

C 102

"ADENOCARCINOMA PRIMÁRIO DE DUODENO" - RELATO DE DOIS CASOS DO  
SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO SERVIDOR  
PÚBLICO ESTADUAL - "FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA" - IAMSPE - São  
Paulo - SP.

Autores: Antonio Carlos Heinisch<sup>1</sup>

Aristóteles Pinto Scipioni<sup>2</sup>

Orientador: Dr. Nagamassa Yamaguchi<sup>3</sup>

---

1 e 2 - Internos do HSPE - FMO - IAMSPE - SP;

3 - Professor Assistente Doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

Médico encarregado da Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE - FMO - IAMSPE - SP.

# ÍNDICE

---

Pág.

SUMMARY .....	1
SUMÁRIO .....	2
INTRODUÇÃO .....	3
MATERIAL E MÉTODOS .....	5
RELATOS DOS CASOS .....	6
DISCUSSÃO .....	9
CONCLUSÃO .....	11
ANEXOS .....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14

## SUMMARY

---

Two cases of "Primary Adenocarcinoma of the Duodenum" are presented from the authors.

After considerations concerning the pathology in general and a literature review of the cases, the technique applied is illustrated.

Finally, it is showed that the most important factors to improve the prognosis of the patients are an early diagnosis and a large surgical exeresis.

## SUMÁRIO

---

Os autores apresentam dois casos de "Adenocarcinoma Primário de Duodeno". Após algumas considerações a respeito da patologia em geral e uma revisão da literatura, a técnica aplicada nos casos considerados é elucidada.

Finalmente é demonstrado que os fatores mais importantes para melhorar o prognóstico do paciente são um diagnóstico precoce e uma exérese cirúrgica ampla.

## INTRODUÇÃO

---

Os tumores primários do Intestino Delgado correspondem a aproximadamente 0,3% de todas as neoplasias (1). Cerca de 50% destas são histologicamente tumores primários malignos de duodeno (2), com a ocorrência decrescendo no sentido do íleo terminal (3). O tipo histológico mais encontrado no duodeno é o adenocarcinoma com 90%, leiomiossarcoma e linfossarcoma constituem 10% (2) (4) (5) (6).

*De acordo* ~~com~~ HAMBURGER descreveu o primeiro caso em 1746, desde então, até 1974, apenas 693 outros haviam sido relatados na literatura (7).

É interessante salientar que os sítios usuais do adenocarcinoma de duodeno são na segunda e terceira porções do arco duodenal, quase nunca no bulbo ou pré-ampolar (8) (9) (15).

Esta neoplasia maligna, decorrente das relações anatômicas especiais com órgãos vizinhos (pâncreas, colédoco e veia porta), em geral se constitui em moléstia de prognóstico ruim (8) (15).

Geralmente, a real localização (natureza do tumor) é apenas determinada durante o ato cirúrgico ou autópsia (14).

O procedimento diagnóstico para qualquer tumor de duodeno, incluindo o primário é:

- a) Seriografia Esôfago-gastro-duodenal
- b) Gastroduodenoscopia a qual, quando o tumor é favoravelmente localizado, permite um diagnóstico histológico

pré-operatório e

c) Laparotomia exploradora (14).

A clínica não é específica, variando com sintomas pouco esclarecedores como anemia e icterícia (4), até dor abdominal tipo caíbra, anorexia, perda de peso, vômitos e melena (9) (10).

O tumor tende a crescer para dentro da luz ou invadir a parede do duodeno (9). A forma infiltrante se inicia como uma placa muito dura que se estende circularmente até proporcionar uma estenose completa; a mucosa apresenta ulceração anular. Na forma vegetante, muito rara, ocorre um tumor necrosado e ulcerado, levando a hemorragia (11).

