

ADENOCARCINOMA DE DELGADO - É POSSÍVEL O TRATAMENTO POR VIDEOCIRURGIA?

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 05/08/2020

Guilherme Bruno Fontes Vieira

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3566864328417542>

Ana Cláudia Matera Juliani

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5139926838968748>

Gustavo Santos de Araújo

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6160511648891545>

Gleydson Cesar de Oliveira Borges

Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8885857551145433>

RESUMO: As neoplasias do intestino delgado são raras em todas as faixas etárias, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal. Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam um diagnóstico difícil, uma vez que determinam queixas vagas e inespecíficas, sendo a confirmação diagnóstica geralmente obtida no momento da exploração cirúrgica. A videolaparoscopia vem consolidando-se como uma abordagem eficaz e segura para o tratamento cirúrgico de tumores malignos do intestino

delgado. Apresenta-se o caso de um paciente do sexo feminino de 45 anos, com quadro de dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos, distensão abdominal e ausência de evacuações. Pela suspeita de semi-oclusão intestinal foram iniciadas medidas clínicas para obstrução intestinal e realizado tomografia de abdome com contraste com achados de formação nodular em alça jejunal adjacente ao ângulo de Treitz. Submetido a tratamento cirúrgico videoassistido com achados de lesão tumoral há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, sendo realizado enterectomia segmentar e confecção de anastomose primária término-terminal. Resultado histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com estadiamento pT3 pN0. Ao contrário do que expõe a literatura, encontramos um caso de adenocarcinoma de delgado em um paciente jovem e do sexo feminino. Por outro lado, evidenciou-se uma lesão em sua localização mais frequente, com a presença de sintomas obstrutivos, sendo realizado o tratamento de escolha com o uso da videocirurgia. Com este relato de caso observamos ser possível o correto diagnóstico e tratamento de um caso raro de adenocarcinoma de intestino delgado, utilizando-se a videocirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Intestino delgado, adenocarcinoma, obstrução intestinal, videocirurgia.

SMALL BOWEL ADENOCARCINOMA – IS IT POSSIBLE THE TREATMENT WITH VIDEO LAPAROSCOPY? CASE REPORT

ABSTRACT: Small bowel neoplasms are

rare in all age groups, corresponding to only 1% to 2% of all malignant tumors of the gastrointestinal tract. Small bowel adenocarcinomas are difficult to diagnose, as they determine vague and nonspecific symptoms, and the diagnostic confirmation is usually obtained at the time of surgical exploration. Videolaparoscopy has been consolidated as an effective and safe approach for the surgical treatment of malignant tumors of small bowel. We present the case of a 45-year-old female patient with diffuse abdominal pain, associated with nausea, vomiting, abdominal distension and absence of defecation. Due to the suspicion of intestinal semi-occlusion, clinical procedures for intestinal obstruction were initiated and abdominal tomography was performed with contrast with findings of nodular formation in the jejunal loop close to the Treitz angle. Video-assisted surgical treatment was performed with findings of tumor lesion 20 cm from the Treitz angle, then segmental enterectomy and primary end-to-end anastomosis were performed. The histopathology showed moderately differentiated adenocarcinoma, with staging pT3 pN0. Contrary to the literature, we found a case of small bowel adenocarcinoma in a young female patient. On the other hand, the tumor lesion was found in its most frequent location, with obstructive symptoms, and the treatment was performed with video surgery. In this case report, we observed that the correct diagnosis and treatment of a rare case of small bowel adenocarcinoma using video surgery is possible.

KEYWORDS: Small bowel, adenocarcinoma, intestinal obstruction, videolaparoscopy.

1 | INTRODUÇÃO

As neoplasias do intestino delgado são extremamente raras em todas as faixas etárias, correspondendo a apenas 1% a 2% de todos os tumores malignos do trato gastrointestinal, embora o intestino delgado constitua cerca de 80% do comprimento total do trato digestivo^{1,2}.

Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam pico de acometimento na sétima década de vida, com uma ligeira predominância masculina e são mais comuns no intestino delgado proximal, enquanto as demais lesões malignas são mais frequentes no intestino distal^{1,3,4}. Quanto aos fatores de risco, pacientes com doença de Crohn e polipose adenomatosa familiar apresentam mais chance de desenvolver adenocarcinoma do intestino delgado^{1,3,4}. Devido à sua baixa incidência, seu diagnóstico incidental, muitas vezes, é realizado durante a investigação de outras patologias gastrointestinais ou de sintomas inespecíficos³.

