *Pitfalls and complications in the diagnosis and management of hepatobiliary and pancreatic disease*. New York: Thieme, 1993 pp 391-4.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Dr. Hamilton Petry de Souza  
Rua Antônio Parreiras, 145/401  
90450-050 – Porto Alegre - RS

# XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

4 A 8 DE JULHO DE 1999

RIOCENTRO – RIO DE JANEIRO

Prepare sua apresentação para:

Murais – Temas Livres – Vídeos Livres

Data limite: 30/04/99

Informações: Colégio Brasileiro de Cirurgiões – Tel.: (021) 537-9164 – Fax.: (021) 286-2595