O tratamento oncológico é a ressecção cirúrgica se possível (9) (11) (4) (14). Infelizmente isto não é realizado quando o paciente está em mau estado geral, ou se o tumor estiver em estágio avançado. A cirurgia realizada é a Gastroduodenopancreatectomia cefálica (Cirurgia de WHIPPLE), ou quando o tumor é irressecável, é feito uma cirurgia <sup>cur.</sup> paliativa: Bíleo-Digestiva ou Gastroenteroanastomose (2) (9) (12).

Evoluções sistemáticas da eficácia de novos agentes anti-neoplásicos são indicadas para melhorar os resultados do tratamento de Adenocarcinoma avançado (13) (9).

A sobrevida de um ano pós-operatória é de 67% e 18% em 5 anos (9) (7) para cirurgia curativa, sendo a mortalidade operatória de 25%.

Este trabalho tem por finalidade a apresentação e discussão de uma patologia, que muitas vezes, por ser considerada rara, é desprezada sendo seu diagnóstico tardio, acarretando prejuízo para a sobrevida da paciente.

## MATERIAL E MÉTODOS

---

Os dois casos de "Adenocarcinoma Primário de Duodeno", são de pacientes internados no serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual - FMO.

O primeiro caso de sexo feminino, 64 anos ocorrido em 1982, e o segundo do sexo feminino, 29 anos em 1983.

Somente são atendidos funcionários do Serviço Público e seus dependentes, pertencentes na quase totalidade à classe média e procedentes principalmente da grande São Paulo.

Os casos foram relatados conforme dados obtidos dos prontuários.

Em ambos os pacientes foram realizados estudos diagnósticos constando de Seriografia Esôfado-gastro-duodenal, Endoscopia com biópsia e estudo anátomo-patológico do material resultante do procedimento cirúrgico.

As cirurgias foram realizadas de rotina, com os cuidados devidos para este tipo de procedimento.

Os dois pacientes obtiveram alta hospitalar do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica em boas condições, sendo acompanhados ambulatorialmente até o momento, pelo referido serviço.

## RELATO DOS CASOS

---

### Caso 1

J.A.R., 64 anos, feminina, branca, registro no IAMSPE nº 70750. Em abril de 1982, apresentou história de 7 meses com dor epigástrica em queimação com irradiação para o dorso, que melhorava com o uso de anti-ácidos. Emagrecimento de 8 Kg neste período. Portava Seriografia esôfago-gastro-duodenal com imagens compatíveis com ulceração gástrica e duodenal. Não refere passado de história com clínica dispéptica. Ao exame: dor no trajeto do cólon transverso. Na endoscopia digestiva alta: bulbo duodenal de aspecto normal, observando-se logo após região apical pregas edemaciadas e dificuldade de distensão do órgão, realizado biópsias. O exame histopatológico revelou Adenocarcinoma.

Em maio de 1982, laparotomia exploradora, que ao inventário da cavidade abdominal encontrava-se fígado sem sinais de metástases e ao nível do arco duodenal, tumor de  $\pm$  6 cm de diâmetro, anular, estenosante, infiltrando a cabeça do pâncreas, raros gânglios linfáticos aumentados de tamanho. O procedimento realizado foi gastroduodenopancreatectomia cefálica. No Anátomo Patológico: Adenocarcinoma infiltrando parede duodenal e em profundidade o tecido adiposo e pâncreas, estendendo-se focalmente ao piloro.

Apresentou como complicação do pós-operatório imediato



Trombose venosa profunda íleo-femoral esquerda e no pós-operatório tardio fístula biliar de baixo débito.

Alta hospitalar no 23º pós operatório.

Em janeiro de 1987 retornou com queixa digestiva, realizado endoscopia que demonstrou lesão vegetante em corpo gástrico alto, junto ao cárdia, o que acarretou em nova laparotomia exploradora com esôfago gastrectomia proximal. O anátomo-patológico do material cirúrgico demonstrava Adenocarcinoma. Não houve intercorrências no pós-operatório imediato e tardio.

