

Adenoma da papila de Vater - Relato de caso

JOSÉ ALDEMIR TEIXEIRA NUNES JÚNIOR¹, PATRÍCIA GÍRIO MATOS², MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA³, JOSEMAR RODRIGUES SOARES⁴, CONCEIÇÃO DE MARIA SÁ E RÊGO VASCONCELOS⁵, RAIMUNDO GERÔNIMO DA SILVA⁶

Trabalho realizado no Hospital São Marcos

Resumo

O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara, com poucos casos descritos na literatura médica. O seu tratamento é controverso, podendo ser feito por excisão local conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical. Os autores apresentam um caso de adenoma da papila de Vater, sendo que esta lesão foi um achado endoscópico incidental em um paciente portador de adenocarcinoma gástrico. A lesão foi tratada por excisão cirúrgica local e papiloesfincteroplastia associada a gastrectomia subtotal alargada para tratamento da lesão gástrica.

Unitermos: neoplasia duodenal; tumor gástrico

Introdução

Os tumores do intestino delgado são entidade extremamente rara, não obstante sua grande área de superfície mucosa e elevado *turnover* celular, sediando apenas 3% a 6% de todos os tumores do trato gastrointestinal [1]. Podem ser benignos ou malignos e originam-se de qualquer célula do intestino delgado. Entre os benignos, os adenomas respondem por 25% dos casos, assim distribuídos: 20% no duodeno, 30% no jejunum e 50% no íleo. No duodeno, 70% localizam-se na terceira e quarta porções, com tamanhos variando de 4 mm a 8,5 cm [1].

O adenoma da papila de Vater (APV), que é considerado uma lesão pré-maligna rara, teve uma taxa de ocorrência de 0,04% a 0,62% em série de autópsias e há apenas cerca de 100 casos reportados na literatura de língua inglesa até 1989 [2]. Acharmos oportuna a publicação deste caso pela sua raridade e pela concomitância com adenocarcinoma gástrico.

Relato do caso

Identificação: L.R.S., 58 anos, sexo masculino, branco, carpinteiro, piauiense.

Queixa principal: dor abdominal.

História da doença atual: há aproximadamente quatro anos vem apresentando pirose e epigastria relacionadas à ingestão de alimentos gordurosos e farináceos, inicialmente em caráter intermitente. Durante esse período fez uso irregular de Cimetidina e antiácidos com alívio temporário da sintomatologia. Nos últimos oito meses apresentou emagrecimento (aproximadamente 8 kg), anorexia e acentuação do quadro anterior. Há cerca de um mês houve piora do quadro doloroso, quando procurou serviço médico local.

Exame físico: estado geral comprometido, fácies atípica, emagrecido, afebril, eupnéico, normotenso, acianótico, anictérico, normocorado. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdome escavado, sem visceromegalias ou massas palpáveis.

Exames complementares: hemograma, glicemia, uréia, creatinina e provas de função hepática normais. Sumário de urina, radiografia de tórax, ECG e ultrassonografia abdominal normais. A endoscopia digestiva alta revelou uma lesão ulcerada, irregular, de formato bizarro, bordos pouco nítidos, rasa, com fundo irregular, ocupando o antro e infiltrando as suas paredes, não se conseguindo distendê-lo. Presença de lesão vegetante e

¹Acadêmico do 6º ano de Medicina da Fundação Universidade Federal do Piauí; ²Acadêmica do 6º ano de Medicina da Fundação Universidade Federal do Piauí; ³Cirurgião Oncológico do Hospital São Marcos, Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - PI; ⁴Cirurgião Geral do Hospital São Marcos; ⁵Gastroenterologista pela Universidade de São Paulo, Endoscopista pela SOBED, Endoscopista do INAMPS - PI; ⁶Professor Adjunto de Patologia do Departamento de Medicina Especializada da Fundação Universidade Federal do Piauí, Patologista do Hospital São Marcos. Endereço para correspondência: Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro - 64001-280 - Teresina - PI

ulcerada na segunda porção do duodeno. O histopatológico das lesões revelou: 1 - adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado; 2 - adenoma viloso do duodeno com displasia moderada. O paciente foi submetido a gastrectomia subtotal alargada (aproximadamente 80% do órgão) e exérese dos gânglios linfáticos paracárdicos direito e esquerdo, dos gânglios linfáticos da pequena e grande curvatura, os supra e infrapilóricos e os da cadeia da artéria gástrica esquerda com reconstituição do trânsito à Bilroth II e ressecção local do tumor da papila com papiloesfincteroplastia através do coto duodenal.

