

# Adenocarcinoma de duodeno — relato de um caso

PAULO SCHVARTZMAN\*  
CRISTINA FLORES\*\*  
STEPHEN DORAL STEFANI\*\*\*  
TATIANA SECCHI DA SILVA\*\*\*  
HERMES BERGER\*\*\*\*

## SINOPSE

Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma de duodeno, uma doença rara, de curso agressivo e, conseqüentemente, com mortalidade elevada. Trata-se de uma afecção pouco freqüente e de apresentação clínica inespecífica. O estudo baritado do trato gastrointestinal superior é de grande valor na investigação. O tratamento é basicamente cirúrgico, apesar de, na maioria das vezes, o tumor não ser mais ressecável quando o diagnóstico é feito. Os autores revisam aspectos sobre incidência, mecanismos de proteção natural, histopatologia, distribuição anatômica, manifestações clínicas, radiológicas e endoscópicas e o tratamento desta doença.

UNITERMOS: Neoplasia de intestino delgado, Tumor de duodeno.

## ABSTRACT

*A case of adenocarcinoma of the duodenum is described. This is a uncommon disease, with an aggressive course and therefore with a high mortality rate. It is a unusual affection and it has inespecific clinical aspects. The upper gastrointestinal barium study is of great value in the investigation. The treatment is basicy surgical, although, most of the times, the tumor is not resectable when the diagnosis is made. The authors review the incidence, natural protective mechanisms, histopatology and anatomic distribution, as well as the clinical features, image diagnostic procedures, endoscopic appearance and treatment of this disease.*

KEY WORDS: Small bowel neoplasm, Duodenum tumor.

## INTRODUÇÃO

Neoplasias malignas primárias de duodeno são extremamente raras. A mais comum é o carcinoma, que foi descrito pela primeira vez em 1746 (1). Kleinerman, em 1950, encontrou uma prevalência de 0,35% em quase 500.000 necropsias (2).

\* Médico residente do 2º ano do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

\*\* Médica residente do 1º ano do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

\*\*\* Formandos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

\*\*\*\* Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Trabalho realizado no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência:  
Rua Castro Alves, 1190/702  
CEP 90430-130 Porto Alegre — RS  
Fone: (051) 331-3712

A ausência de sintomas precisos e a raridade desta patologia são freqüentemente as razões para o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, mau prognóstico (3,4,5,6). É preciso, então, um índice de suspeita para realizar a investigação diagnóstica adequada para identificação desta patologia. Este fato e a escassez de casos relatados na literatura médica, especialmente em nosso meio, estimularam a apresentação de um caso de adenocarcinoma de duodeno e revisão da literatura.

## RELATO DE CASO

B.B., 75 anos, feminina, branca. Iniciou há 2 anos com desconforto abdominal e náuseas, perdendo 25 kg de 70 kg. Realizou REED em duas ocasiões (1 ano e 3 meses e 8 meses antes), ambos com resultado normal e um enema opaco (4 meses antes), que evidenciou apenas doença diverticular em sigmóide. Cerca de 40 dias antes da baixa o quadro piorou, com o surgimento de vômitos alimentares e febre. A paciente passou a evacuar 1 vez por semana. Foi realizada radiografia de abdômen, que mostrou pouca quantidade de gás no intestino delgado, níveis hidroaéreos em cólon ascendente e descendente e restos de contraste na hemipelve esquerda. Realizou também ecografia abdominal total, que evidenciou uma massa sólida hipossônica de aproximadamente 68 mm de diâmetro, na região paravertebral direita, aparentemente de natureza ganglionar.