## Caso 2

C.P.M., 29 anos, feminina, branca, registro no IAMSPE nº 533900. Em novembro de 1983, apresentou mal estar epigástrico, náuseas e vômitos, com odor fétido e coloração esverdeada. Emagrecimento de 6 Kg neste período. Passado de gastrite e hemorróida. Ao exame: paciente desidratada com dor a palpação de região epigástrica, sem massa palpável. Seriografia esôfago-gastro-duodenal com dilatação de bulbo duodenal, sem imagem de nicho, estenose da segunda porção do duodeno com dilatação a montante. Iniciado nutrição parenteral e realizado endoscopia digestiva alta: súbita diminuição da luz duodenal em sua segunda porção, realizado biópsias. O exame histopatológico revelou reação inflamatória crônica inespecífica com atípias.

Em dezembro de 1983, Laparotomia exploradora que ao inventário da cavidade abdominal encontrava-se fígado sem metástases e ao nível do arco duodenal tumor de 4,0 X 5,0 cm estenosante. O procedimento realizado foi gastroduodenopancreatectomia cefálica. No anátomo-patológico: Adenocarcinoma de duodeno infiltrando em profundidade a parede até o tecido gorduroso adjacente. Pâncreas e gânglios linfáticos livres de comprometimento neoplásico.

Alta hospitalar no 9º pós-operatório.

Apresentou como complicação no pós-operatório tardio gas  
trite alcalina, levando a desnutrição e necessitando de nutrição  
enteral prolongada.

## DISCUSSÃO

---

Adenocarcinoma é o mais comum tumor maligno do duodeno, e este o mais comum do intestino delgado (16).

Encontramos idades de 29 e 64 anos em pacientes do sexo feminino. Relatos prévios, de Adenocarcinoma de Duodeno demonstram prevalência em pacientes com 50 a 70 anos (10) (13) (17) (18), afetando ambos os sexos igualmente (17), ou com pequena predominância feminina (7) (14) (19).

Os carcinomas de duodeno, invariavelmente, são proeminentes para a luz intestinal e sem sintomas característicos (8) (9). A coexistência de outras patologias como úlcera péptica, gastrite ou doenças da árvore biliar, podem inicialmente mascarar o diagnóstico (8) (15).

Certos trabalhos relatam a coexistência de "Adenocarcinoma Primário de Duodeno" com outras patologias como: Síndrome de Gardner (7) (17) (20), Adenoma Viloso (16) (20), Neurofibromatose (21), Doença de Crohn (17), Colite Ulcerativa (17), Pólipos hamartomatosos de Peutz-Jeghers (17) e outras neoplasias do tubo digestivo (22).

O diagnóstico é primariamente baseado em estudo de serigrafia esôfago-gastro-duodenal, e quando o tumor é suspeitado a duodenoscopia com biópsia poderá auxiliar (2) (8) (20). A duodenos

copia de rotina por alcançar somente a região bulbar, onde raramente se assesta esta neoplasia, é ineficaz para o diagnóstico precoce (8).

Em nosso material encontramos um caso com síndrome obstrutiva, o que confirma segundo certos autores a alta frequência de obstrução digestiva alta deste tumor (8) (14) (19) (22). Por outro lado vê-se relatado sangramento intestinal e perfuração para peritônio livre em respectivamente 9% e 5% dos pacientes (19).

Nos dois casos observou-se a localização do tumor em região pré-ampular em contraste com certas literaturas que colocam maior frequência em região pós-ampular (8) (9) (15).

Sabemos da dificuldade para localizar a lesão primária da neoplasia, considerando a proximidade entre vias biliares, pâncreas e duodeno, e a semelhança dos tipos histológicos de neoplasias destes locais. Em ambos os casos relatados encontrou-se vias biliares sem dilatação, e livres de infiltração tumoral.

A ressecabilidade do "Adenocarcinoma Primário de Duodeno" gira em torno de 60-70% (2) (17). O índice de sobrevida do tumor maligno primário é baixo (10-20%), sendo que após a cirurgia de Wipple alguns autores relatam sobrevida em 5 anos de 40% (2) (23) (24) (25). A mortalidade operatória é inferior a 20% (7) (25).

