

Adenocarcinoma do duodeno: problemas de diagnóstico diferencial

Duodenal adenocarcinoma: differential diagnosis issues

Emília Leite*, Luís Silvestre**, J. C. Mendes de Almeida***, Maria José Metrass[§] Rui Victorino^{§§}

Resumo

O adenocarcinoma do duodeno é um tumor raro que faz parte dos tumores peri-ampulares. Apresenta-se o caso clínico de uma doente com adenocarcinoma do duodeno, enfatizando-se as dificuldades de diagnóstico diferencial em relação aos restantes tumores peri-ampulares e salientado-se as implicações prognósticas deste diagnóstico.

Palavras chave: Adenocarcinoma do duodeno, tumor peri-ampular, tumor do intestino delgado.

Abstract

Adenocarcinoma of the duodenum is a rare tumour, which belongs to the group of periampullary tumours. We report a case of a patient with the diagnosis of adenocarcinoma of the duodenum and emphasize differential diagnosis difficulties relative to other periampullary tumours, as well as the prognostic importance of this diagnosis.

Key words: Duodenal adenocarcinoma, periampullary neoplasm, small bowel neoplasm.

Introdução

O adenocarcinoma do duodeno é um tumor raro que corresponde a menos de 0,5% das neoplasias malignas gastrintestinais.¹ Foi encontrado em 0,035% numa série de 500 000 necrópsias² e surge apenas em um de em cada milhão de doentes cirúrgicos.³ É classificado no grupo dos tumores peri-ampulares, juntamente com os carcinomas da cabeça do pâncreas, via biliar distal e ampola de Vater. Reconhece-se que o diagnóstico diferencial destes tumores segundo o epitélio de origem é muito subjectivo e dependente da perícia e experiência do patologista.⁴ Embora a estratégia terapêutica de intenção curativa seja comum aos vários tumores (cirurgia de ressecção radical), o prognóstico é substancialmente diferente, apresentando taxas de sobrevida aos 5 anos na ordem dos 15%, 27%, 39% e 59%, respectivamente para os carcinomas da cabeça do pâncreas, via biliar distal,

ampola de Vater e duodeno.⁵

A raridade e a dificuldade de diagnóstico diferencial anatomopatológico motivam a apresentação do caso e a discussão do diagnóstico diferencial com base em parâmetros clínicos e patológicos.

Caso clínico

Trata-se de uma doente de 60 anos, caucasiana, que a 20/06/2005 inicia um quadro de astenia de agravamento progressivo e mal-estar geral. A partir de 02/07/2005 refere fezes mais escuras, de consistência mole, mas brilho e cheiro habituais, sugestivas de melenas. A 04/07/2005, por agravamento progressivo do quadro e uma perda ponderal de 11 kg (78 → 67 kg) nas últimas semanas, foi internada. Nega hematemese ou outra sintomatologia digestiva, assim como ingestão de anti-inflamatórios não esteróides. Como antecedentes pessoais, há a referir uma úlcera duodenal diagnosticada e tratada 6 anos antes, assim como *Diabetes mellitus* tipo II e hipertensão arterial conhecidas há 2 semanas. Do exame objectivo, destaca-se palidez da pele e das mucosas, frequência cardíaca de 106 bpm e a presença de uma massa no hipocôndrio direito, dolorosa à palpação, com cerca de 5 cm de diâmetro, de consistência elástica, limites imprecisos e sem contacto lombar.

As análises laboratoriais revelaram anemia normocrómica e normocítica (Hb: 8,2 g/dL; VGM: 84,5 fL; CMHG: 31,6 g/dL), ferropenia acentuada (ferro