O presente trabalho tem por objetivo relatar a abordagem diagnóstica e terapêutica frente a um caso raro de adenocarcinoma de delgado, com a utilização da videocirurgia.

2 | RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, internado em um hospital terciário, com quadro de dor abdominal difusa, associada a náuseas, vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de evacuações há cerca de 15 dias, mas com presença de flatos. Ao exame físico, observou-se estado geral regular, desidratado, afebril e orientado. Abdome flácido, distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação profunda em epigástrio, sem peritonite e sem massas palpáveis. Evoluiu durante acompanhamento com alteração de função renal, sem necessidade dialítica.

Realizou radiografia simples de abdome, com evidência de distensão gástrica, e tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, com achados de afilamento luminal de alça jejunal adjacente ao ângulo de Treitz, onde nota-se formação nodular medindo 4,6 x 3,2 cm, associado a edema do pregueado mucoso no segmento a jusante e sem linfonodomegalias ou metástases associadas (Figura 1).

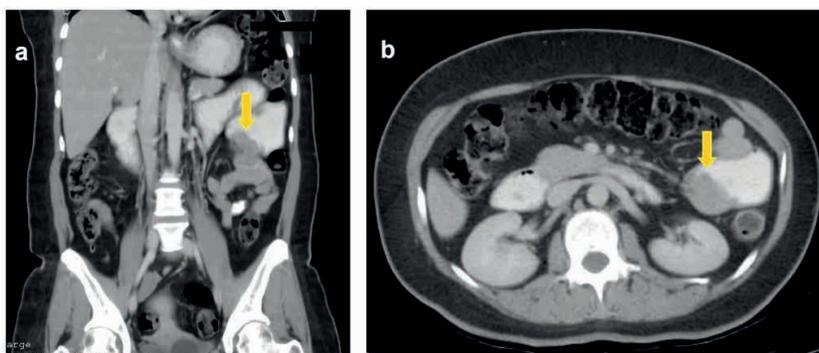


Figura 1. Tomografia computadorizada: cortes coronal (a) e axial (b) com lesão tumoral (seta amarela).

Pela suspeita de semi-occlusão intestinal foram iniciadas medidas clínicas para obstrução intestinal, como a passagem de sonda nasogástrica em aspiração, com drenagem de resíduo bilioso, e dieta zero. Em seguida, foi submetido a laparoscopia com identificação de lesão tumoral obstrutiva há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, com dilatação de alça proximal, sem evidência de carcinomatose peritoneal, ascite ou lesões metastáticas (Figura 2). Realizado exposição videoassistida da lesão para fora da cavidade abdominal, através de incisão de trocarer de 10mm (Figura 3).



Figura 2. Lesão tumoral em videolaparoscopia com alça proximal dilatada.



Figura 3. Disposição de trocateres, com exposição de alça intestinal pela incisão do trocater de 10mm.

Seguiu-se com a enterectomia segmentar com inclusão do mesentério, com margens proximal de cerca de 6 cm e distal de cerca de 8 cm (Figura 4) e com a reconstrução do trânsito intestinal com anastomose primária término-terminal com reparo do mesentério (Figura 5).



Figura 4. Peça cirúrgica em corte longitudinal.

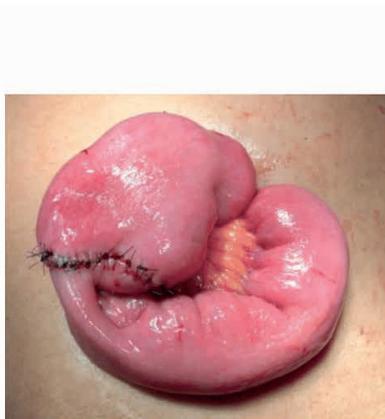


Figura 5. Confeção de anastomose primária término-terminal.