Os dois casos aqui apresentados tiveram o tratamento complementado com quimioterapia com 5-Fluoro-Uracil e imunoterapia com BCG. O efeito da irradiação e quimioterapia pós-operatória não é claro na literatura. Radioterapia e quimioterapia tem se mostrado útil em pacientes com Linfoma Duodenal (2) (26).

## CONCLUSÃO

---

"Adenocarcinoma Primário de Duodeno" é uma patologia rara, mas quando surgir um diagnóstico diferencial de processo patológico com características estenosante na região, ele deverá ser considerado e procedimentos diagnósticos realizados, tais como endoscopia com biópsia que auxiliará na avaliação histológica préoperatória.

Sobrevida em Adenocarcinoma Primário de Duodeno é diretamente proporcional ao estado de comprometimento nodal, grau de lesão e minimização da mortalidade operatória, pelas mãos de cirurgiões hábeis.

O seguimento evolutivo destes pacientes sugerem a conclusão de que a exérese total com ampla margem de segurança é conduta válida nos tumores sem comprometimento de gânglios ou presença de metástases, demonstrando sobrevida nos casos estudados, acima de 3 anos.

Deve ser feito um acompanhamento radiológico e endoscópico contínuo, com finalidade de detectar qualquer recidiva ou lesão associada.

## ANEXOS

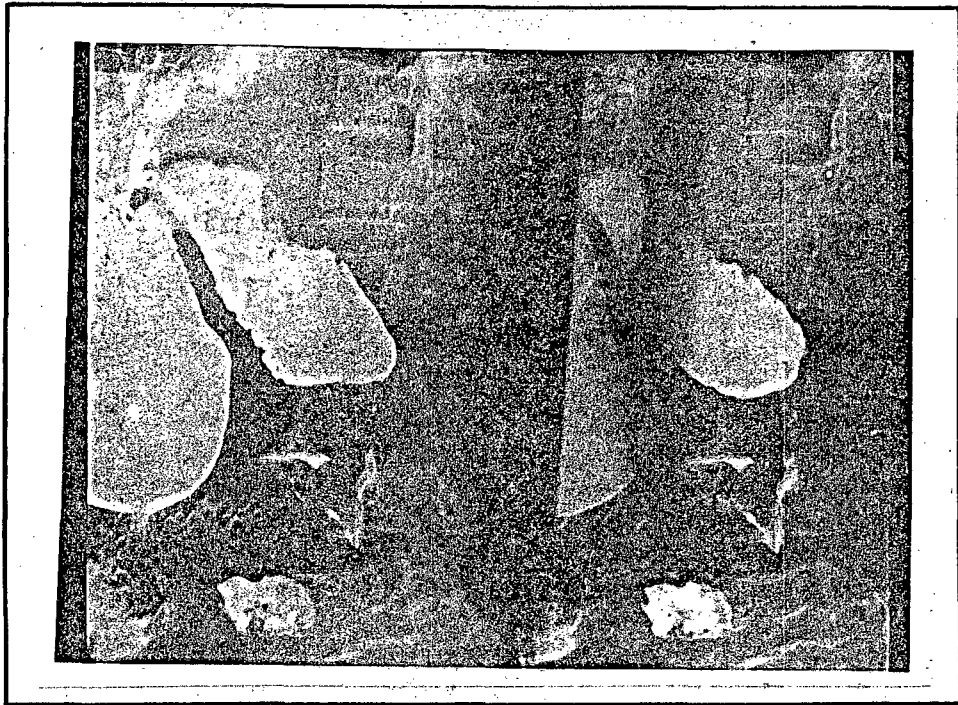


Fig I: (CASO II) Estenose da segunda porção do duodeno com dilatação da porção duodenal a montante.