A descrição anatomopatológica dos espécimes cirúrgicos conclui: 1 - lesão de antro gástrico, ulcerada, com paredes espessadas e rígidas, com 5 cm de extensão - adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado com invasão da camada muscular e margens de ressecção livres de 8 cm na porção superior e 3,5 cm na porção inferior; 2 - lesão pediculada da papila duodenal, avermelhada, com cerca de 3,0 x 1,5 cm de extensão nos seus maiores diâmetros - adenoma viloso de papila duodenal, limitado à mucosa e com margens de ressecção livres de 4 mm.

O paciente teve uma boa evolução pós-operatória e encontra-se assintomático e sem evidências clínicas de recidiva da doença após oito meses de acompanhamento.

Discussão

O caso ora apresentado é de um paciente de meia-idade com queixas dispépticas de evolução longa, que nos últimos meses apresentou piora, principalmente da dor, acrescidas de sintomas constitucionais, anorexia e perda de peso. Observa-se que não há nem dados da história, do exame físico ou ultrassonográficos que surgiram embaraço de drenagem da via biliar principal, uma manifestação comum do APV, uma vez sintomático, com a dilatação da via biliar comum ocorrendo em até 70% dos pacientes [2].

A história natural do APV não é bem conhecida. Habitualmente é silencioso e, quando sintomáticos, manifestam-se por sintomas hemorrágicos (48%), obstrutivos (37%) e dor (5%). A manifestação hemorrágica comumente se exterioriza como anemia ferropriva [3]. Desse modo, nos parece que as queixas do paciente são justificadas pela lesão gástrica e que o APV foi um achado endoscópico incidental, não contribuindo para a clínica do paciente, sendo portanto uma lesão assintomática.

O potencial maligno desta lesão é reportado em 35-55%, sendo mais comum nos adenomas vilosos e grandes [1]. O APV é uma lesão pré-maligna de manejo controverso. Há consenso de que estas lesões devam ser ressecadas, divergindo as opiniões em relação ao modo de abordagem, alguns recomendando a duodenopan-

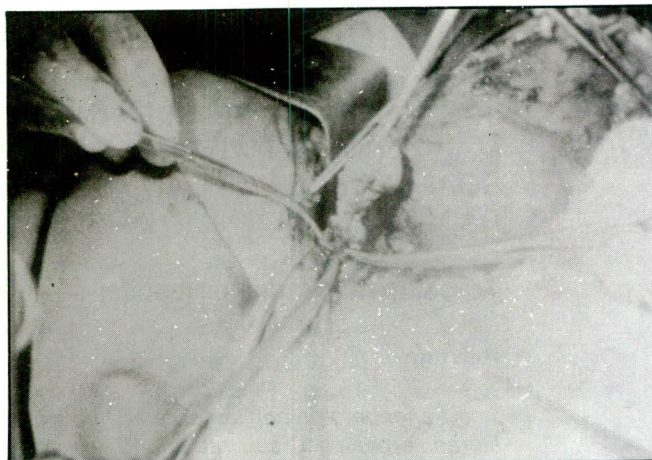


Figura 1 - Imagem transoperatória através do coto duodenal mostrando o APV sob tração, com secção parcial, onde se evidencia a luz do colédoco terminal.

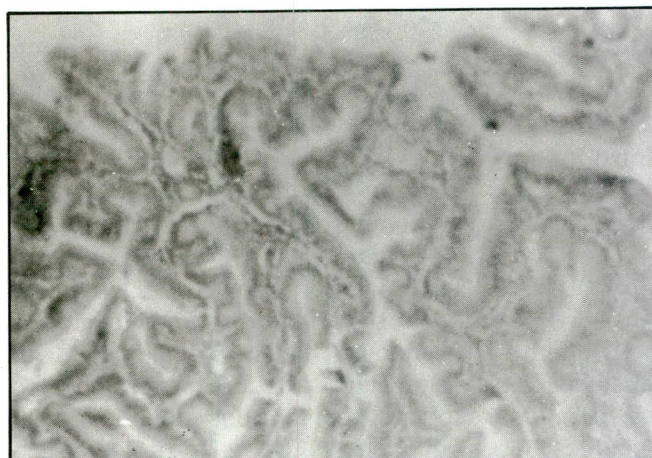


Figura 2 - Microscopia óptica do APV - presença de formações glandulares proliferadas, formada por células epiteliais típicas, com estroma com infiltrado inflamatório crônico.