Foi encaminhada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apresentando-se prostrada, emagrecida, desorientada no tempo e espaço. Ao exame apresentava abdômen plano, com abaulamento no quadrante inferior esquerdo, peristaltismo visível, raros ruídos hidroaéreos, indolor à palpação. O restante do exame físico foi normal. O hemograma inicial mostrou hematócrito de 38%, hemoglobina de 11,7 g/dl, 9.000 leucócitos com 5% de bastonados. Foi realizada ecografia abdominal total, que mostrou estrutura alongada que se estendia da fossa ilíaca esquerda até o hipocôndrio esquerdo, com conteúdo denso e peritaltismo, possivelmente alça intestinal. Nova radiografia de abdômen (figura 1) mostrou importante distensão gástrica com níveis aéreos dependentes dos decúbitos laterais.

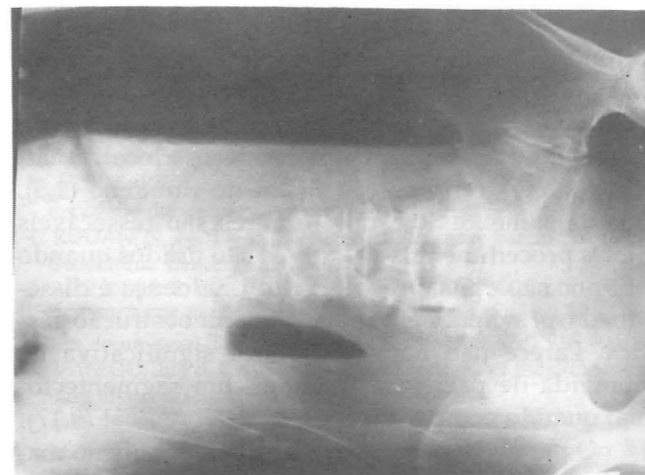


Figura 1. Radiografia de abdome agudo simples mostrando importante distensão gástrica, sem distensão de intestino delgado ou cólons.

No 5º dia de internação, a paciente foi submetida a cirurgia, que mostrou estômago dilatado ocupando parte do hemi-abdômen esquerdo e tumoração, de aproximadamente 5 cm de diâmetro na 3ª porção do duodeno, aderida ao pólo superior do rim direito. Foram retirados 2 fragmentos de tecido pardo claro e pouco firme (1 cm e 0,2 cm de diâmetros). O exame anátomo-patológico de congelação revelou adenocarcinoma com intensa desmoplasia (figura 2). Foi realizada uma gastro-êntero-anastomose e êntero-êntero-anastomose (em ômega), em vista da impossibilidade de ressecção do tumor.

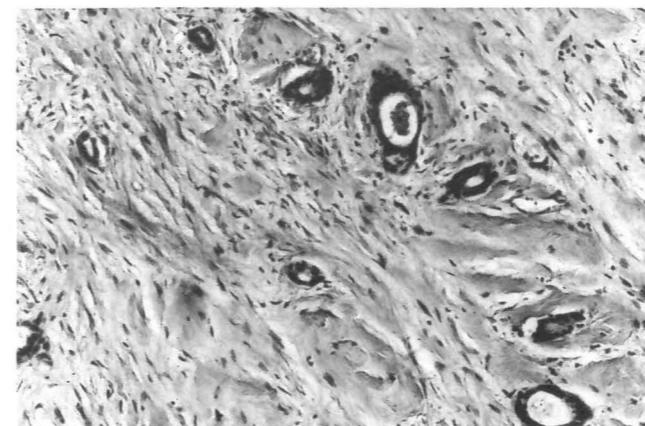


Figura 2. Anatomia patológica: duodeno. Adenocarcinoma com intensa desmoplasia.

A paciente passou a receber alimentação por via oral no 5º dia de pós-operatório e recebeu alta no 10º dia após a cirurgia, assintomática.

## DISCUSSÃO

Os tumores de intestino delgado (ID) são raros, sendo o adenocarcinoma o mais comum (1,2,4,5,7,8):

sua incidência corresponde a 0,05% das neoplasias malignas, sendo que os tumores primários de duodeno representam aproximadamente 0,3% dos tumores gastrointestinais (5,7,9) e cerca de 50% dos tumores de ID (7,9). Sarma e Weilbaecher (10) identificaram adenocarcinoma de duodeno em 3 de 6.200 necropsias consecutivas.