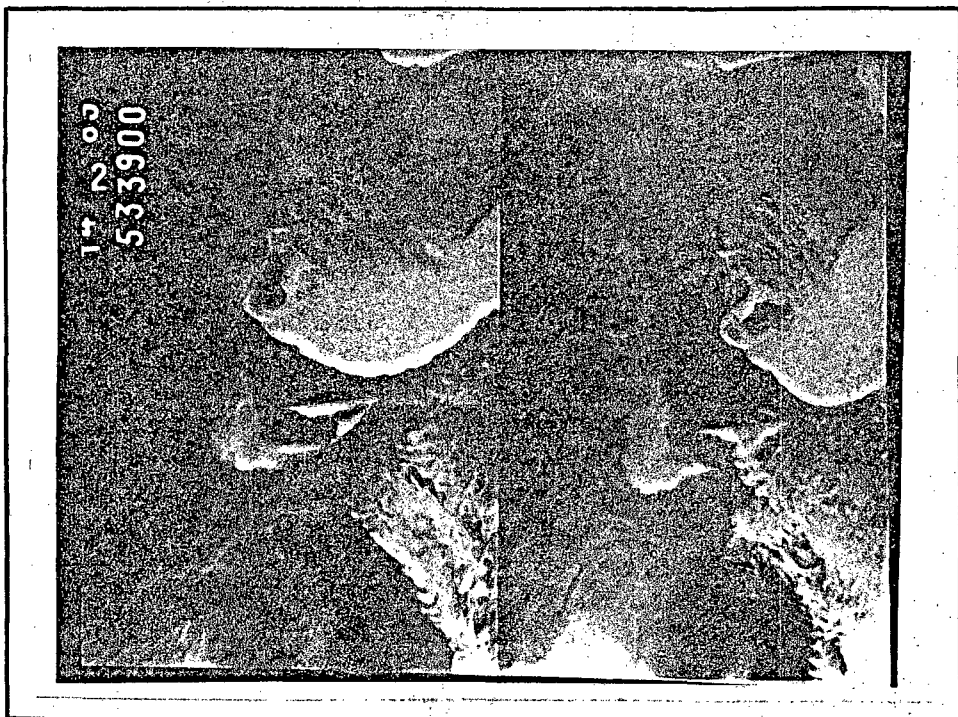


Fig II: (CASO II) Estenose da segunda porção do duodeno de mostrando possível ulceração da lesão.



Fig III: Trans-operatório demonstrando área de estenose  
Duodenal por infiltração neoplásica. (Caso 2)



Fig IV: Peça cirúrgica em que foi retirado  
segmento gástrico, Duodeno, cabeça do  
Pâncreas e vesícula biliar com monobloco

(Caso 2)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- (1) - COUTSOFTIDES, T.; SHIBATA, H.R.: Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. Disease Colon and Rectum, 22 (1): 24-6, 1979.
- (2) - KERREMANS, R.P. et al. Primary Malignant Duodenal Tumors. Annals of Surgery, 190 (2): 179-82, 1979.
- (3) - SABISTON, David C. Tratado de Cirurgia - 1ª Edição - Ed. Interamericana - RJ. Vol: 1 Cap: 31 Seção V pag: 913-920.
- (4) - COOPERMAN, A.M.: Cancer of Ampulla of Vater, bile duct and duodenum. Surgical Clinics of North America, 61 (1) : 99-106, 1981.
- (5) - DI MAGNO, E.P., MALAGELADA, J.R., MOERTEL, C.G. et al: Prospective evaluation of the pancreatic secretion of immuno reactive carcinoembryonic antigen, enzyme and bicarbonate in patients suspected of having pancreatic cancer, Gastroenterology, 73: 457, 1977.
- (6) - POLLOCK, T.W., RING, E.R. et al.: Percutaneous decompression



of benign and malignant biliary obstruction. Archives of Surgery, 114: 148, 1979.

