

## ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE DUODENO ADENOCARCINOMA OF THE DUODENUM

Hamilton Petry de Souza, TCBC-RS<sup>1</sup>  
Marcelo Garcia Toneto<sup>2</sup>  
André Bonfanti<sup>3</sup>  
Gilmara Pandolfo<sup>4</sup>

### INTRODUÇÃO

Adenocarcinoma primário do duodeno é uma patologia extremamente rara. Foi inicialmente descrita por Hamberger, em 1746, e, desde então, foram relatados menos de mil casos na literatura mundial.<sup>1</sup> O intestino delgado é um sítio incomum de neoplasia, correspondendo a cerca de 2% das neoplasias do trato gastrointestinal. Apresenta como tipo histológico mais prevalente o adenocarcinoma, seguido dos tumores carcinóides e, como sítio mais comum, o duodeno, responsável por 0,35% das neoplasias do trato gastrointestinal.<sup>2</sup>

O diagnóstico precoce é dificultado pela ausência de sintomas específicos e pelos conhecimentos restritos sobre esta entidade rara. Exames como a radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno, esofagogastroduodenoscopia com biópsia, ultra-sonografia e tomografia computadorizada do abdome podem auxiliar no diagnóstico.

Duodenopancreatectomia, pela técnica de Whipple, permanece sendo a melhor opção terapêutica.<sup>3</sup>

A escassez de relatos de pacientes portadores desta patologia, submetidos a cirurgia curativa, nos estimularam à apresentação do caso.

### RELATO DO CASO

Paciente de 65 anos, do sexo feminino, branca, do lar, admitida no HSL com história de dor abdominal em epigástrico e hipocôndrio direito há seis meses, acompanhada de distensão abdominal pós-prandial, vômitos intensos e emagreci-

mento de 4 kg neste período. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, mucosas descoradas, apresentando dor de moderada intensidade, à palpação profunda, em epigástrico e hipocôndrio direito.

Em relação aos exames laboratoriais, apresentava um hemograma evidenciando anemia (hematócrito: 27% e hemoglobina: 8,8 g/dl) e uma bioquímica com LDH aumentada (303 UI/l); as provas de função hepática eram normais, assim como a radiografia simples de tórax. A ultra-sonografia evidenciou pequeno aumento de volume da cabeça do pâncreas, sem outras alterações. Resultado este já esperado, uma vez que se trata de um exame de pouca acurácia para a determinação de lesões localizadas em vísceras ocas como o duodeno. A tomografia computadorizada do abdome, empregada com a finalidade de obter um diagnóstico mais preciso a respeito dos achados na ecografia, além de estadiamento pré-operatório, não evidenciava anormalidades. A esofagogastroduodenoscopia mostrou espessamento da linha Z, estômago com exantema leve e áreas pálidas, no antro, sugerindo metaplasia intestinal e, na parede medial da segunda porção do duodeno, lesão elevada de superfície irregular, friável, obstruindo 2/3 do lúmen. Realizada biópsia, cujo exame anatomopatológico concluiu tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, localizado na segunda porção do duodeno.

De posse dos resultados dos exames complementares, a paciente foi submetida a duodenopancreatectomia, pela técnica de Whipple (Figuras 1 e 2).

O exame anatomopatológico confirmou o achado da biópsia: "adenocarcinoma moderadamente diferenciado de

1. Professor Auxiliar da Disciplina de Cirurgia Abdominal e Coordenador do Departamento de Cirurgia da FAMED – PUC-RS; Chefe da Residência em Cirurgia do Trauma do HPS-PA.
2. Cirurgião do HSL. Aluno do Curso de Pós-Graduação (Mestrado) da FAMED – PUC-RS.
3. Médico Residente no 2º ano da Residência em Cirurgia Geral de HSL.
4. Doutoranda da FAMED – PUC-RS.

Recebido em 29/6/98

Aceito para publicação em 4/1/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital São Lucas – HSL – PUC-RS e Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da PUC-RS.