O adenocarcinoma de duodeno é mais freqüente entre a quinta e sexta décadas de vida (7), sendo que alguns autores descrevem maior incidência também na sétima década (1,9). A predominância por sexo é discutida: alguns trabalhos sugerem uma freqüência similar (7,11), outros observam predomínio no sexo masculino (1,4) ou ainda predomínio no sexo feminino (9). A American Cancer Society havia estimado, para 1992, um total de 3.400 novos casos de neoplasia de intestino delgado, sendo 1.900 em homens e 1.500 em mulheres (12).

Existem algumas teorias para explicar a baixa freqüência dessa neoplasia, principalmente quando comparado ao intestino grosso (3,5,7,11,13). Entre os possíveis mecanismos protetores, podemos citar os propostos por Lowenfields (13):

1º. O rápido fluxo e a maior quantidade de secreções no ID proporcionaram uma menor exposição aos carcinógenos, levando, portanto, a uma menor interação com o epitélio intestinal.

2º. A população bacteriana, quantitativamente muito maior nos cólons do que no ID, pode converter ácidos biliares e outros produtos em carcinógenos.

3º. Talvez a atividade enzimática seja importante, havendo no ID a presença de enzimas como a benzopireno-hidroxilase, que metaboliza os possíveis carcinógenos.

4º. Há o importante papel do tecido linfóide das paredes do ID, que é uma fonte muito importante de IgA, tornando este órgão teoricamente mais protegido do ponto de vista imunológico.

Ainda não se conhecem fatores etiológicos para esta neoplasia. Offerhaus et al (14) mostraram, em um estudo retrospectivo, o maior risco de câncer duodenal em pacientes com polipose adenomatosa familiar.

Histologicamente, o adenocarcinoma é, de longe, o tipo mais comum de neoplasia de duodeno. Outros tipos incluem leiomiossarcoma, tumores carcinóides malignos, linfossarcoma e sarcoma de células reticulares (1). Quanto à histopatologia, o adenocarcinoma mais freqüente é o de células cilíndricas, sendo a maioria bem diferenciado, com estruturas acinares (2).

Em relação à distribuição anatômica, 35% das neoplasias de duodeno estão na primeira porção, 45% na segunda porção e 10% na terceira e quarta porções. Os tumores podem ser classificados em supra-ampolares (entre piloro e ampola de Vater), periampolares e infra-ampolares (entre ampola e ângulo de Treitz) (3,5). A freqüência de distribuição varia na literatura.

Alguns autores sugerem predominância de tumores periampolares, enquanto outros sugerem infra-ampolares (9), ou ainda supra-ampolares (3).

As manifestações clínicas mais específicas da doença costumam estar divididas em quatro grupos principais:

a) as lesões obstrutivas, que produzem dor abdominal pós-prandial, saciedade precoce e vômitos; b) tumores ulcerados com conseqüente melena (mais raramente hematêmese) ou anemia secundária; c) tumores que penetram os tecidos vizinhos, causando dor semelhante à úlcera péptica, mas que não aliviam com ingestão de alimentos ou antiácidos; d) os tumores periampolares, gerando icterícia (1). No relato de Willianson e colaboradores, em 1983, os sintomas mais comumente encontrados entre os pacientes com carcinoma de duodeno foram obstrução e hemorragia (11). Sintomas gerais como astenia, anorexia e perda de peso são inespecíficos e lentamente progressivos (1,9). Por esse motivo, os pacientes procuram tratamento tardiamente e muito freqüentemente o tumor não é mais ressecável cirurgicamente (1,4).

As metástases são tardias, ocorrendo principalmente para gânglios linfáticos regionais e fígado, raramente à distância. Na série de Guivarc'h (15), 6 de 17 pacientes tinham envolvimento nodal. Muitos pacientes morrem devido ao crescimento local do tumor, que gera anorexia e conseqüente estado consuntivo (3,5,7,9).