*Assistente Hospitalar de Medicina Interna

**Aluno do 6º ano de Medicina

***Chefe de Serviço de Cirurgia e Professor Agregado de Cirurgia Geral

§Chefe de Serviço de Medicina Interna

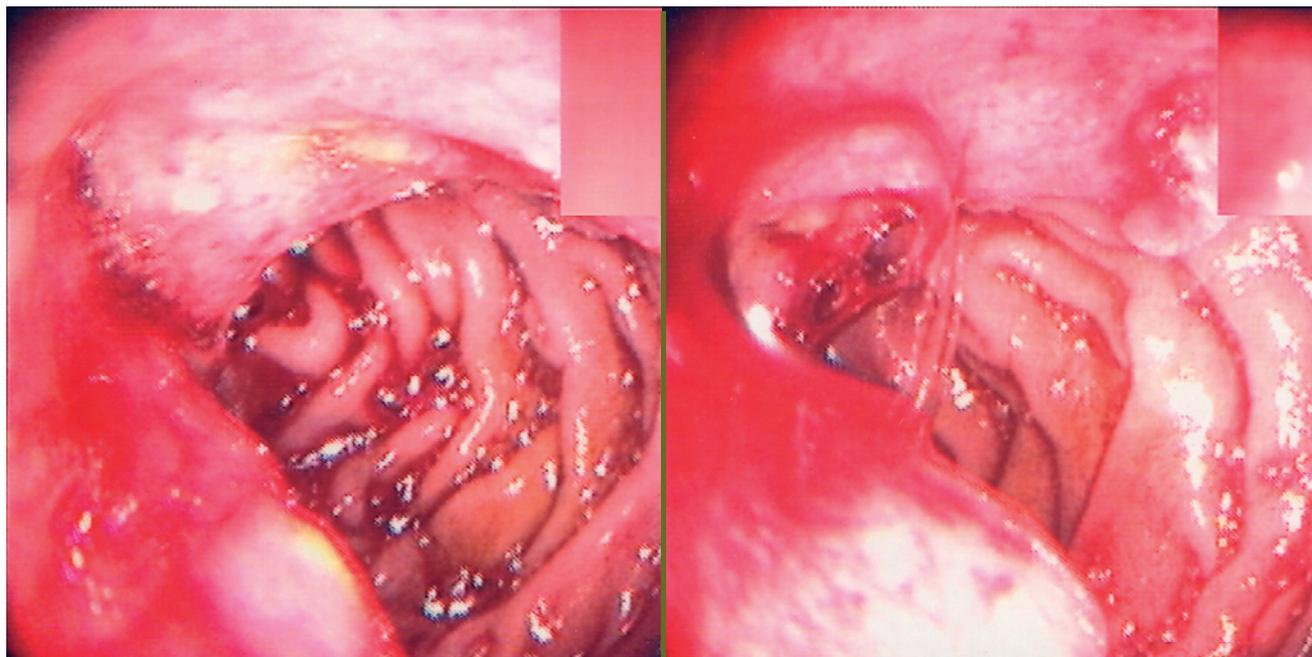
§§Director do Serviço de Medicina e Professor Catedrático de Medicina Interna

Serviço de Medicina II, Serviço de Cirurgia I

Hospital de Santa Maria / Faculdade de Medicina de Lisboa

Recebido para publicação a 09.06.06

Aceite para publicação a 22.08.06



Endoscopia digestiva alta.

FIG. 1

sérico: 10 mg/dL; ferritina: 4,2 ng/dL), e aumento da velocidade de sedimentação (57 mm). Os outros parâmetros encontravam-se dentro dos valores de referência, nomeadamente transaminases, bilirrubina, fosfatase alcalina e γ -glutamiltanspeptidase séricas.

A endoscopia digestiva alta (Fig. 1) evidenciou uma lesão ulcero-vegetante, proliferativa na transição do bulbo duodenal para a segunda porção do duodeno, não se visualizando a ampola de Vater, além de edema e erosões na face anterior do bulbo, o que foi interpretado como um tumor da ampola de Vater com invasão da segunda porção do duodeno. Realizaram-se biopsias que revelaram adenocarcinoma pouco diferenciado.

A ecografia abdominal (Fig. 2) revelou uma massa nodular, com cerca de 5 cm de maior diâmetro, hipocogénica e heterogénica que, pela contiguidade observável com a terceira porção do duodeno, aparentava estar na dependência da parede duodenal. A via biliar principal encontrava-se ligeiramente distendida, com 10 mm no hilo hepático, visualizável até à porção terminal onde apresentava estreitamento abrupto.

A tomografia computadorizada (TC) abdominal (Fig. 3) demonstrou uma massa de características sólidas e heterogénica no arco duodenal, um ligeiro aumento

das dimensões da cabeça do pâncreas com perda de interface com o arco duodenal, presença de pequenas adenopatias na raiz do mesentério e ectasia da via biliar principal.

A 19/07/2005 foi submetida a duodenopancreatectomia cefálica com conservação do piloro e extensa linfadenectomia das cadeias hepática e da raiz do mesentério, que decorreu sem complicações.

A observação da anatomia patológica incidiu sobre a peça de duodenopancreatectomia cefálica e onze gânglios linfáticos resultantes da linfadenectomia regional. A primeira revelou um tumor ulcero-vegetante, com 6x5 cm de eixos maiores, centrado na ampola de Vater, histologicamente correspondente a adenocarcinoma pouco diferenciado. As margens cirúrgicas encontravam-se livres. Dos 14 gânglios linfáticos removidos em bloco com a peça operatória, 11 tinham metástases de tumor do mesmo tipo. Dos 11 gânglios linfáticos resultantes da linfadenectomia regional (colhidos separadamente), três (um da raiz mesentérica, um da artéria mesentérica superior e um do mesentério) evidenciaram presença de metástases de tumor do tipo acima referido, enquanto os outros oito (um da artéria cística, dois retrocoloidóticos, um da artéria hepática e quatro do tronco celíaco) não



Ecografia abdominal.

FIG. 2

apresentaram infiltração patológica.

O conjunto dos dados disponíveis levou ao estabelecimento do diagnóstico final de adenocarcinoma primário do duodeno.