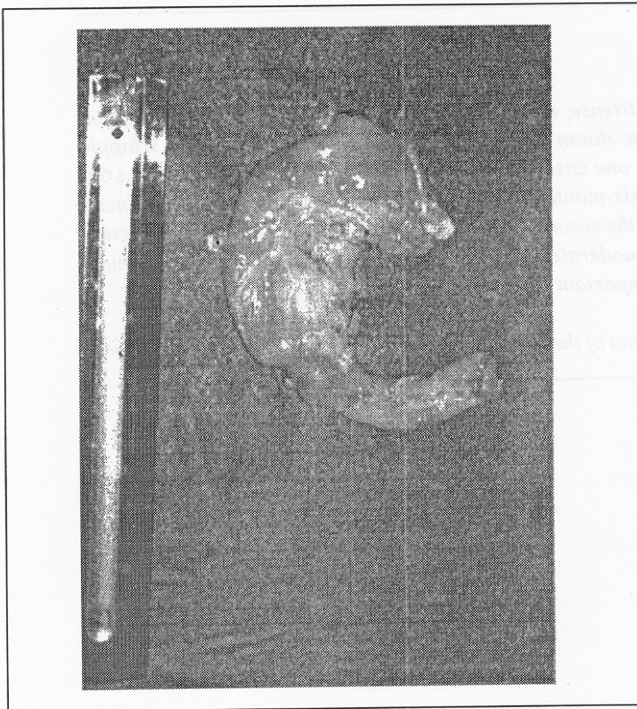


Figura 1 – Espécime de duodenopancreatectomia

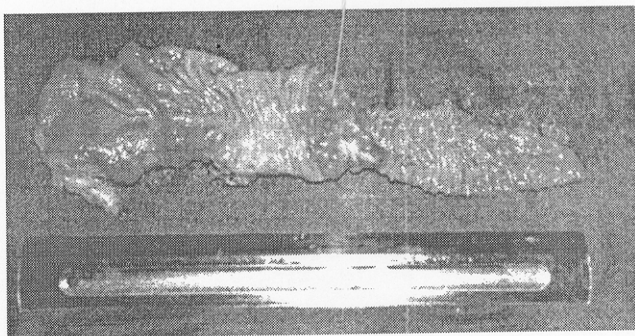


Figura 2 – Aspecto macroscópico da lesão localizada na 2ª porção do duodeno

duodeno, ulcerado, medindo 3,9 cm, estendendo-se até a proximidade da papila duodenal, com comprometimento da camada muscular; papila duodenal, pâncreas e margens livres de neoplasia. Ausência de metástases em nove linfonodos examinados". Atualmente, a paciente encontra-se no sétimo mês de seguimento, com bom estado geral, sem evidências de recidiva.

## DISCUSSÃO

O intestino delgado constitui um sítio incomum de neoplasia, acometido por menos de 2% de todas as neoplasias primárias do trato gastrointestinal. A maior incidência de adenocarcinoma do intestino delgado ocorre no duodeno. Carcinoma de duodeno é raro, representando somente 0,35% das neoplasias do trato gastrointestinal.<sup>1,2,3,4</sup>

Tumores do intestino delgado são mais frequentes em homens e na raça branca. Noventa por cento dos casos ocorrem acima dos 40 anos, sendo a média de idade 60 anos.<sup>4</sup> Os sintomas são vagos e inespecíficos, como dor abdominal, náuseas, vômitos intermitentes, anorexia e distensão abdominal pós-prandial, contribuindo para um diagnóstico tardio e prognóstico reservado. Anemia pode ser notada, assim como icterícia e anormalidades dos testes de função hepática.

Quanto à localização, há uma predominância da segunda porção do duodeno (40%), seguida da terceira e quarta (45%), e primeira porção (15%), respectivamente.<sup>2,3</sup>

Em relação aos exames complementares, tanto a radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno, como a endoscopia digestiva alta com biópsia, podem ser realizadas como métodos diagnósticos iniciais.