O diagnóstico de carcinoma de duodeno permanece difícil, porque, além de ser um tumor raro, os sintomas são compatíveis com outras doenças, muitas de etiologia benigna (6,8). Geralmente os pacientes são submetidos à múltipla investigação até chegar-se ao diagnóstico (8).

O estudo baritado do trato gastrointestinal superior é de grande valor diagnóstico, podendo demonstrar constrictões, obstruções, ulcerações, dilatação gástrica ou de duodeno proximal e rigidez de um setor duodenal (7). Este exame apresentou um valor preditivo positivo de 68% na série de Alwmark e cols. (3).

A duodenoscopia tem importante papel diagnóstico atualmente, definindo o tamanho da lesão e permitindo a obtenção de material para biópsia. A duodenografia hipotônica, que foi de grande valor no passado, atualmente só tem utilidade nos tumores de porção distal do duodeno, em que o acesso do endoscópio flexível é relativamente difícil (1,3,6,7). A tomografia computadorizada pode ser um método complementar para determinar o envolvimento de tecidos vizinhos e acompanhar os resultados pós-operatórios (6), apesar da baixa especificidade para determinar malignidade ou benignidade (16).

O tratamento dos tumores de duodeno é basicamente cirúrgico, sendo que os principais procedi-

mentos são ressecção segmentar, duodenopancreatectomia e a derivação digestiva paliativa. A duodenopancreatectomia tem sido escolhida por muitos como o procedimento de escolha. Já a ressecção segmentar é de muito valor nas lesões localizadas, principalmente na porção distal do duodeno (1,5), todavia somente 30% dos tumores são ressecáveis (8). Os procedimentos paliativos são usados quando o tumor não é mais ressecável ou a doença é disseminada, principalmente para prevenir obstrução gástrica. Parece não haver diferença significativa na sobrevida de pacientes tratados com segmentectomia, quando comparados à ressecção radical (9,17).

O papel da radioterapia e quimioterapia no manejo do adenocarcinoma de duodeno não está bem estabelecido. Há um estudo que relatou aumento da sobrevida esperada para poucos pacientes tratados com radioterapia e quimioterapia, após ressecção paliativa (18). O protocolo FAM (5-FU, doxorrubicina e metomicina) parece ser uma opção razoável como primeira escolha (19,20).

A sobrevida em 5 anos descrita para pacientes com adenocarcinoma de duodeno é de 17 a 25% (6,9,17). Sindemar descreve sobrevida similar para pacientes tratados com ressecção segmentar e duodenopancreatectomia, 20% e 25% respectivamente, sendo a mortalidade do primeiro procedimento 5-8% e a do segundo 17-28% (17). Os pacientes submetidos à cirurgia paliativa têm sobrevida usualmente menor do que 6 meses e os pacientes sem tratamento menor do que 4 meses (17). Algumas poucas séries que separam adenocarcinoma da primeira ou segunda porção do duodeno de adenocarcinoma de terceira e quarta porção sugerem algumas diferenças de sobrevida (1,8,21). Na série de Lillemoie e Imbembo (1), 7 de 8 pacientes e, na série de Joesting et al (21), 2 de 3 pacientes estavam vivos 5 anos após ressecção de tumores mais distais. Talvez isto ocorra pela diferente origem embrionária destas duas regiões anatômicas, conferindo a este tumor um comportamento biológico também diferente (22).

O caso por nós descrito apresenta alguns aspectos interessantes. A paciente evoluiu com sintomas por 2 anos, sem diagnóstico, apesar dos exames realizados: o estudo radiológico inicial do estômago e duodeno foi normal, havia abaulamento em quadrante inferior esquerdo do abdômen, com ecografia sugerindo que fosse alça intestinal e somente a laparotomia estabeleceu o diagnóstico de certeza. A localização do tumor de duodeno na sua terceira porção é a menos freqüente (10% dos casos).