Evoluiu no pós-operatório clinicamente estável, com aceitação progressiva de dieta e com recuperação da função renal, recebendo alta hospitalar e mantendo acompanhamento ambulatorial. Confirmada a suspeita de malignidade, através de resultado histopatológico de peça cirúrgica, compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com extensão tumoral à subserosa, com margens proximal e distal livres de neoplasia, sem acometimento linfonodal, sendo o estadiamento pT3 pN0.

3 | DISCUSSÃO COM A LITERATURA

A incidência geral dos tumores do intestino delgado praticamente duplicou nos últimos anos, com o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico radiológico e endoscópico, sendo essa uma das razões para a mudança na topografia dos diferentes tipos histológicos de tumores: ocorreu aumento das taxas da identificação de tumores carcinoides quando comparados aos demais tipos histológicos ^{2,3}. Estudos mais recentes demonstram que o tumor carcinóide é o tumor maligno mais frequente de intestino delgado, tendo ultrapassado o adenocarcinoma ².

A prevalência dos tumores do intestino delgado é inferior em comparação aos tumores do cólon. Apesar de ainda não ser completamente conhecida, a carcinogênese do adenocarcinoma primário do intestino delgado obedece às etapas da sequência adenoma-carcinoma, inicialmente descrita para os tumores do cólon, onde basicamente ocorrem alterações genéticas e epigenéticas, associadas à ativação de oncogenes e inativação de antioncogenes ².

Os adenocarcinomas do intestino delgado apresentam um diagnóstico difícil, pois determinam queixas vagas e inespecíficas, como dor abdominal indefinida, anorexia e perda de peso ^{1,2,3,4}. A maioria das lesões neoplásicas sintomáticas do intestino delgado são malignas, enquanto a maioria das neoplasias benignas é assintomática, sendo encontradas como um achado incidental ¹. Dentre as suas principais complicações, temos a obstrução intestinal e a hemorragia digestiva, enquanto a perfuração intestinal é incomum ^{1,3}. A presença de fístulas são mais raras e frequentemente relacionadas à presença concomitante da doença de Crohn ³.

A investigação diagnóstica deve ser particularizada, uma vez que não existe um consenso quanto à sequência de exames a serem realizados frente a uma suspeita clínica de um tumor do intestino delgado ². Os exames laboratoriais geralmente são inespecíficos, com resultados sugestivos de sangramento intestinal, levando à deficiência de ferro e anemias carenciais. Alguns marcadores, como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e os níveis séricos do antígeno carboidrato 19-9 (CA 19-9) podem estar elevados em 30-40% dos pacientes com adenocarcinoma do intestino delgado, embora tenham sensibilidade e especificidade limitadas, sendo o seu uso mais importante para o monitoramento da doença ³.

Exames de imagem e endoscópicos podem ser úteis na investigação, mas não são definitivos para confirmação diagnóstica. As radiografias simples podem sugerir a existência de uma obstrução intestinal, mas, geralmente, não são úteis para elaborar o diagnóstico das neoplasias do intestino delgado ¹. A ultrassonografia não mostra eficácia para o diagnóstico pré-operatório das neoplasias do intestino delgado, enquanto a tomografia de abdome é mais sensível e pode fornecer informações úteis concernentes ao estadiamento ^{1,4}. Dessa forma, na tomografia,

pode ser observado uma lesão focal, irregular e estenosante, com espessamento de parede, heterogênea, com realce na fase contrastada e que às vezes pode diminuir a luz e até causar obstrução intestinal ⁴.

A endoscopia pode ser útil no diagnóstico das lesões duodenais, com a realização de biópsias para confirmação do padrão histológico, embora seu limiar de inserção máxima seja a segunda porção duodenal ^{1,2,4}. Já o colonoscópio pode ser direcionado para o íleo terminal, para a visualização e realização de biópsia das neoplasias ileais ¹.

Infelizmente, o diagnóstico é geralmente tardio, com conseqüente presença de doença avançada, justificando o pior prognóstico do adenocarcinoma do intestino delgado ^{1,4}. Além disso, não existe um protocolo padronizado com uma sequência de exames a serem realizados para abordagem diagnóstica dessa rara neoplasia, devendo a investigação diagnóstica ser particularizada em cada caso ^{2,3}. Apesar das imagens sofisticadas e diferentes modalidades diagnósticas, a comprovação da existência de um tumor do intestino delgado é frequentemente obtida apenas no momento da exploração cirúrgica ¹.