Discussão

No presente caso, o diagnóstico anatomopatológico estabelecido foi de “adenocarcinoma centrado na ampola de Vater”, o que era compatível quer com um adenocarcinoma da ampola de Vater, quer com um adenocarcinoma primário do duodeno, cuja maioria tem origem na região peri-ampular.¹ Clinicamente, apresentam aspectos em comum, manifestos no presente caso, como perda ponderal, dor abdominal, hemorragia digestiva e anemia ferropénica em percentagens semelhantes, em diversas séries internacionais.^{1,6-8} Já o componente obstrutivo biliar surge em cerca de 81%⁶ dos doentes com ampuloma, em contraste com apenas 18%^{1,8} a 30%⁷ dos casos de adenocarcinoma do duodeno. Neste sentido, a ausência de colestase da presente doente enquadrava-se, com mais probabilidade, no diagnóstico de adenocarcinoma do duodeno.

As dimensões do tumor, também costumam ser diferentes. De acordo com grandes séries de duodenopancreatectomias publicadas recentemente, os adenocarcinomas do duodeno revelam um diâmetro médio significativamente maior que os ampulomas, nomeadamente 4,8±2,8 cm *versus* 2,3±1,4 cm na série de Yeo⁹ e 3,7±1,7 cm *versus* 2,5±1,2 cm na série de Schmidt.¹⁰

A metastização ganglionar também é algo diferente nestes dois tipos de tumor. Os ampulomas tendem a



TC abdominal.

FIG. 3

disseminar para poucos gânglios linfáticos, envolvendo apenas um ou dois subgrupos ganglionares. Pelo contrário, os adenocarcinomas do duodeno envolvem vários gânglios, dispersos por mais que um subgrupo, especialmente em redor da cabeça do pâncreas.¹¹ No presente caso, houve evidência de envolvimento metastático de 11 dos 14 gânglios isolados da peça operatória e 3 gânglios da mesentérica superior, colhidos separadamente.

O conjunto dos aspectos referidos, nomeadamente manifestações clínicas, dimensão do tumor e o padrão de metastização ganglionar, permite estabelecer o diagnóstico de adenocarcinoma primário do duodeno.

No que concerne ao prognóstico, é actualmente aceite que margens de ressecção negativas, realização de duodenopancreatectomia bem como localização do tumor na primeira ou segunda porções do duodeno constituem factores favoráveis a uma maior sobrevivência aos 5 anos.¹ Pelo contrário, a metastização ganglionar, as dimensões do tumor, o grau de diferenciação histológica ou a radio-quimioterapia adjuvantes têm revelado resultados contraditórios em diversas séries,^{1,7,8,12} eventualmente devido à insuficiente dimensão das amostras,¹ não permitindo demonstrar que influenciem significativamente a sobrevivência.

Em conclusão, a apresentação deste caso pretende alertar os clínicos para a importância e dificuldade de um diagnóstico diferencial preciso entre os tumores peri-ampulares, particularmente entre adenocarcino-

ma do duodeno e adenocarcinoma da ampola de Vater, que exige uma valorização conjunta de dados clínicos, dados anatomopatológicos (dimensões do tumor) e padrão de disseminação ganglionar. A relevância deste diagnóstico diferencial deriva das diferenças de prognóstico. ■

Bibliografia

1. Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Pitt HA, Kaufman HS, Hruban RH, Yeo CJ. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing long-term survival. *J Gastrointest Surg* 1998 ; 2(1): 79-87.
2. Kleinerman J, Yardumian K, Tamaki HT. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Int Med* 1950; 32: 451-465.
3. Cooper MJ, Williamson RCN. Enteric adenoma and adenocarcinoma. *World J Surg* 1985; 9:914-920.
4. Monson JRT, Donohue JH, McEntee GP, et al. **Radical resection for carcinoma of ampulla of Vater.** *Arch Surg* 1991; 126: 353-357.
5. Yeo CJ, Sohn TA, Cameron JL et al. **Periampullary adenocarcinoma: analysis of 5-year survivors.** *Ann Surg* 1998; 227 (6): 821-831.
6. Hayes DH, Bolton JS, Willis GW, Bowen JC. Carcinoma of Ampulla of Vater. *Ann Surg* 1987; 206(5): 572-577.
7. Rose DM, Hochwald SN, Klimstra DS, Curley SA. Primary duodenal adenocarcinoma: a ten-year experience with 79 patients. *J Am Coll Surg* 1996; 183:89-96.
8. Rotman N, Pezet D, Fagniez PL, Cherqui D, Lointier P. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing survival. *Br J Surg* 1994; 81: 83-85.
9. Yeo CJ, Cameron JL, Sohn TA et al. **Six hundred fifty consecutive pancreatoduodenectomies in the 1990s: pathology, complications, outcomes.** *Ann Surg* 1997; 226: 248-257.
10. Schmidt CM, Powell ES, Yiannoutsos CT et al. Pancreatoduodenectomy: a 20-year experience in 516 patients. *Arch Surg* 2004; 139: 718-727.
11. Cubilla AL, Fortner J, Fitzgerald PJ. Lymph node involvement in carcinoma of the head of pancreas area. *Cancer* 1978; 41: 880-887.
12. Ryder NM, Ko CY, Hines OJ et al. Primary duodenal adenocarcinoma: A 40-year experience. *Arch Surg* 2000; 135: 1070-1075.