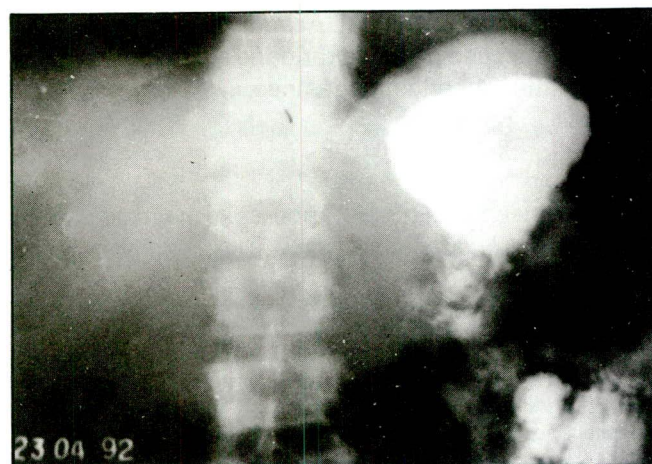


Figura 3 - Seriografia de controle pós-operatória.

createctomia radical apenas para os casos comprovados de displasia severa e adenoma maligno [4-8]; para os outros casos, a ressecção local cirúrgica ou endoscópica seria a mais apropriada [2, 9].

A ressecção cirúrgica local atinge a camada submucosa, sendo, portanto, um tratamento eficaz. A esfincterotomia endoscópica é um método seguro e efetivo de descomprimir a árvore biliar, embora às vezes não possa fazer uma ressecção radical envolvendo a submucosa, necessitando de fulgurações endoscópicas repetidas [2]. A decisão de fazer uma excisão local conservadora cirurgicamente ou por via endoscópica, ou uma duodenopancreatectomia mais radical é baseada na acurácia histológica e na possibilidade de obtenção de uma adequada margem de ressecção [6]. Os pacientes que se submetem à ressecção local devem ser observados periodicamente por duodenoscopia e tomografia computadorizada [2].

Summary

The Vater papilla adenoma is a rare premalign lesion, with a few cases described in the medical literature. Its management is controversial and can be conservative or endoscopic local surgical excision, or radical duodenopancreatectomy. The authors present a case of Vater papilla adenoma, a lesion that was an incidental endoscopic finding in a patient with a gastric adenocarcinoma. The lesion was treated by local

surgical excision and papillasphincteroplasty associated to enlarged subtotal gastrectomy for the treatment of the gastric lesion.

Key words: *duodenal neoplasm; gastric tumor*

Referências bibliográficas

1. TOWNSEND CMJ, THOMPSON JC. Small intestine. In: SCHWARTZ SI, Principles of Surgery. 5 ed. Rochester: McGraw Hill, 1988: 1203-06.
2. SHEMESHE, NASS S, CZERNIAKA. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic fulguration in the management of adenoma of the papilla of Vater. *Surg Ginecol Obstet* 1989; 5: 445-448.
3. MAYER RJ. Tumors of the large and small intestine. In: Harrison TR, Principles of Internal Medicine. Rochester: McGraw Hill, 1991: 1289-94.
4. EVANS PR, OLIVER DJ, WATERS SA et al. Villous adenomas of the duodenum and an unusual variant. *Aust N Z J Surg* 1990; 11: 887-892.
5. FAROUK M, NIOTIS M, BRANUM GD et al. Indications for and the technique of local resection of tumors of the papilla of Vater. *Arch Surg* 1991; 5: 650-652.
6. GRAY G, BROWDER W. Villous tumor of the ampulla of Vater: local resection versus pancreatoduodenectomy. *South Med J* 1989; 7: 917-920.
7. HIGASSHIWAMA H, FUKU H, SATO H et al. An early cancer in adenoma of the papilla of Vater. *Gan no Rinsho* 1990; 14: 2480-2480.
8. PONCHON T, BERGER F, CHAVAILLON A et al. Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater. *Cancer* 1989; 1: 161-167.
9. SHARP KW, BRANDES JL. Local resection of tumors of the ampulla of Vater. *Am Surg* 1990; 4: 214-217.