O tratamento do adenocarcinoma do intestino delgado é determinado pela localização da doença, sendo os adenocarcinomas duodenais geralmente tratados com duodenopancreatectomia quando localizados nas primeira e segunda porções ou com ressecção segmentar quando nas terceira ou quarta porções duodenais. Quando localizados no jejuno e no íleo são tratados com ressecção segmentar com inclusão do mesentério, ou com colectomia direita para carcinomas ileais terminais ¹. Dessa forma, o tratamento de escolha fundamenta-se na ressecção local ou enterectomia segmentar com margens de pelo menos 5cm, associada à linfadenectomia locorregional ⁴. No caso clínico relatado, após a laparoscopia, identificou-se uma lesão tumoral obstrutiva há cerca de 20 cm do ângulo de Treitz, sendo optado pela ressecção videoassistida.

A videolaparoscopia e sua aplicação na cirurgia das neoplasias vêm consolidando-se como uma abordagem eficaz e segura para o tratamento cirúrgico de tumores malignos do intestino delgado ³. Entre as suas vantagens estão a menor taxa de sangramento no intraoperatório, menor morbidade associada, minimização de complicações pós-operatórias como íleo paralítico, infecção de ferida cirúrgica, bem como promove um tempo reduzido de hospitalização ³.

Atualmente, sabemos que a obstrução intestinal não é mais uma contraindicação absoluta para a realização da cirurgia videolaparoscópica. A mesma, inicialmente, era utilizada restritamente em procedimentos diagnósticos e no tratamento de obstrução intestinal por aderências. Com o aumento da experiência dos cirurgiões e o advento de novas tecnologias e materiais (grampeadores, pinças ultrassônicas), a abordagem laparoscópica vem crescendo, mesmo no contexto de

urgência ⁵.

Ao contrário do que expõe a literatura, encontramos um caso de adenocarcinoma de intestino delgado em um paciente jovem e do sexo feminino. Por outro lado, assim como descrito na literatura, evidenciou-se uma lesão em sua localização mais frequente, com a presença de sintomas obstrutivos. A suspeita diagnóstica foi levantada por meio de um exame radiológico contrastado, embora não tenha sido realizado outros exames investigativos, como endoscopia, frente à urgência do quadro obstrutivo. A confirmação diagnóstica foi definida durante a abordagem cirúrgica, sendo realizado o tratamento de escolha com ressecção segmentar com inclusão do mesentério e com margens cirúrgicas livres, utilizando-se a videocirurgia.

4 | CONCLUSÃO

No caso em questão, a paciente apresentou-se com doença complicada logo no início do quadro, com obstrução intestinal, sendo evidenciados em exames de imagem sinais sugestivos de obstrução do intestino delgado proximal. Após realização das devidas medidas clínicas iniciais, optou-se pela realização de videolaparoscopia e, após confirmação diagnóstica, prosseguiu-se com tratamento imediato de forma videoassistida.

Com este relato de caso, observamos ser possível o correto diagnóstico e tratamento de um caso raro de adenocarcinoma de intestino delgado, utilizando-se a videocirurgia. Espera-se por meio deste relato contribuir para a formulação e padronização de protocolos sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica do adenocarcinoma do intestino delgado.

REFERÊNCIAS

1. TOWNSEND, C.M. *et al.* **Sabiston**: Tratado de cirurgia, a base da prática cirúrgica moderna. 19ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
2. CORREIA, T. *et al.* Adenocarcinoma primário da terceira porção do duodeno com identificação concomitante de GIST do jejuno: caso clínico. **J Port Gastroenterol**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 26-30, fev. 2014.
3. CORRÊA, R.S. *et al.* Enterovesical fistula caused by ileal primary adenocarcinoma. **J. Coloproctol**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 154-157, jun. 2018.
4. MARTÍNEZ, O. A.; BISSOT, R. A.; BOTELLO, K. M. Adenocarcinoma de yeyuno: infrecuente cáncer gastrointestinal. **Rev. colomb. cir.**, Bogotá, v. 33, n. 4, p. 421-427, dec. 2018.
5. GHEZZI, T. L. *et al.* Analysis of the videolaparoscopy potentiality in the surgical treatment of the bowel obstruction. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 148-151, jun 2010.