- (7) - ALWMARK, A. et al. Primary carcinoma Carcinoma of the Duodenum Annals of Surgery, 191 (1): 13-8, 1980.
- (8) - REIS NETO, JOSÉ ALFREDO DOS; et al. Adenocarcinoma Primário do duodeno. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. VOL. XI - N 4 - 1984.
- (9) - WYNGARDEN, JAMES B.; JR. LLOYD H.S., Cecil Textbook of Medicine, 17ª edição, Ed. Saunders International, Philadelphia, Parte XI, Seção 100, pag. 702, 1985.
- (10) - SAGER, G.F. Primary Malignant Tumors of the Small Intestine, a twenty-two year experience with thirty patients. Am. J. Surg. 135 (4): 601-3, 1975.
- (11) - FIORA, V. et al. Considerations apropos of 2 cases of primary adenocarcinoma of the duodenum, Minerva Chirurgica, 39 (11): 913-8, Jun 1984.
- (12) - SAMAMA, G. et al. Primary Carcinoma of the duodenum. Ann. Chir. 32 (7): 386-8, sep. 1978.
- (13) - JIGYASU, D. et al. Chemoterapy for primary adenocarcinoma of the small bowel - Cancer, Jan, 53 (1): 23-5, 1984.
- (14) - RUDAM, N. et al. Primary adenocarcinoma of the duodenum. Report of two cases - Cancer, Sept; 54(6): 1105-9, 1984.

- (15) - BRUNO, M.S.; FEIN, H.D.; Primary malignant and benign tumours of the duodenun. Arch. Intern. Med, 125, 670-9, 1970.
- (16) - HSUEH, Y.S: Primary duodenal carcinoma of the duodenun arising from Villous adenoma. J. Indiana State Med. Assoc.: Nov.; 76 (11): 770-2, 1983.
- (17) - WILLIAMSON, R.C., et al. - Adenocarcinoma and Linfoma of the small intestine. Distribution and etiologic Associations. Ann. Surg. Febr. 197 (2): 172-8, 1983.
- (18) - BRUNETON, J.N. et al. Adenocarcinoma of the small intestine current state of diagnosis and treatment. A. study of 27 cases and Review of the Literature. J. Rediol. Feb., 64 (2): 117-23, 1983.
- (19) - COUTSOFTIDES, T. et al. Primary malignant tumors of the small intestine. Dis. colon rectun, 22(1): 24-6 Jan.Feb. 1979.
- (20) - JOESTING, O.R. et al - Improving survival in adenocarcinoma of the duodenum. Am. J. Surg., 141 (2): 228-31, Feb, 1981.
- (21) - NIV, Y. et al - Adenocarcinoma of pancreas and duodenum associated with cutaneous neurofibromatosis (letter). Am. J. Med., 82 (2): 384-5, Feb., 1987.
- (22) - SWIFT, A.C. et al - Dual primary adenocarcinoma of the duodenum and jejunum in a patient with previous colonic cancers. Postgraduate Medical Journal, 56 (662): 871-4, Dec., 1980.
- (23) - NAKASE, A.; MATSUMOTO, Y.; UCHIDA, K. et al -Surgical treatment

of cancer of the Pancreas and Periapillary Region. Ann Surg., 185: 52, 1977.

- (24) - SAKKAR, S. and WARE, C.C.: Carcinoma of the duodenum comparison of surgery, Radiotherapy and Chemotherapy. Br. J. Surg., 60: 867, 1973.
- (25) - SPIRA, I.A.; GHABI, A. and WOLFF, W.I. Primary adenocarcinoma of the duodenum. Carcer, 39: 1721, 1977.
- (26) - MITTAL, V.K. et al. Primary Malignant tumors of the small bowel. Am. J. Surg., 140 (3): 396-9, Sep., 1980.

TCC  
UFSC  
CC  
0102

N.Cham. TCC UFSC CC 0102  
Autor: Heinisch, Antônio.  
Título: Adenocarcinoma primário de duode



972800328 AC 252934

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM