

Adenocarcinoma de bulbo duodenal tratado endoscopicamente

Endoscopically treated duodenal bulb adenocarcinoma

Ana Beatriz Campelo Campos, Jose Francisco de Mattos Farah
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

O câncer de intestino delgado é uma neoplasia rara, com apresentação insidiosa. O tratamento por cirurgia aberta convencional tem grande morbidade. Este relato de caso refere-se a uma paciente jovem com diagnóstico de adenocarcinoma de bulbo duodenal tratado com ressecção endoscópica curativa, apesar dos riscos de complicações associadas a essa terapêutica, mesmo em mãos experientes. O procedimento associa-se a melhor qualidade de vida e menor morbidade. Há estudos recentes que não evidenciam recidiva de doença durante seguimento ambulatorial após ressecção completa com margens.

Descritores: Neoplasias duodenais; ressecção endoscópica; recidiva.

ABSTRACT

Small bowel cancer is a rare neoplasm with an insidious presentation. Treatment by conventional open surgery has high morbidity. This case report refers to a young patient diagnosed with adenocarcinoma of the duodenal bulb treated with curative endoscopic resection, despite the risks of complications associated with this therapy, even in experienced hands. The procedure is associated with better quality of life and lower morbidity. There are recent studies that do not show disease recurrence during outpatient follow-up after complete resection with margins.

Keywords: Duodenal neoplasms; endoscopic resection; recurrence.

Correspondência:

Ana Beatriz Campelo Campos
E-mail: anabiac@yahoo.com.br
Data de submissão: 09/01/2020
Data de aceite: 19/10/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 8º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer do intestino delgado é neoplasia rara, responsável por menos de 5% das doenças malignas do trato gastrointestinal (TGI). O adenocarcinoma de duodeno é uma das mais raras formas de apresentação, e é encontrado em menos de 0,5% das neoplasias malignas, destas, somente 18-23% localizam-se no bulbo duodenal¹⁻³.

A ressecção endoscópica (RE) é amplamente reconhecida no tratamento do câncer gástrico precoce, com expansão de suas indicações para o câncer de esôfago e colorretal. Apesar da dificuldade técnica para lesões localizadas no duodeno, tendo em vista a espessura da parede duodenal e o risco de perfurações e sangramentos, atualmente a ressecção de mucosa e submucosa por endoscopia digestiva alta (EDA) de tumores duodenais configura-se como boa alternativa terapêutica, porém os relatos são raros.⁴

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com idade de 34 anos, deu entrada no pronto-socorro do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE – FMO de São Paulo em dezembro de 2018 com quadro de hematêmese, sendo submetida a EDA que evidenciou extensa lesão polipóide com base de implantação em parede antero-superior do duodeno, semi-pediculada, larga, com a parte cefálica medindo 3,3x3,0x3,0 cm³ de tamanho, friável ao toque instrumental e com oclusão de quase toda luz da flexura bulboduodenal. Realizou-se profilaxia hemostática com adrenalina e soro fisiológico 0,9% (1:20.000 e 15ml) na base. Em seguida, clipagem da base pediculada e polipectomia com alça diatérmica, sem intercorrências.

O exame anatomopatológico da peça revelou tratar-se de adenocarcinoma bem diferenciado, intramucoso, com pedículo contendo áreas de displasia epitelial moderada

e embolização vascular não detectada. Foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax e abdome que não revelaram alterações de relevância oncológica.

Em fevereiro de 2019, a paciente foi submetida a nova endoscopia digestiva alta de controle que evidenciou retração cicatricial em parede anterior do bulbo e cujo exame anatomopatológico revelou fragmentos de duodeno com leve infiltrado inflamatório linfoplasmocitário no córion. Devido à história familiar positiva de neoplasia do trato gastrointestinal (TGI) e aparecimento precoce da doença, complementou-se a investigação com colonoscopia, mamografia e ultrassonografia de abdome e pelve que não demonstraram alterações de significado oncológico. Realizada EDA de controle em setembro que manteve a mesma característica. Após um ano de seguimento não havia sinais de recidiva ou metástase.

DISCUSSÃO

A ressecção endoscópica da submucosa (RES) é amplamente realizada em centros especializados do Japão para lesões superficiais do esôfago, estômago e cólon. Apesar de possibilitar uma proporção maior de ressecções em bloco e avaliações histológicas mais precisas, o procedimento está associado a maior risco de perfuração. Em contrapartida, a ressecção endoscópica da mucosa (REM), constitui-se um procedimento mais seguro e apesar de resultar em menor proporção de ressecções em bloco, atualmente é reconhecida como o procedimento padrão para o tratamento endoscópico de tumores duodenais não-ampulares⁴⁻⁶.

Estudo publicado em 2015 por Nonaka et. al.⁷, no qual acompanharam, por mais de um ano 76 de 113 pacientes submetidos a RE de tumores duodenais. Resultou em uma taxa de sobrevida específica pela doença de 100%. Além disso, não houve recidivas, durante o seguimento, que variou de 12 a 163 meses.

Em contrapartida, 2 pacientes submetidos a ressecção endoscópica da submucosa necessitaram de cirurgia devido a perfuração durante o procedimento. Os resultados sugeriram que a ressecção endoscópica duodenal é um procedimento terapêutico difícil, porém viável, apresentando um excelente prognóstico.

CONCLUSÃO

O tratamento radical por endoscopia é uma alternativa a ressecções cirúrgicas radicais e deve ser realizado por endoscopistas altamente qualificados devido à sua dificuldade técnica e maior incidência de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin.* 2017; 67(1):7–30.
2. Kim MJ, Choi SB, Han HJ, Park PJ, Kim WB, Song TJ, et al. Clinicopathological analysis and survival outcome of duodenal adenocarcinoma. *Kaohsiung J Med Sci.* 2014;30(5):254-09.
3. Liu Y, Shen Z, Yu C, Li Y. Uncurable duodenal bulb ulcer-may be duodenal bulb cancer. *Turk J Gastroenterol* 2014;25 Suppl 1:297-8.
4. Matsumoto S, Miyatani H, Yoshida Y. Endoscopic submucosal dissection for duodenal tumors: a single-center experience. *Endoscopy.* 2013;45(2): 136-37.
5. Inoue T, Uedo N, Yamashina T, Yamamoto S, Hanaoka N, Takeuchi Y, et al. Delayed perforation: a hazardous complication of endoscopic resection for non-ampullary duodenal neoplasm. *Dig Endosc.* 2014;26(2):220–27.
6. Maruoka D, Arai M, Kishimoto T, Matsumura T, Inoue M, Nakagawa T, et al. Clinical outcomes of endoscopic resection for nonampullary duodenal high-grade dysplasia and intramucosal carcinoma. *Endoscopy.* 2013;45(2):138–41.
7. Nonaka S, Oda I, Tada K, Mori G, Sato Y, Abe S, et al. Clinical outcome of endoscopic resection for nonampullary duodenal tumors. *Endoscopy.* 2015;47(2):129–35.