A tomografia computadorizada do abdome pode detectar aproximadamente metade destas lesões, além de evidenciar a presença de linfadenomegalias. Recentemente, a ultrasonografia endoscópica tem sido utilizada com o intuito de determinar o estágio do tumor.<sup>3</sup>

Duodenopancreatectomia pela técnica de Whipple é o procedimento de escolha para o tratamento destas neoplasias, uma vez que permite a ressecção em bloco com os linfonodos regionais, porém, apenas 30% destes tumores são ressecáveis. Também está indicada, como tratamento curativo, para os pacientes com linfonodos comprometidos.<sup>3</sup> A sobrevida, em cinco anos, para os pacientes submetidos a este procedimento corresponde a 40%.<sup>2</sup>

A ressecção segmentar pode ser aplicada, com intenção curativa, para tumores pequenos da terceira e, especialmente, da quarta porção do duodeno, desde que não exista comprometimento linfonodal e uma invasão em profundidade limitada.<sup>2,3</sup>

A gastrojejunostomia é realizada naqueles pacientes que apresentam doença irresssecável no ato operatório.<sup>3</sup> A papiloduodenectomia, técnica cirúrgica aplicada para casos selecionados de tumores da papila de Vater, não tem lugar para as neoplasias primárias de duodeno. O tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia deve ser individualizado, já que não há evidências convincentes de que possam trazer benefícios à sobrevida.<sup>2,3</sup>

A maioria dos estudos relata uma sobrevida pequena para adenocarcinoma do intestino delgado, embora a literatura seja contraditória neste respeito.<sup>5</sup> A sobrevida em cinco e dez anos é de 39% e 37%, respectivamente, para as neoplasias primárias do duodeno ressecáveis e correlaciona-se com a idade do diagnóstico. Os pacientes submetidos a cirurgia paliativa têm sobrevida usualmente de meses.<sup>1,5</sup>

As características clínicas do caso relatado foram semelhantes às referidas na literatura, especialmente quanto à sintomatologia inicial, à faixa etária acometida e à localização do tumor no duodeno. A investigação diagnóstica e o tratamento adotado vão ao encontro à maioria dos estudos encontrados na literatura mundial.

## ABSTRACT

Primary adenocarcinoma of the duodenum is an extremely rare disease, and represents only 0.35 % of all gastrointestinal malignancies. Early detection of the disease is difficult because doesn't have pathognomonic symptoms. The Whipple procedure is the optimal method of treatment. The authors relate one case of a adenocarcinoma of the duodenum in a 65-year-old white female with a history of abdominal pain for a six-month period, associated with postprandial fullness, vomiting and weight loss. Endoscopy showed a elevated tumor in the second part of the duodenum, with partial obstruction of the lumen. Histological study of endoscopic biopsies revealed a moderate differentiated adenocarcinoma of the duodenum. The treatment was surgical. The authors comment on the more important aspects of this pathology.

**Key Words:** Duodenum; Cancer of the duodenum; Adenocarcinoma of the duodenum; Adenocarcinoma of the small bowel.

## REFERÊNCIAS

1. Sexe RB, Wade TP, Virgo KS, et al: Incidence and treatment of periampullary duodenal cancer in the U.S. veteran patient population. *American Cancer Society* 1996; 77: 251-4.
2. Scott-Coombes DM, Williamson RCN: Surgical treatment of primary duodenal carcinoma: a personal series. *British Journal of Surgery* 1994; 81:1472-4.
3. Pickleman J, Koelsch M, Cheifec G: Node-positive duodenal carcinoma is curable. *Arch Surg* 1997; 132: 241-4.
4. Chow JS, Chen CC, Ahsan H, et al: A population-based study of the incidence of malignant small bowel tumours: SEER, 1973 - 1990. *International Journal of Epidemiology* 1996; 25: 722-8.
5. Zar N, Holmberg L, Wilander E, et al: Survival in small intestinal adenocarcinoma. *European Journal of Cancer* 1996; 32: 2114-9.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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