Atualmente, a paciente, após 3 meses da cirurgia, encontra-se alimentando-se por via oral, com ganho de peso de 5 kg e mantendo boa qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LILLEMÖE K, IMBEMBO AL. Malignant neoplasm of the duodenum. *Surg Gynecol Obstet*, 1980; 150: 822-6.
- KLEINERMAN J, YARDUMAN K, TEMAKI HT. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Intern Med*, 1950; 32: 451-7.
- ALWMARK A, ANDERSON A, DASSON A. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Surg*, 1980; 191: 13-8.
- RUDAN N, NOTA P, POPOVIC S. Primary carcinoma of the duodenum. *Cancer*, 1984; 54: 1105-9.
- MOLINA MP, GALÁN B, HERNÁNDEZ A, SAN MARTÍN G, RODRIGUEZ R. Adenocarcinoma duodenal primario: a proposito de un caso. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 1989; 76: 75-9.
- VAN OOJEN B, KALSBECK HL. Carcinoma of the duodenum. *Surg Gynecol Obstet*, 1988; 166: 343-7.
- SABASTIAN J, VELO J, BAÑARES R, MARTINEZ C, LOPES M, GARCIA F. Adenocarcinoma duodenal primario. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 1988; 74: 265-9.
- LOWELL JA, ROSSI RL, MUNSON JL, BRAASCH J. Primary adenocarcinoma of third and fourth portions of duodenum. *Arch Surg*, 1992; 127: 557-60.
- SPIRA IA, GHAZI A, WOLFF W. Primary adenocarcinoma of the duodenum. *Cancer*, 1977; 99: 1721-6.
- SARMA DP, WEILBAECKER TG. Adenocarcinoma of the duodenum. *Surg Oncol*, 1987; 34: 262-3.
- WILLIAMSON RC, WELCH CE, MALT RA. Adenocarcinoma and lymphoma of the small intestine. *Ann Surg*, 1983; 197: 172-8.
- AMERICAN Cancer Society. *Cancer facts & figures — 1992*. Publication American Cancer Society Inc. 28 p., 1992.

- LOWENFIELDS AB. Why are small bowel tumors so rare? *Lancet*, 1973; 1: 24-25.
- OFFERHAUS GJ, GIARDIELLO FM, KRUSH AJ, BOOKER SV, TERSMETTE AC, KELLEY NC, et al. The risk of upper gastrointestinal cancer in familial adenomatous polyposis. *Gastroenterology* 1992; 102: 1980-2.
- GUIVARC'H M, KABBEJ M, ROULLET-AUDY JC, MOSNIER H, BOCHE O. Adénocarcinome du duodénum — Dix-sept observations. *La presse Médicale*, 1990; 19: 1351-4.
- KAZEROONI EA, QUINT LE, FRANCIS IR. Duodenal neoplasm: predictive value of CT for determining malignancy and tumor resectability. *ARJ* 1992; 159: 303-9.
- SINDELAR WF. Cancer of the small intestine. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: principles and practice of oncology*. Ed JB Lippincott, 1989; 875-94.
- SAKKER S, WARE CC. Carcinoma of the duodenum: comparison of surgery, radiotherapy and chemotherapy. *Br J Surg* 1973; 60: 867-71.
- MARSH JC. Carcinoma de intestino delgado. In: Skell RT. *Manual de quimioterapia*, ed. Trad. Fleck J. Rio de Janeiro. Editora MEDSI, 1993: 185-99.
- COIT DG. Cancer of the small intestine. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, ed. *Cancer: Principles & Practices of Oncology*. Philadelphia. JB Lippincott Co, 1993: 915-28.
- JOESTING DR, BEART Jr RW, VAN HEERDEN JA, WEILAND LH. Improving survival of adenocarcinoma of the duodenum. *Am J Surg* 1981; 141: 228-31.
- CORTESE AF, CORNELL. Carcinoma of duodenum. *Cancer* 1972; 29: 1010-5.